



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ДУ “УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ”**

**МІЖГАЛУЗЕВА**  
**КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА**  
**“ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ”**  
**2002–2011**

Київ – 2012

УДК 613+614.2](477)(083.97)

ББК 51.1(4 Укр)в4

М58

**Р е ц е н з е н т и:**

**Агарков В.І.** – завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, д.мед.н., професор.

**Любінець О.В.** – завідувач кафедри організації і управління охорони здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького, д.мед.н., доцент

Затверджено Вченою радою ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України” (протокол № 4 від 20 березня 2012)

**Укладачі:** Ю.Б. Яценко, О.Р. Ситенко, Т.М. Смірнова, В.І. Аксенова

Літературне редагування: О.В. Шумило

Комп'ютерний набір: Н.О. Іщенко, І.В. Бутенко

**Міжгалузєва комплексна програма “Здоров'я нації”. 2002–2011 / МОЗ України, ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”; за ред. Р.О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкого. – К., 2012. – (290-кн.)406 с.**

Розраховано на організаторів охорони здоров'я та науковців, що працюють у сфері соціальної медицини.

## ЗМІСТ

Вступ (Слабкий Г.О., Ситенко О.Р.).....	5
1. Автоматизована уніфікована програма збору, обробки та узагальнення інформації про стан виконання Програми (Мацкевич Т.М., Ситенко О.Р.).....	8
2. Стан виконання Програми.....	19
2.1 Державна політика у сфері охорони здоров'я (Яценко Ю.Б, Кризина Н.П., Ярош Н.П., Шевченко М.В., Кривенко Є.М., Карамзіна Л.А., Ципко М.І.).....	19
2.2 Справедливість і рівність у питаннях охорони здоров'я (Слабкий Г.О., Істомін С.В., Кризина Н.П.).....	37
2.3 Покращення умов для виживання і підвищення якості життя. Здоров'я жінок (Дудіна О.О.).....	43
2.4 Здоров'я дітей та молоді (Яценко Ю.Б.).....	63
2.5 Здоров'я працюючого населення (Медведовська Н.В.).....	92
2.6 Збереження здоров'я в старості (Бухановська Т.М.).....	97
2.7 Кращі можливості для інвалідів (Крапівіна А.А.).....	102
2.8 Зниження захворюваності та поширеності хвороб (Слабкий Г.О., Крапівіна А.А.).....	110
2.9 Зниження захворюваності на серцево-судинні хвороби (Дорошенко О.О.)	112
2.10 Боротьба з раком (Михайленко П.М).....	123
2.11 Боротьба з хворобами крові, кровотворної та лімфоїдної тканин (Слабкий Г.О., Медведовська Н.В.).....	142
2.12 Цукровий діабет (Бухановська Т.М).....	147
2.13 Алергії та бронхіальна астма (Єльчиць Т.В.).....	154
2.14 Стоматологічна захворюваність (Дорошенко О.О.).....	159
2.15 Нещасні випадки, травми та отруєння (Чепелевська Л.А.).....	169
2.16 Скорочення поширеності психічних розладів, самогубств, алкоголізму та наркоманії (Чепелевська Л.А.).....	175
2.17 Скорочення поширеності інфекційних хвороб (Ципко М.І.)	192
2.18 Охорона здоров'я постраждалих унаслідок катастрофи на ЧАЕС (Єльчиць Т.В.).....	200
2.19 Формування здорового способу життя (Ринда Ф.П.).....	213
2.20 Політика з питань довкілля та охорони здоров'я (Ципко М.І.)	227
2.21 Якість води (Ципко М.І.).....	236
2.22 Якість повітря (Ципко М.І.).....	244
2.23 Якість і безпека продуктів харчування (Ципко М.І.).....	253

2.24	Поводження з відходами і боротьба із забрудненням ґрунту, водою та підземних вод (Ципко М.І.).....	259
2.25	Екологія людини і населені пункти (Ципко М.І.).....	268
2.26	Фінансові ресурси охорони здоров'я та управління ними (Слабкий Г.О., Шевченко М.В.).....	276
2.27	Первинна медико-санітарна допомога (Кондратюк Н.Ю.).....	285
2.28	Спеціалізована і стаціонарна медична допомога (Кондратюк Н.Ю.).....	299
2.29	Медична допомога сільському населенню (Лізунова Г.І.).....	314
2.30	Комунальні служби для громадян з обмеженими можливостями (Піскун В.Ф.).....	319
2.31	Забезпечення якісного надання медичної допомоги (Ярош Н.П.)..	334
2.32	Виробництво медико-біологічних препаратів, виробів медичного призначення і забезпечення ними лікувальних закладів та населення (Волинкін І.І.).....	336
2.33	Підготовка медичних кадрів (Волинкін І.І.).....	340
2.34	Розвиток інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я (Кривенко Є.М.).....	346
2.35	Наукові дослідження та розвиток науки у сфері охорони здоров'я (Слабкий Г.О., Єльчиць Т.В.).....	354
2.36	Стратегії щодо досягнення здоров'я для всіх (Ринда Ф.П.).....	366
2.37	Міжнародне співробітництво та партнерство (Ринда Ф.П., Шевченко М.В., Ярош Н.П., Кучеренко Н.Т., Ципко М.І.).....	369
2.38	Етика, деонтологія та соціально-економічний захист медичних працівників (Ціборовський О.М., Сорока В.М.).....	386
	Висновки.....	391
	Перелік умовних скорочень.....	403

## ВСТУП

Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки (далі – Програма) була розроблена в розвиток політики досягнення здоров’я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ в Україні та затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. №14. Програма укладена як стратегічний документ з метою покращення стану здоров’я населення України, медико-демографічної ситуації, підвищення якості та ефективності медичної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на здоров’я та отримання своєчасної кваліфікованої медичної допомоги.

На виконання Указу Президента України від 06.12.2005 р. №1694 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення”, постанови Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. №815 “Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони населення на період до 2010 року” та наказу МОЗ України від 26.12.2002 р. №492 Українському інституту громадського здоров’я МОЗ України (зараз – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”) було доручено забезпечити науковий супровід завдань Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки та постійний моніторинг її реалізації.

Узагальнена інформація про стан виконання Програми, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. №815, щорічно подавалися на розгляд до Кабінету Міністрів України. Інформація використовувалася МОЗ України в процесі прийняття оперативних рішень та розробки нормативно-правової бази розвитку національної охорони здоров’я. Результати виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” висвітлювалися у наукових періодичних виданнях та монографіях з актуальних питань організації управління охороною здоров’я в Україні.

Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” – це нормативно-правовий акт, який охоплює діяльність усіх галузей народного господарства та державні цільові програми, що стосуються питань охорони здоров’я. Виконавцями зазначеної Програми на державному рівні є 16 міністерств, 7 державних служб та агентств (раніше комітети), Державна пенітенціарна служба України, Національна академія наук, Національна академія медичних наук, Національна академія педагогічних наук, Федерація профспілок. Така масштабна програма виконувалася в Україні вперше. Розроблені аналогічні регіональні програми, виконавцями яких були Рада Міністрів Автономної Республіки Крим,

обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації.

При розробці методології моніторингу використано науково-методичні принципи та підходи до розробки кількісних та якісних показників, що стосуються характеристики відповідних заходів.

Для здійснення моніторингу виконання Програми проведено структурування сфери функціонування системи охорони здоров'я, яке передбачає методологічну єдність її складових.

Здійснення моніторингу Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 рр. супроводжувалося накопиченням великих обсягів інформації, що вимагало опрацювання 2997 показників за 38 розділами:

- державна політика у сфері охорони здоров'я;
- справедливість і рівність у питаннях охорони здоров'я;
- покращення умов для виживання і підвищення якості життя. Здоров'я жінок;
- здоров'я дітей і молоді;
- здоров'я працюючого населення;
- збереження здоров'я в старості;
- кращі можливості для інвалідів;
- зниження захворюваності та поширеності хвороб;
- зниження захворюваності на серцево-судинні хвороби;
- боротьба з раком;
- боротьба з хворобами крові, кровотворної та лімфоїдної тканини;
- цукровий діабет;
- алергії та бронхіальна астма;
- стоматологічна захворюваність;
- нещасні випадки, травми та отруєння;
- скорочення поширеності психічних розладів, самогубств, алкоголізму та наркоманії;
- скорочення поширеності інфекційних хвороб;
- охорона здоров'я постраждалих унаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС;
- формування здорового способу життя;
- політика з питань довкілля та охорони здоров'я;
- якість води;
- якість повітря;

- якість і безпека продуктів харчування;
- поводження з відходами і боротьба із забрудненням ґрунту, водою та підземних вод;
- екологія людини і населені пункти;
- фінансові ресурси охорони здоров'я та управління ними;
- первинна медико-санітарна допомога (ПМСД);
- спеціалізована і стаціонарна медична допомога;
- медична допомога сільському населенню;
- комунальні служби для громадян з обмеженими можливостями;
- забезпечення якісного надання медичної допомоги;
- виробництво медико-біологічних препаратів, виробів медичного призначення і забезпечення ними лікувальних закладів та населення;
- підготовка медичних кадрів;
- розвиток інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я;
- наукові дослідження та розвиток науки у сфері охорони здоров'я;
- стратегії щодо досягнення здоров'я для всіх;
- міжнародне співробітництво та партнерство;
- етика, деонтологія та соціально-економічний захист медичних працівників.

Значущість Програми полягає в тому, що вона спрямована на поліпшення стану здоров'я населення України, охоплює найбільш важливі напрямки у цій царині – питання державної політики у сфері охорони здоров'я, стан довкілля, здоров'я дітей і молоді, формування здорового способу життя, підвищення якості та ефективності медичної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на здоров'я тощо.

## **1. Автоматизована уніфікована програма збору, обробки та узагальнення інформації про стан виконання Програми**

На сучасному етапі суспільної еволюції важко уявити розвиток будь-якої галузі без розвитку інформатизації. Вже на етапі розробки Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки актуальність впровадження автоматизованої уніфікованої програми збору, обробки та узагальнення інформації про стан її виконання не викликала сумнівів.

Досить новий на момент створення Програми підхід до рішення подібної задачі в галузі охорони здоров’я – використання Інтернет-технологій – з часом показав, що він не тільки був найоптимальнішим в даному випадку, але й загалом в сучасному світі він є необхідною складовою в процесі проведення подібних заходів.

В ході реалізації Програми саме Інтернет-технології дозволили значною мірою знизити трудозатрати на розповсюдження, збір і обробку даних. Процеси, що на початку реалізації Програми, за відсутності автоматизованої системи, займали декілька тижнів, на останніх її етапах, завдяки удосконаленню у тому числі й автоматизованої системи, виконувалися за години.

Створення автоматизованої програми збору, обробки та узагальнення інформації (Програми) про стан виконання програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки відбувалося за такими основними етапами:

1. Вивчення інформації про дані, що збираються, періодичність і форму їх надходження.
2. Збір даних про наявні системи оперативної обробки інформації, їх функції та алгоритми обробки даних.
3. Визначення типових запитів користувачів бази даних (БД) і форм представлення вихідної інформації.
4. Визначення способу внесення даних у БД із зовнішніх джерел.
5. Розробка концептуальної моделі інтегрованої БД.
6. Програмування.

Вибір Інтернет-технологій для реалізації Програми обумовлювався набором таких початкових вимог до програми:

1. Вносити інформацію до загальної бази повинні безпосередньо виконавці Програми “Здоров’я нації” на місцях.
2. Інформація про виконання має своєчасно надходити в УІСД.



3. Програма повинна бути простою та зручною для використання, оскільки з нею працюватиме широке коло виконавців по всій Україні з різним рівнем комп'ютерної грамотності.

4. Встановлення програми не повинно потребувати від виконавців залучення додаткових коштів на придбання програмного або апаратного забезпечення.

5. Програма має легко редагуватися, оскільки часто виникає потреба у внесенні змін у показники або подовженні строків виконання заходів.

6. Схеми для розсилки виконавцям і вихідні таблиці для аналізу повинні швидко формуватися залежно від заданих умов.

7. Вихідні таблиці повинні мати зручний вигляд для проведення аналізу.

Створена програма розрахована на три типи користувачів: адміністратора, спеціаліста-аналітика і виконавця заходів. Відповідно до цього за допомогою системи ідентифікації користувачів встановлюється рівень авторизованого доступу до функцій програми та змінюється її інтерфейс.

**Адміністративна частина.** Передбачений один авторизований користувач – адміністратор програми. Адміністративна частина включає в себе такі розділи:

1. Розділ “Перелік заходів” призначений для перегляду і редагування Переліку показників.

На першому кроці передбачена можливість задати умови фільтрації показників за періодом і виконавцями (рис. 1.1). Працюючи з переліком заходів (рис. 1.2.), що відповідають заданим умовам, можна додати новий розділ, підрозділ, захід, внести зміни до існуючих чи вилучити зайві. Кнопка “Надрукувати” дозволяє відобразити перелік в розгорнутому вигляді (рис. 1.3.) і за необхідності роздрукувати його.

2. Розділ “Виконавці” має 4 підрозділи:

*Перелік виконавців* – призначений для редагування існуючого переліку виконавців (МОЗ (01) Департамент організації медичної допомоги населенню, Регіони тощо). Він дає змогу додати нового виконавця, редагувати і вилучити вже існуючих.

*Контакти* – редагування контактної інформації про виконавців: їхніх електронних та фізичних адрес, параметрів доступу до частини виконавця заходів (рис. 1.4).

*Редагування відповідей* (рис. 1.5) – редагування даних за попередні періоди. Можливість редагування виконавцем заходів може бути

заблокована/разблокована.

*Розсилка* – автоматичне розсилання повідомлень вибраним виконавцям.

3. Розділ “Результати опитування” призначений для автоматичного формування вихідних таблиць. При цьому є можливість вибрати роки, за які необхідно сформувавши порівняльні таблиці, виконавців та перелік заходів. Результати отримуються у вигляді порівняльних таблиць (рис. 1.6).

**Частина програми, призначена для спеціаліста-аналітика**, включає тільки розділ “Результати опитування”, який розглянуто вище. Усі функції цього розділу доступні як для адміністратора, так і для спеціаліста-аналітика.

**Частина Програми, призначена для виконавця заходів**, включає, по-перше, ідентифікацію користувачів. Залежно від введеного пароля виконується фільтрація даних, і виконавцю показуються на екрані тільки та інформація, за яку він відповідає.

Основне призначення цієї частини Програми – надання можливості виконавцю заповнити таблиці, що включають Перелік кількісних і якісних показників щодо виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 рр., за які він відповідає (рис. 1.7).

Розроблена нами автоматизована програми збору, обробки та узагальнення інформації про стан виконання програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки виконала всі поставлені завдання. Завдяки використанню Інтернет-технологій її розвиток і модифікації не потребували додаткового часу на оновлення версій користувачів, повідомлення, створення додаткових інструкцій або навчання персоналу.

Слід зазначити, що Інтернет-інтерфейс доступний та інтуїтивно зрозумілий сам по собі, що виключає необхідність придбання, встановлення додаткового програмного забезпечення та додаткового навчання з самого початку.

Позитивним моментом впровадження автоматизованої програми є те, що завдяки підходу з використанням Інтернет-технологій до збору інформації регіональні управління вимушені були прискорити процес інформатизації на місцях: почати використовувати парк комп’ютерів для більш широкого кола задач, а використання мережі Інтернет для пошуку і передачі інформації зробити нормою.

В галузі охорони здоров’я України це одна з перших автоматизованих уніфікованих програм збору, обробки та узагальнення інформації, що використовує Інтернет-технології, такого рівня.

Дуже важливо, що при виконанні певних правил при розробці і реалізаціх подібних Програм, можливо створити і використовувати універсальну автоматизовану систему збору, обробки та узагальнення інформації в будь-якій галузі. Навіть існуюча автоматизована система може бути використана для роботи з іншими кількісними і якісними показниками, адаптована під інші потреби. Розроблена система гнучка щодо розвитку і модифікації, її можна ще вдосконалювати, але при виконанні певних вхідних умов.

Перша умова – тісна співпраця з програмістами вже на етапі проектування Програми. Це дозволить більш легко виконати інші умови, скоротити загальний час розробки, зробити аналітичну систему більш досконалою і корисною, отримати більш якісні результати.

Друга умова – очікувані результати: який результат очікується отримати за кожною групою показників і яким чином він буде оцінюватися.

Третя умова є прямим наслідком другої – універсальність показників згідно загальних правил анкетування, структурованність даних. Нумерація показників повинна бути універсальною. Самі показники в конкретних підрозділах повинні бути однорідними. Чіткий регламент внесення даних повинен закладатись вже на етапі проектування.

Виконання вищенаведених умов дозволить побудувати алгоритми автоматичної статистичної обробки результатів, отримувати на виході не лише зведені таблиці, але і конкретні результати виконання, виражені в цифрах і графіках.

Розроблена автоматизована уніфікована програма збору, обробки та узагальнення інформації про стан виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки дозволила значною мірою скоротити затрати на процеси розповсюдження, збору і обробки інформації. Отриманий досвід автоматизації процесів може бути корисним для будь-якої галузі.



## Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр.

### Заходи

#### Перелік заходів

#### Виконавці

Перелік виконавців

Контакти

Редагування відповідей

Розсилка

#### Результати опитування

Показати заходи:

всі

за умовами

за період з  р. по  р.

для виконавців

всі виконавці

МОЗ (01)

МОЗ (16)

МОЗ (33)

АМН (46)

МОЗ (02)

МОЗ (17)

МОЗ (34)

АМН (47)

МОЗ (03)

МОЗ (18)

МОЗ (07-35)

АМН (48)

МОЗ (04)

МОЗ (19)

МОЗ (07-36)

АМН (49)

МОЗ (05)

МОЗ (20)

МОЗ (07-37)

АМН (50)

МОЗ (06)

МОЗ (21)

МОЗ (07-38)

АМН (51)

МОЗ (07)

МОЗ (22)

МОЗ (07-39)

АМН (52)

МОЗ (09)

МОЗ (23)

МОЗ (07-40)

АМН (53)

МОЗ (10)

МОЗ (24)

МОЗ (07-41)

АМН (54)

МОЗ (11)

МОЗ (25)

МОЗ (07-42)

АМН (55)

МОЗ (13)

МОЗ (26)

МОЗ (07-43)

АМН

МОЗ (14)

МОЗ (27)

МОЗ (07-44)

Регіони

Рис. 1.1 Вікно Програми для завдання умов вибірки заходів



## Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр.

### Перелік заходів

Виконавці

Перелік виконавців

Контакти

Редагування відповідей

Розсилка

Результати опитування

Заходи. 2011 - 2011, Регіони

Надрукувати

№ заходу	Назва заходу	Виконання	Виконавці
<input type="checkbox"/> ---- I	<b>Державна політика у сфері охорони здоров'я</b>		
<input type="checkbox"/> -- 1.5.1	<i>Забезпечити упорядкування мережі, удосконалити структуру і функції закладів охорони здоров'я згідно з потребою населення міської і сільської місцевості шляхом виконання Указу Президента України "Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки" ((2002) → (2011))</i>		
1.5.1.3	розроблено плани із зазначених питань		Регіони
1.5.1.4	не розроблено (з яких причин)		Регіони
1.5.1.5	фактично виконано		Регіони
1.5.1.6	не виконано (з яких причин)		Регіони
1.5.1.7	стан мережі за звітний період:		Регіони
1.5.1.7.1	відкрито нові сімейні амбулаторії в селах з кількістю населення понад 1000 жителів (кількість, % від плану)		Регіони
1.5.1.7.2	відкрито нові ФАПи у селах з кількістю населення понад 500 жителів (кількість, % від плану)		Регіони
1.5.1.7.3	відкрито нові сімейні заклади охорони здоров'я в містах (кількість, % від плану)		Регіони

Рис. 1.2 Вигляд вікна Програми: повний перелік заходів 2011 року для регіонів

**ПЕРЕЛІК**  
**кількісних і якісних показників щодо виконання**  
**Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації"**  
**2011 - 2011рр. Виконавець - Регіони**

Виконавці	№ заходу	Назва заходу	Виконання
	<b>I</b>	<b>Державна політика у сфері охорони здоров'я</b>	
	<i>1.5.1</i>	<i>Забезпечити упорядкування мережі, удосконалити структуру і функції закладів охорони здоров'я згідно з потребою населення міської і сільської місцевості шляхом виконання Указу Президента України "Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки" ((2002)→(2011))</i>	
Регіони	1.5.1.3	розроблено плани із зазначених питань	
Регіони	1.5.1.4	не розроблено (з яких причин)	
Регіони	1.5.1.5	фактично виконано	
Регіони	1.5.1.6	не виконано (з яких причин)	
Регіони	1.5.1.7	стан мережі за звітний період:	
Регіони	1.5.1.7.1	відкрито нові сімейні амбулаторії в селах з кількістю населення понад 1000 жителів (кількість, % від плану)	
Регіони	1.5.1.7.2	відкрито нові ФАПи у селах з кількістю населення понад 500 жителів (кількість, % від плану)	
Регіони	1.5.1.7.3	відкрито нові сімейні заклади охорони здоров'я в містах (кількість, % від плану)	
Регіони	1.5.1.7.4	відкрито нові приватні заклади стаціонарної і	

Рис. 1.3 Вигляд вікна Програми: функція "Надрукувати", повний перелік заходів 2011 року для регіонів



## Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр.

Перелік заходів

Виконавці

Перелік виконавців

**Контакти**

Редагування відповідей

Розсилка

Результати опитування

### Контакти. Редагування контакту.

Виконавець

Назва контакту

Email

Контактна особа

Адреса

Телефон

Логін

Пароль

Обновити

Вилучити

Назад

Рис. 1.4 Вікно Програми: режим редагування контактів



## Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр.

### Перелік заходів

#### Виконавці

##### Перелік виконавців

##### Контакти

##### Редагування відповідей

##### Розсилка

### Результати опитування

Відповіді виконавець:  рік:  розділ:

можливість редагування виконавцем

поля, помічені \* повинні містити тільки числові значення

№ заходу	Назва заходу	Виконання
I	Державна політика у сфері охорони здоров'я	
1.5.1	Забезпечити упорядкування мережі, удосконалити структуру і функції закладів охорони здоров'я згідно з потребою населення міської і сільської місцевості шляхом виконання Указу Президента України "Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки" ((2002) → (2011))	
1.5.1.3	розроблено плани із зазначених питань	Розпорядження голови ОДА від 25.03.02 №166; Накази УОЗ від 23.04.02 №179; від 28.07.04 №320 "Про підготовку медичних паспортів районів та міст області" від 25.08.04 №339 "Про
1.5.1.4	не розроблено (з яких причин)	
1.5.1.5	фактично виконано	Установами та закладами охорони здоров'я області за кошти Державного бюджету та інвестиційного проекту отримано медичного обладнання на загальну суму 3 810 83 тис. грн

Рис. 1.5 Вікно Програми редагування відповідей виконавців





## Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр.

Перелік заходів

Виконавці

Перелік виконавців

Контакти

Редагування відповідей

Розсилка

**Результати опитування**

Результати опитування.

<< назад

### XII Цукровий діабет

XII.6 Впровадити ефективне лікування хворих на цукровий діабет та його ускладнення на усіх рівнях надання медичної допомоги сучасними методами, у тому числі рефлексотерапевтичними (лазеро-, магніто-, електропунктура) та ін.

Надрукувати

Виконавці	XII.6.4 впроваджено (% закладів охорони здоров'я)		XII.6.7 впроваджено (% закладів охорони здоров'я)		XII.6.10 впроваджено (% закладів охорони здоров'я)	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
АР Крим	75 %	78 %	85 %	85 %	100 %	100 %
Вінницька	79.3 %	81 %	82.1 %	82 %		
Волинська	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Дніпропетровська			30 %	30 %	10 %	10 %
Донецька	12 %		100 %			
Житомирська	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Закарпатська	- %	- %	100 %	100 %	100 %	100 %
Запорізька	100 %	100 %	100 %	100 %		
Івано-Франківська	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Київська	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Рис. 1.6 Вигляд вікна Програми: Порівняльна таблиця заходів розділу XII. Цукровий діабет за 2010–2011 рр.



## Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр.

Полтавська

### ПЕРЕЛІК

кількісних і якісних показників щодо виконання  
Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації"  
2011р.

2002

2003

2004

поля, помічені \* повинні містити тільки числові значення

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

Контактні дані

Зміна пароля

[?](#) Довідка

Вказівка щодо друк

№ заходу	Назва заходу	Виконання
<b>XII</b>	<b>Цукровий діабет</b>	
XII.2	<i>Забезпечити 100-відсоткове охоплення диспансерним наглядом хворих на цукровий діабет та його ускладнення (2002-2011)</i>	
XII.2.3	охоплення диспансерним наглядом зазначених хворих за звітний період (%)	* <input type="text" value="100"/> % <input type="checkbox"/> Додати коментар
XII.2.4	не забезпечено 100-відсоткове охоплення (з яких причин)	<input type="text"/>
XII.3	<i>Удосконалити і впровадити методику навчання пацієнтів і членів їх сімей прийомів само- та взаємодопомоги у боротьбі з діабетом ((2002-2004) - (2011))</i>	
XII.3.3	впроваджено методику за звітний період (% охоплення навчанням пацієнтів)	* <input type="text" value="100"/> % <input type="checkbox"/> Додати коментар
XII.3.4	не впроваджено (з яких причин)	<input type="text"/>

Рис. 1.7 Вікно Програми: заходи, які містять числові показники

## **2. СТАН ВИКОНАННЯ ПРОГРАМИ**

### **2.1. Державна політика у сфері охорони здоров'я**

Головною метою розробки та реалізації Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” було об'єднання зусиль усіх міністерств і відомств, підприємств та організацій, усіх громадян для вирішення проблем охорони здоров'я, що регламентовано державною політикою у сфері охорони здоров'я на 2002–2011 роки.

З метою поліпшення демографічної ситуації в країні, збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я державна політика у сфері охорони здоров'я реалізувалася насамперед шляхом удосконалення нормативно-правової бази та раціонального використання асигнувань на охорону здоров'я.

Стандартами щодо удосконалення нормативно-правової бази з питань регламентації діяльності і регулювання відносин у сфері охорони здоров'я були світові стандарти і вимоги Європейського Союзу, прикінцевими положеннями яких передбачалося удосконалення організації медичної допомоги і підвищення її доступності, якості та ефективності шляхом реалізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, відповідної раціоналізації спеціалізованої та стаціонарної допомоги, упорядкування мережі, структури та функцій закладів охорони здоров'я їх ліжкового фонду та кадрового забезпечення, поліпшення демографічної та екологічної ситуації, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, профілактики інфекційних та хронічних неінфекційних захворювань, забезпечення здорового способу життя всіх верств населення, всебічного гармонійного розвитку дітей та підлітків, медико-соціальної опіки інвалідів та осіб похилого віку.

Удосконалення нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я відбувалося шляхом приведення законів України та інших нормативно-правових актів у відповідність *acquis communautaire*, що є пріоритетною складовою процесу інтеграції України до Європейського Союзу та пріоритетним напрямом української зовнішньої політики. З метою адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу та досягнення відповідності правової системи України *acquis communautaire* з урахуванням критеріїв, що висуваються Європейським Союзом (ЄС) до держав, які мають намір вступити до нього, затверджено Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації

законодавства України до законодавства Європейського Союзу» (18.03.2004 р. №1629-IV).

З метою удосконалення правової бази у сфері охорони здоров'я, створення ефективної системи організації надання медичної допомоги населенню для забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу внесено зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я, що затверджено Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (7.07.2011 р. № 3611-VI).

В Основах законодавства про охорону здоров'я визначено чіткий поділ медичної допомоги за видами її надання: екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована). Новелою є введення на законодавчому рівні поняття паліативної допомоги, яка надається пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань і включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення їх фізичних та емоційних страждань, а також надання психосоціальної і моральної підтримки сім'ї таких пацієнтів.

Одним з пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я є забезпечення населення гарантованим обсягом медичної допомоги. З метою поліпшення медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення галузі відповідно до стандартів та з урахуванням необхідності досягнення гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я МОЗ України проводилася робота з розробки пропозицій для внесення змін до постанови КМУ від 11.07.02 №955 «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги» щодо визначення переліку видів безоплатної медичної допомоги, які гарантуються державою.

У 2002–2003 р. проводилася робота щодо опрацювання методології та, відповідно, проекту методичних рекомендацій щодо створення регіональних програм надання гарантованої безоплатної медичної допомоги, яка не була прийнята урядом з низки об'єктивних та суб'єктивних причин. На регіональному рівні розроблено плани подання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги щодо поліпшення медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення галузі відповідно до стандартів та з урахуванням необхідності досягнення гарантованого державою обсягу в закладах охорони здоров'я.

Національним планом розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010

року, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13.06.07 №815, було визначено завдання з надання пропозицій щодо законодавчого врегулювання питань, пов'язаних з визначенням обсягу державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги.

У положеннях постанови КМУ від 17.02.2010 р. №208 “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я” надано визначення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам як одного із основних концептуальних напрямів реформування системи охорони здоров'я, що передбачає надання державними і комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги – екстреної; невідкладної та первинної, стаціонарної (у разі гострого захворювання та в невідкладних випадках); невідкладної стоматологічної; долікарської допомоги населенню в сільській місцевості; санаторно-курортної допомоги інвалідам і хворим у спеціалізованих та дитячих закладах оздоровлення; допомоги дітям, що утримуються у будинках дитини; допомоги в рамках державних програм та пільговим категоріям населення.

При розробці Закону України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги”, який прийнято Верховною Радою України 07.07.2011 р. №3611-VI, внесено зміни до статті 8 щодо права кожного громадянина на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Держава також гарантує безоплатне надання медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я за епідемічними показаннями та безоплатне проведення медико-соціальної експертизи.

Таким чином, було враховано пропозиції МОЗ України щодо законодавчого врегулювання питань, пов'язаних з визначенням видів надання населенню безоплатної медичної допомоги.

В рамках проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах, визначених Законом України “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві” №3612-VI від 07.07.2011 р., врегульовано питання щодо укладання договорів про медичне обслуговування населення з обов'язковим зазначенням обсягу медичної допомоги, надання якої повинен забезпечити заклад охорони здоров'я; індикаторів якості медичної

допомоги; обсягів видатків на забезпечення надання медичної допомоги; прав та обов'язків сторін, їх відповідальність. Реалізація цієї статті на рівні пілотних регіонів дозволить відпрацювати механізми визначення обсягу державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги.

Враховуючи світовий досвід, який узагальнений ВООЗ, одним із головних пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я, особливо в умовах дефіциту фінансових ресурсів, є розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини. Найбільш активно процеси реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини були запроваджені у сільських ланках охорони здоров'я Житомирської, Закарпатської, Хмельницької, Тернопільської, Київської, Кіровоградської, Полтавської та Харківської областях. У цих регіонах на базі існуючих закладів охорони здоров'я створювались підрозділи загальної лікарської практики-сімейної медицини, сімейні лікарські амбулаторії сімейної медицини на базі фельдшерсько-акушерських пунктів, що обслуговують 1000 і більше жителів.

З метою формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної ПМСД, Загальнодержавною програмою розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, затвердженою Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» (22.01.2010 р. № 1841-VI) було визначено пріоритетні завдання та заходи щодо створення територіально наближеної до місця проживання громадян мережі лікувальних закладів ПМСД та забезпечення їх ефективного функціонування.

Подальші напрямки формування державної політики стосовно розвитку первинної медичної допомоги знайшли відображення у положеннях Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо удосконалення надання медичної допомоги від 07.07.2011 р. №3611-VI, якими визначено, що надання первинної медичної допомоги забезпечують центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПСМД), а також лікарі загальної практики – сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи – підприємці, що можуть вступати у цивільно-правові відносини з ЦПСМД.

На регіональному рівнях запровадження сімейної медицини в галузь охорони здоров'я відбувається шляхом розробки та прийняття заходів

організаційного характеру на рівні Ради Міністрів АР Крим, обласних державних адміністрацій, Київської та Севастопольської міських адміністрацій. Це регіональні програми, рішення, накази, додаткові заходи щодо подальшого покращення матеріально-технічної бази первинної ланки надання медичної допомоги населенню, оснащення її сучасною медичною апаратурою, обладнанням, інвентарем, санітарним автотранспортом тощо, розробка планів із забезпечення упорядкування мережі, удосконалення структури і функцій закладів охорони здоров'я відповідно до потреби населення міської і сільської місцевості. За сприяння місцевих органів влади створюються і функціонують некомерційні комунальні підприємства.

Упродовж 2007–2011 рр. у регіонах активно проводилася робота не тільки із запровадження сімейної медицини в галузь охорони здоров'я, але й велика увага була приділена покращенню медичного обслуговування сільських жителів. Як приклад, у 2009 р. комплексні заходи з обслуговування сільського населення були повністю розроблені у Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Одеській, Сумській, Харківській, Херсонській та Чернігівській областях, частково – у АР Крим, Вінницькій (97,3%), Івано-Франківській (71,0%), м. Севастополі, Полтавській, Рівненській (89,3%) та Чернівецькій (97%) областях.

З метою створення ефективної системи фінансування охорони здоров'я і запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування МОЗ України та за ініціативи народних депутатів України розроблялися і вносилися на розгляд Верховної Ради України численні законопроекти (хронологію прийняття рішень за цими законопроектами подано у розділі “Фінансові ресурси охорони здоров'я та управління ними”), однак досі це питання залишається відкритим.

В Україні запроваджено добровільне медичне страхування згідно із Законом України “Про страхування” №86/96-ВР від 07.03.1996 р. В регіонах України, відповідно до законів України “Про благодійництво та благодійні організації” №531/97-ВР від 16.09.1997 р. та “Про об'єднання громадян” №2460-ХІІ від 16.06.1992 р. створено лікарняні каси, що працюють як громадські об'єднання (аналіз діяльності лікарняних кас представлено у розділі “Фінансові ресурси охорони здоров'я та управління ними”).

Для покращення фінансування системи охорони здоров'я залучаються і кошти від фізичних та юридичних осіб, а також благодійних внесків, надходжень за договорами добровільного медичного страхування.

Однак питання щодо надання платних медичних послуг не в повній мірі вирішено. Рішенням Конституційного Суду у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої ст. 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 визначено, що не забороняється положенням ст. 49 Конституції України щодо безоплатності медичної допомоги можливість надання громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги (за термінологією ВООЗ – “медичних послуг другорядного значення”, “парамедичних послуг”), у зазначених закладах за окрему плату. Перелік платних послуг, які можуть надаватись державними закладами охорони здоров’я та вищими медичними закладами освіти, затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. №1138 “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти” (зі змінами та доповненнями, які вносилися відповідними постановами Уряду у 2002, 2005, 2009, 2010 рр.). Проблемним залишається визначення тарифів на платні послуги, які надають лікувально-профілактичні державні і комунальні заклади охорони здоров’я.

Не вдалося запровадити також універсальний підхід до визначення обґрунтованого розрахунку вартості медичної допомоги, без чого неможливо визначити частку бюджетних коштів, необхідних для її реалізації. Хоча спроби були неодноразові. Так, зокрема, наказом МОЗ України від 23.05.2011 р. №315 було затверджено Методику розрахунку вартості послуг з охорони здоров’я, яка мала стати обов’язковою для використання у державних і комунальних закладах охорони здоров’я після реєстрації в Міністерстві юстиції України. Однак даний наказ не пройшов процедуру реєстрації і, відповідно, ця методика не була запроваджена (наказ МОЗ України від 23.05.2011 №315 р. “Про затвердження Методики розрахунку вартості послуг з охорони здоров’я” скасовано наказом МОЗ України від 02.08.2011 №456 “Про скасування наказу Міністерства охорони здоров’я України від 23.05.2011 №315”).

На сьогодні запроваджено тільки Методику розрахунку вартості лікування хворих на хронічну хворобу нирок V стадії із застосуванням гемодіалізу (затверджено наказом МОЗ України від 02.03.2011 р. №129, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 17.03.2011 р. за №355/19093), якою визначено



механізм формування вартості лікування хворих на хронічну хворобу нирок V стадії із застосуванням амбулаторного гемодіалізу. Методика є обов'язковою для державних та комунальних закладів охорони здоров'я та є рекомендованою для інших закладів охорони здоров'я.

З метою забезпечення хворих сучасними медичними технологіями, ефективними методами діагностики, профілактики, лікування і реабілітації МОЗ України здійснює централізовану закупівлю медикаментів для дітей, хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання; лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурию; комплектів для гемодіалізу для хворих на хронічну та гостру ниркову недостатність; гормонів росту для хворих на гіпофізарний нанізм; медикаментів для лікування дихальних розладів у недоношених дітей; тест-систем для обстеження вагітних на TORCH-інфекції тощо.

Законодавче забезпечення упорядкування мережі, удосконалення структури і функції закладів охорони здоров'я згідно з потребою населення міської і сільської місцевості унормовано Законами України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (від 07.07.2011 р. №3611-VI, «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (від 07.07.2011 р. №3612-VI). Зокрема у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві передбачено відпрацювати наступні напрямки реформ:

- створення на базі існуючої мережі закладів охорони здоров'я структурованої за видами медичної допомоги системи медичного обслуговування шляхом відокремлення (або об'єднання) закладів охорони здоров'я, які задовольняють потреби населення у первинній, вторинній, третинній та екстреній медичній допомозі;

- організацію та забезпечення функціонування центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги для задоволення потреб населення у такій медичній допомозі;

- перепрофілювання закладів охорони здоров'я пілотних регіонів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання;

- організацію діяльності у пілотних регіонах госпітальних округів, які повинні забезпечити умови для надання населенню вторинної (спеціалізованої)

медичної допомоги;

– створення центрів екстреної медичної допомоги для задоволення потреб населення в такій медичній допомозі.

Основні засади державної політики та напрямки реформ вітчизняної системи охорони здоров'я визначені у Програмі економічних реформ Президента України «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Якщо говорити про окремі види медичної допомоги, то за час виконання Програми, наприклад, з питань, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги, було підготовлено низку підзаконних актів, зокрема постанову Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 р. № 827 «Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф»; накази МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню України», від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги населенню України», від 02.03.2009 р. № 132 «Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навичкам надання першої невідкладної медичної допомоги» та від 28.04.2009 р. № 283 «Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги».

Особлива увага регіональних програм приділялася питанням забезпечення територіальних центрів екстреної медичної допомоги та станцій швидкої допомоги сучасними засобами зв'язку:

- Київським ГУОЗ та МЗ видано наказ від 27.05.2009 р. №199 “Про створення на Київській міській станції швидкої медичної допомоги та медицини катастроф консультативного телеметричного центру та впровадження телеметричної ЕКГ-діагностики в лікувально-профілактичних закладах м. Києва”; з метою покращення якості діагностики серцево-судинних захворювань на виконання цього наказу на підстанції №12 (КМСШМД та МК) створено дистанційний консультативний телемедичний центр.

- В Одеській області видано наказ УОЗ від 26.01.2009 р. №31 “Про затвердження плану реалізації заходів щодо виконання Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року в Одеській області”, у якому приділено увагу впровадженню в роботу служби сучасних телекомунікаційних засобів.

- Львівським УОЗ видано наказ “Про завершення тестування та

впровадження в промислову експлуатацію АСУ “АІДС-lancet” – локальної мережі, що включає підстанції та УОЗ м. Львова. Згідно з цим наказом також введено в дію АТС “Definity” та систему транкінгового зв’язку (6 базових радіостанцій, 50 автомобільних радіостанцій та 15 переносних радіостанцій “Motorolla”, здійснюється запис переговорів на електронні носії.

В межах заходів щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню Сумським УОЗ ОДА видано наказ від 10.12.2010 р. №854 “Про виконання наказу МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 “Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги”. У Тернопільській області видано Рішення колегії ГУОЗ ОДА від 27.04.2010 р. та наказ начальника ГУОЗ ОДА від 20.10.2010 р. № 574. У Черкаській області видано накази ГУОЗ та МК ОДА від 27.01.2010 р. №31/1, від 16.03.2010 р. № 176, від 27.05.2010 р. № 50/178 та від 06.07.2010 № 429, а також прийнято до виконання Рішення оперативної наради в ГУОЗ та МК ОДА від 22.04.2010 р.

Усі виїзні бригади служби екстреної та швидкої медичної допомоги оснащено раціями для зв’язку із диспетчерами станцій ШМД, близько 85% з них – сучасними. У АР Крим, Житомирській, Закарпатській, Рівненській, Сумській областях крім бортових та портативних рацій використовуються засоби стільникового зв’язку.

Для надання медичної допомоги та оперативного обміну медичною інформацією широко використовуються можливості мережі Internet (консультування через електронну пошту, Internet-факсимільний зв’язок, онлайн-консультації тощо). Комп’ютерною технікою служба забезпечена на 90%, доступом до мережі Internet – на 80% від потреби (до 60% у окремих регіонах).

Надзвичайно гостро стоїть питання забезпечення територіальних центрів екстреної медичної допомоги телекомунікаційними засобами в країні загалом. Поряд із стовідсотковим оснащенням центрів у Волинській, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Луганській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Чернівецькій областях залишається без спеціального обладнання, причому найбільш необхідного, – засобів стільникового зв’язку та глобальної навігації (GPS) – Вінницька область (забезпечена на 78% від потреби), Кіровоградська область (63%), Черкаська (80%) тощо.

Краща ситуація спостерігається у забезпеченні телекомунікаційними засобами станцій швидкої допомоги. У Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Чернівецькій

областях усі виїзні бригади станцій ШМД обладнано раціями, у Черкаській області забезпеченість складає 90% від потреби, у Луганській – 72,5% (80% у містах та 65% – у районах), у Вінницькій – 71,5%. Водночас заклади ШМД Сумської області забезпечено радіостанціями на 35,6%, а виїзні бригади – на 61,6%.

Разом із бортовими радіостанціями використовуються засоби стільникового зв'язку (Житомирська область – 30% від потреби; Закарпатська, Луганська, Тернопільська області – 100%) та GPS-навігація (на базі Луганської СШД впроваджено АСУ «Диспетчерська» з GPS-навігацією, у Полтавській області використовуються GPS-пристрої).

Пріоритетним напрямком процесу організації єдиного інформаційного простору в системі охорони здоров'я є створення науково-інформаційної комп'ютерної мережі галузі охорони здоров'я. Процес гальмує відсутність фінансування на встановлення необхідного обладнання та розробку програмного забезпечення. Так, у Донецькій, Запорізькій, Івано-Франківській, Київській, Львівській, Полтавській та Херсонській областях такі програми не розроблені через відсутність централізованого фінансування на розробку систем забезпечення ведення електронних ресурсів бібліотек.

У регіонах проводиться активна робота з впровадження електронних каталогів та забезпечення абонентів доступом до них. У АР Крим в КРУ «Науково-медична бібліотека» функціонує електронний читальний зал із каталогом, що налічує понад 57 тис. електронних джерел. У Національній науковій медичній бібліотеці України (м. Київ) доступ користувачів до електронних каталогів книг та періодичних видань здійснюється не тільки через локальну бібліотечну систему, але й через мережу Internet. У Волинській області розвиток електронних бібліотек проводиться відповідно до наказу УОЗ ОДА від 07.12.2007 р. №284/од «Про затвердження Програми інформатизації закладів охорони здоров'я Волинської області на 2008–2015 роки». У м. Севастополь в рамках «Програми інформатизації регіону м. Севастополя», затвердженої розпорядженням СМДА від 07.04.2003 р. №512, видано наказ УОЗ від 18.12.2008 р. №314 «Про затвердження регіональних комплексних заходів з впровадження галузевої програми «Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами та організаціями охорони здоров'я». З початку 2009 р. у Черкаській області впроваджено автоматизовану бібліотечну систему «Ірбіс», яка вже довела свою ефективність у бібліотечних закладах

Житомирської області, де таку систему запроваджено з 2003 р. У Житомирській області продовжується робота над формуванням електронного каталогу, який налічує понад 66 тис. записів. З метою удосконалення інформаційного забезпечення спеціалістів сфери охорони здоров'я на місцях електронний каталог представлений на Web-сайті бібліотеки. Бібліотека активно співпрацює з медичними бібліотеками України у створеній міжрегіональній корпоративній системі, в яку ввійшли Вінницька, Рівненська, Чернігівська обласні медичні бібліотеки, бібліотеки Вінницького та Одеського медуніверситетів.

У сільській місцевості, як і в містах, широко впроваджується електронна форма підготовки державних та галузевих статистичних звітів. Обробка статистичних звітів проводиться в системі єдиного програмного забезпечення МОЗ України: “Медстат”, “Канцер-реєстр осіб, хворих на онкозахворювання”, “Національний реєстр осіб, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС”, “Державний реєстр хворих з інсулінозалежним цукровим діабетом”. Продовжується робота щодо впровадження та поширення в лікувально-профілактичних закладах сільської місцевості програми “Системи управління базами даних”, “Система управління кадрами”.

Для вирішення широкого спектра сучасних медичних завдань все більше застосовуються ІТ-технології. У Кіровоградській області з метою проведення дистанційного консультування пацієнтів зі складними в діагностичному плані діагнозами в обласному кардіологічному диспансері, Долинському, Знам'янському та Кіровоградському районах впроваджено в роботу закладів первинної ланки метод телекомунікаційних діагностичних технологій (передача ЕКГ по мережі Інтернет). У Хмельницькій області створено і впроваджено інформаційно-аналітичну систему моніторингу рейтингової оцінки стану здоров'я населення, ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, інформаційну систему оцінки медичного обслуговування сільського населення, інформаційну систему для проведення моніторингу впровадження сімейної медицини.

У напрямку підготовки та запровадження стандартів медичних технологій МОЗ України розроблено державні соціальні стандарти за 59 профілями надання медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних умовах та за 56 профілями надання медичної допомоги у стаціонарних умовах.

Наказом МОЗ України від 11.08.2004 р. № 411 затверджено порядок здійснення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів в закладах охорони здоров'я, відповідно до якого

здійснюється моніторинг за реалізацією державних соціальних стандартів у ЗОЗ України.

Наказом МОЗ від 06.02.2008 р. №56 затверджено державні соціальні нормативи санаторно-курортного забезпечення дорослого населення за профілями лікарських спеціальностей (крім туберкульозного профілю).

Наказом МОЗ України від 07.02.2008 р. № 57 затверджено державні соціальні нормативи у сфері реабілітації дорослих-інвалідів.

Спільним наказом Мінсім'їмолодьспорту, Мінсоцпраці, МОЗ від 13.09.2010 р. № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику», зареєстрованим у Мінюсті України 08.10.2010 р. за № 903/18198, затверджено стандарти надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей з ВІЛ/СНІДом, з профілактики ВІЛ/СНІДу серед осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом; стандарти надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, наркотична залежність).

МОЗ України затверджено клінічні протоколи за 72 профілями надання медичної допомоги населенню.

Протягом терміну виконання Програми в ДУ „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України” надходила інформація з усіх регіональних управлінь охорони здоров'я про те, що у всіх ЛПЗ створені та функціонують системи контролю якості та ефективності медичної допомоги. У Хмельницькій області система контролю якості та ефективності медичної допомоги впроваджена у 98,4% ЛПЗ обласного підпорядкування, 100,0% ЛПЗ міського підпорядкування, 98,9% ЛПЗ районного підпорядкування.

З метою створення ефективних систем забезпечення хворих сучасними медичними технологіями, ефективними методами діагностики, профілактики, лікування і реабілітації протягом виконання Програми фахівцями установ НАМН України виконувався ряд науково-дослідних робіт, результати яких стосуються створених сучасних медичних технологій та ефективних методів діагностики, профілактики, лікування і реабілітації.

Удосконалено методи діагностики серцево-судинних захворювань, медикаментозне лікування хворих на артеріальну гіпертензію, інфаркт міокарда, ішемічну хворобу серця, хронічну серцеву недостатність. Оптимізовано та удосконалено технології кровозаміщення та інтенсивного лікування хворих у критичному стані.

Розроблено алгоритм диспансерного спостереження хворих з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки різного ступеня тяжкості; розроблені стандарти діагностики і лікування для цих клінічних станів в умовах поліклініки.

Вивчено поширеність та фактори ризику виникнення розсіяного склерозу (РС) в різних регіонах України, удосконалено методи його лікування.

Поліпшено ранню діагностику, лікування та профілактику диспластичних захворювань хребта та суглобів, що призводять до інвалідності в молодому віці.

Оптимізовано діагностику та корекцію порушень структурно-функціонального стану кісткової тканини у хворих на розсіяний склероз, лікування осіб похилого віку, хворих на ішемічну хворобу серця, хронічний обструктивний бронхіт, з порушеннями мозкового кровообігу, остеопороз.

Удосконалено діагностику та лікування спадкових захворювань серед дітей, діагностику та прогнозування виникнення й перебігу екологічно обумовленого захворювання дітей, що постійно проживають в умовах підвищених концентрацій солей важких металів та фтору.

Поліпшено методи діагностики та лікування хвороб шкіри, визначено оптимальні режими антибактеріальної терапії хворих на нозокоміальну пневмонію.

Оцінка якості медичної допомоги проводилася на основі переліку показників якості, визначеного наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

Одним із суттєвих напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення справедливості і рівності. Цей принцип, закладений у національному законодавстві з питань охорони здоров'я, відповідає завданням гармонізації із законодавством Європейського Союзу.

Медичну допомогу населенню за звітний період надавали заклади комунальної і державної форм власності, діяльність яких врегульована постановами КМУ № 342 від 15.03.2002 р. та № 501 від 16.05.2011 р.: 1) заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги (багатопротіральні лікарні та поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції); 2) заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання спеціалізованої, високоспеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії,

госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, спеціалізовані медико-санітарні частини, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки); 3) заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання санаторно-реабілітаційної допомоги (санаторії, загальнодержавні санаторії для ветеранів війни, осіб, на яких поширюється дія Законів України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22.10.1993 № 3551-ХІІ, «Про жертви нацистських переслідувань» від 23.03.2000 № 1584-ІІІ та інвалідів, загальнодержавні реабілітаційні установи та комплекси для інвалідів, державні підприємства).

У галузі охорони здоров'я продовжувалось упорядкування мережі закладів охорони здоров'я та їх кадрового забезпечення. Цей процес є одним з основних напрямків реформування системи охорони здоров'я, оскільки його закономірності визначаються змінами соціально-економічної ситуації країни.

Як альтернатива закладам, що фінансуються з державного бюджету, в усіх регіонах створені і діють приватні заклади охорони здоров'я (кабінети, амбулаторії, поліклініки, медичні центри). Дані моніторингу Програми свідчать про поступальний рух у напрямку сприяння медичній практиці на підприємницьких засадах. Заклади охорони здоров'я приватної форми власності виконують значну лікувальну, профілактичну та діагностичну роботу серед населення, проте аналіз її обсягу та якості за період виконання заходів Програми проводився фрагментарно за даними управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій. Починаючи з 2010 р., статистична інформація щодо діяльності приватного сектору системи охорони здоров'я збирається Центром медичної статистики МОЗ України.

У 2010 р. в Україні нараховувалося 92 стаціонари приватної форми власності, ліжковий фонд яких становив 2122 ліжка, з них у м. Києві – 386 ліжок, у Запорізькій області – 308 ліжок; понад 200 ліжок у Луганській (288) та Львівській (235) областях; понад 100 ліжок в Одеській (164) та Донецькій (161) областях та АР Крим (132). У 2010 р. в стаціонарах отримали лікування 57893 хворих, серед яких 5,2% дітей віком 0–17 років. Мережа амбулаторно-поліклінічних закладів включала 1574 заклади, до якої входять стоматологічні поліклініки – 686 та пункти охорони здоров'я – 20, з них 17 у Дніпропетровській області. Приватна форма медичної діяльності найбільш розвинута за рахунок приватних медичних кабінетів, кількість яких у 2010 р. становила 5510 кабінетів, з них 3695 стоматологічних.

Більшість амбулаторно-поліклінічних закладів (66,3%) є структурними



підрозділами стаціонарів. Найбільш розвинута мережа самостійних АПЗ у Дніпропетровській області (228, з них 3 у складі стаціонарів), м. Києві (270, з них 15 у складі стаціонарів), Харківській області (212, з них 6 у складі стаціонарів), АР Крим (104, з них 6 у складі стаціонарів). У Закарпатській та Чернігівській областях приватна медицина представлена тільки приватними кабінетами (273, з них 192 стоматологічні, та 68, з них 46 стоматологічних, відповідно). Стаціонари приватної форми власності відсутні у Вінницькій, Волинській, Житомирській, Рівненській та Херсонській областях. Мережа приватних кабінетів найбільш розвинута у Луганській, Черкаській та Дніпропетровській областях.

Потужність приватної амбулаторно-поліклінічної служби у 2010 р. становила 25621 відвідування/добу, найбільша у Дніпропетровській області – 5782, Харківській області – 3863, м. Київ – 3226, Кіровоградській області – 2112 відвідувань/добу. Крім основних приватних установ охорони здоров'я в Україні існує мережа приватних аптек (11), з яких в АР Крим – 2, Вінницькій області – 1, Київській – 2, Кіровоградській – 1, Полтавській – 1, Харківській – 1, м. Київ – 3.

Таким чином, приватний сектор в охороні здоров'я стає дієвим “травцем” на ринку медичних послуг, що в свою чергу позитивно впливає на створення умов для здорової конкуренції між закладами охорони здоров'я усіх форм власності.

На виконання Указу Президента України від 17.02.2004 р. № 199/2004 «Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти України» з метою інтеграції вищої освіти України до Європейського освітнього простору та забезпечення необхідних умов для удосконалення системи практичної підготовки медичних кадрів, опрацювання досконалих моделей організації висококваліфікованої медичної допомоги населенню, запровадження новітніх медичних технологій в медичних університетах та академіях створюються клініки, а також інші навчально-науково-лікувальні комплекси.

Університетські клініки створені зокрема в Одеському, Донецькому та Кримському державних медичних університетах. В Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця, Луганському державному медичному університеті та в Українській медичній стоматологічній академії створені стоматологічні поліклініки. У Київській медичній академії післядипломної освіти створено Інститут стоматології, в Запорізькій медичній академії післядипломної освіти – Науково-дослідний інститут серцево-судинної хірургії і трансплантації. В Тернопільському медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського функціонує

консультативно-лікувальний центр. З січня 2005 року в Івано-Франківській медичній академії функціонуватиме академічна клініка.

Медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення галузі відповідно до стандартів і з урахуванням необхідності досягнення гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я здійснювалось з урахуванням нормативно-правових документів державного і регіонального рівнів:

- Державної програми забезпечення населення лікарськими засобами на 2004–2010 роки, затвердженої постановою КМУ від 25.07.2003 р. №1162;

- постанови КМУ від 01.11.2010 р. № 1012 “Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби, які закупаються за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів”;

- наказу МОЗ України від 28.09.2010 р. №822 “Про затвердження у Донецькій, Львівській областях та м. Києві пілотного проекту щодо спеціального позначення лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів, що закупаються за рахунок бюджетних коштів”, який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17.11.2010 р. за №1127/18422;

- наказу МОЗ України від 18.11.2010 р. № 1006 “Про затвердження Положення про реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби та порядок внесення до нього змін та форми декларації зміни оптово-відпускної ціни на лікарський засоби”, який зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07.12.2010 р. за №1222/18517.

Питання удосконалення державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення, що закупаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, розглядалося Урядом неодноразово. Зокрема видано постановаму КМУ від 01.11.2010 р. №1012 “Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби, які закупаються за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів”. Постановою КМУ від 08.08.2011 р. №932 “Про удосконалення державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення, що закупаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів” затверджено “Порядок реєстрації оптово-відпускних цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення, що закупаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів”.

З метою поліпшення медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення галузі відповідно до стандартів і з урахуванням необхідності

досягнення гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я МОЗ України розроблено накази від 19.07.2005 р. №360 “Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень” (із змінами та доповненнями), від 27.09.2005 р. №495 “Про затвердження мінімального обов'язкового асортименту лікарських засобів і виробів медичного призначення для фельдшерсько-акушерських пунктів”.

Законом України “Про внесення змін до деяких законів України у сфері охорони здоров'я щодо посилення контролю за обігом лікарських засобів, харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок” від 20.12.2011 р. №4196-VI врегульовано питання щодо:

- посилення державного контролю за якістю вироблених та ввезених в Україну лікарських засобів шляхом запровадження обов'язкового державного контролю якості лікарських засобів, що ввозяться в Україну, обов'язкової перевірки відповідності умов виробництва, зберігання та реалізації лікарських засобів перед видачею дозволу на здійснення такої діяльності;

- запобігання поширенню практики самолікування шляхом заборони реклами ліків та заборони реалізації лікарських засобів, які повинні відпускатися за рецептом лікаря, без пред'явлення такого рецепту, а також посилення контролю за достовірністю реклами медичних виробів та харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок;

- забезпечення належного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до аптечних закладів.

Обсяги видатків на придбання обладнання і медикаментів врегульовані відповідними чинними державними нормативними документами та документами міністерств і відомств, що регламентують фінансове забезпечення галузі.

Питання створення системи моніторингу здоров'я населення вирішувалось на виконання наказу МОЗ України від 31.05.2002 р. № 197 «Про рейтингову оцінку стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я». Доцільність такої роботи визначена постановою КМУ від

6.04.2005 р. № 263 «Про запровадження моніторингу результатів діяльності Кабінету Міністрів України та Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій». Моніторинг стану здоров'я здійснюється щоквартально, щопівроку та за підсумками року.

З метою моніторингу кадрової ситуації здійснюється приведення штатних нормативів у відповідність до чинних нормативних актів з питань фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я та Державного класифікатора України (ДК-003-2010), вносяться зміни до чинного наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33.

Протягом усього періоду виконання Програми держсанепідслужбою здійснювалися: санітарно-епідеміологічний нагляд за дотриманням вимог санітарного законодавства органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями та окремими громадянами; оцінка середовища життєдіяльності людини, об'єктів господарської та інших видів діяльності, продукції, робіт, послуг; реєстрація небезпечних для здоров'я і життя людини факторів середовища життєдіяльності; аналіз санітарної та епідемічної ситуації в країні; обстеження об'єктів підвищеного епідризику тощо. Вносилися в установленому порядку до органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування пропозиції щодо проведення заходів з метою забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, необхідності введення карантину.

Для впровадження і створення ринкових механізмів регулювання та функціонування галузі розпочато процеси реформування системи фінансування охорони здоров'я. Так, згідно з новою редакцією Бюджетного кодексу, видатки на надання первинної медичної допомоги сконцентровано на рівні районних бюджетів, таким чином зроблено перший крок до їх розмежування за видами надання медичної допомоги населенню. Крім того, в рамках проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я до Формули, яка використовується при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів для 4-х пілотних регіонів (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області і м. Київ), внесено зміни щодо об'єднання видатків на фінансування закладів охорони здоров'я, які надають екстрену та вторинну медичну допомогу на рівні обласних/міського м. Києва бюджетів.

Запроваджується використання програмно-цільового методу складання та

виконання місцевих бюджетів.

Для відпрацювання переходу закладів охорони здоров'я від кошторисного фінансування до діяльності, орієнтованої на результат, у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях та м. Києві здійснюється експеримент з реформування системи охорони здоров'я з метою відпрацювання на рівні пілотів основних елементів фінансово-економічної перебудови системи охорони здоров'я (перерозподілу ресурсів між закладами первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, створення потужних пулів бюджетних коштів, впровадження договірних відносин між замовником і постачальником медичних послуг, запровадження ефективних методів фінансування постачальників медичних послуг та оплати праці працівників галузі).

У 2011 р. проведено роботу щодо переходу до кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я за 2 кодами (поточні і капітальні видатки) для закладів, що надають первинну медичну допомогу у пілотних регіонах (Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві), прийнято відповідну постанову КМУ від 16.01.2012 р. №89 “Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1342”.

## **2.2. Справедливість і рівність у питаннях охорони здоров'я**

Законодавство про охорону здоров'я, створене у період виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації”, ґрунтується на відповідних міжнародних стандартах і рекомендаціях з питань захисту прав людини і розвитку національних систем охорони здоров'я та забезпечує формування правових засад державної політики на принципах солідарності, рівності, загальної доступності, підвищення якості та ефективності медичного обслуговування населення.

Законодавче регулювання питань, пов'язаних з поліпшенням доступності та якості медичної допомоги, забезпечувалось переважно шляхом застосування програмно-цільового методу формування бюджетних видатків на охорону здоров'я населення України. Значних результатів у цьому напрямі досягнуто у процесі реалізації комплексу заходів, визначених п'ятнадцятьма державними цільовими програмами, затвердженими протягом 2002–2011 рр.

Пріоритетним напрямом у формуванні законодавчої бази охорони здоров'я є діяльність органів виконавчої влади, спрямована на виконання заходів Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу, затвердженої Законом України від 18.03.2004 р. №1629-IV,

проведення аналізу відповідності проектів нормативно-правових актів законодавству Європейського Союзу та Ради Європи.

Протягом зазначеного періоду здійснювалась робота, спрямована на наближення національної законодавчої бази до європейських стандартів забезпечення високоякісної і доступної медичної допомоги, та підготовлено законопроекти “Про ратифікацію Конвенції 102 Міжнародної Організації Праці про мінімальні норми соціального забезпечення”, “Про ратифікацію Конвенції 130 Міжнародної Організації Праці про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби”, “Про ратифікацію Європейського кодексу соціального забезпечення”.

На регіональному рівні здійснювались заходи щодо реалізації прав і обов’язків усіх членів суспільства у галузі охорони здоров’я, серед яких особливе значення мають заходи, спрямовані на збереження мережі закладів охорони здоров’я України, наближення висококваліфікованої медичної допомоги до мешканців сільської місцевості, санітарно-освітню роботу серед населення з питань формування ЗСЖ, участь у реалізації прав громадян на звернення до органів державної влади та органів місцевого самоврядування, вільний вибір лікаря та медичного закладу, обов’язкове страхування медичних працівників на випадок інфікування вірусом імунодефіциту, ознайомлення пацієнтів з інформацією щодо обсягу та змісту їхніх прав (Житомирська, Одеська, Львівська, Івано-Франківська, Сумська, Харківська області та м. Севастополь), розробку і впровадження адміністративно-розпорядчих актів на розвиток концептуальних положень Програми (Вінницька, Кіровоградська, Івано-Франківська, Львівська, Одеська, Сумська та інші області), впровадження стандартів (протоколів) медичної допомоги, проведення акредитації закладів охорони здоров’я в усіх областях, широке залучення громадськості до вирішення проблем охорони здоров’я, створення лікарняних кас як реалізація права громадян на добровільне страхування. Так, на Житомирщині діє благодійна організація “Лікарняна каса Житомирської області”, що охоплює майже 15% населення області. У Львівській області здійснюється реалізація програми з охорони здоров’я “Західноукраїнська ініціатива збереження здоров’я дітей”, а в Івано-Франківській – “Безбар’єрне Прикарпаття у 2008–2011 роках”.

В усіх регіонах України через засоби масової інформації проводилась робота щодо роз’яснення змісту правових норм, викладених у національному законодавстві з питань охорони здоров’я.

У АР Крим програмою “Здоров’я кримчан” передбачено зміцнення

матеріально-технічної бази ЛПУ; забезпечення доступності діагностичних досліджень для населення; доплати та надбавки за роботу лікарям, середньому та молодшому медичному персоналу, який працює у сільській місцевості.

У всіх ЗОЗ Донецької області розроблені моделі кінцевих результатів, ведеться моніторинг найбільш “уразливих” показників у діяльності закладів, розробляються щорічні заходи щодо реалізації моделей діяльності закладів на наступний рік з урахуванням показників діяльності поточного року та перспектив щодо покращення, як лікувально-профілактичної діяльності, так і роботи з населенням. Протягом останніх 10 років в області проводиться постійна робота щодо оцінки діяльності закладів охорони здоров’я. ЦМСІ та АСУ розроблено програмний комплекс з моніторингу показників галузі, які характеризують основні напрямки в роботі ЗОЗ міст та районів області з урахуванням групових особливостей (чисельність населення, розвиток промисловості, кількість сільського населення). Відповідно до наказу ОУОЗ від 13.07.01 №183 “Про рейтингову оцінку стану здоров’я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров’я”, затвердженого на виконання постанови КМУ від 28.12.2000 р. №1907 та наказу МОЗ України від 06.07.01 р. №272, удосконалюється програмне забезпечення галузі.

Моделі кінцевих результатів діяльності з постійним моніторингом найбільш “вразливих” показників діяльності закладу розроблено також у Київській, Луганській, Львівській областях.

В Житомирській області розроблено Концепцію реформування галузі охорони здоров’я області на 2008–2010 рр., розроблені карти-схеми районів щодо відкриття амбулаторій сімейного лікаря, розроблено та затверджено план реорганізації закладів на засадах сімейної медицини до 2011 р, підготовлено пропозиції для кожного району з питань реструктуризації ліжкового фонду.

У Запорізькій області функціонують 4 сільські територіальні об’єднання (СТМО): “Фтизіатрія”, “Психіатрія”, “Трансфузіологія”, “Дитинство”. Медичні комунальні некомерційні підприємства розгорнуто у м. Бердянськ – “ТМО Бердянська дитяча лікарня та пологовий будинок” та у м. Запоріжжя на базі 5-ої стоматологічної поліклініки. На розв’язання медичних проблем галузі спрямовані Програма розвитку донорства крові та її компонентів у Запорізькій області на 2008–2012 роки, затверджена рішенням облради від 28.02.2008 р. №4; Програма заохочення народжуваності в Запорізькій області на 2008–2015 роки, затверджена рішенням обласної ради від 28.02.2008 р. №5; програма “Цукровий діабет” у

Запорізькій області на 2008 р., затверджена рішенням обласної ради від 28.02.2008 р. №6; Програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню Запорізької області на 2007–2011 роки, затверджена рішенням обласної ради від 06.09.2007 р. №2.

У Кіровоградській області впроваджувався проект “Лікарня, доброзичлива до дитини”. Продовжується впровадження програми “Здоров’я матері і дитини” у пологових будинках. На міських дільницях впроваджується робота на засадах сімейної медицини. Впроваджується перспективна модель організації функціонування сільської лікарської дільниці (сімейного лікаря) та лікарні сімейної медицини з цілодобовим пунктом невідкладної медичної допомоги.

В м. Києві впроваджена модель діяльності закладів охорони здоров’я за рахунок введення системи медичного районування, що створило однакові можливості для кожного мешканця міста щодо отримання медичних послуг. Заклади охорони здоров’я, які є власністю територіальної громади міста, фінансуються з міського бюджету.

У Миколаївській області розроблено рейтингові показники оцінки діяльності ЗОЗ.

У Рівненській області діє система телекомунікації при наданні окремих видів медичної допомоги; організовано виїзні акушерсько-педіатричні консультації.

В Сумській області діяла регіональна програма “Здоров’я нації на 2002–2011 роки” та програма соціально-економічного розвитку “Сумщина–2010”, заходи якої щорічно планувалися та коригувалися відповідно до потреб області.

В м. Севастополі рішенням сесії міськради від 10.10.06 р. №811 прийнята “Програма оптимізації бюджетного фінансування галузі охорони здоров’я на період 2006–2011 роки”, видано наказ УОЗ від 19.10.2007 р. №241 “Про затвердження заходів управління охорони здоров’я СГГА з реалізації Національного плану розвитку системи охорони здоров’я на період до 2010 р”.

На сесії Тернопільської облради затверджено обласні програми “Туберкульоз”, “Дитяча онкологія”, “Репродуктивне здоров’я”, “Запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань”.

У Чернівецькій області діяльність закладів охорони здоров’я була спрямована на подальше впровадження ПМСД на засадах ЗП/СМ, покращення надання медичної допомоги матерям та дітям, раннє виявлення соціально значущих хвороб.



У Чернігівській області здійснювались заходи щодо реалізації виконання Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 рр., розроблена та затверджена Концепція розвитку кардіологічної служби області на період до 2010 р., у якій визначено механізми та етапи реорганізації служби, поетапне придбання обладнання, потребу у спеціалістах-кардіологах. З метою надання ефективної фахової психіатричної допомоги населенню області розроблена Концепція розвитку психіатричної допомоги на 2007–2010 рр. З метою удосконалення і підвищення рівня висококваліфікованої медичної допомоги населенню області розроблена Концепція реформування обласної лікарні. Затверджені обласні програми: програма “Реалізації Стратегії демографічного розвитку Чернігівської області на період до 2015 року”, програма забезпечення санітарним автотранспортом районних медичних закладів та закладів охорони здоров’я сільської місцевості на 2008–2010 рр.

В областях України розроблені моделі діяльності закладів охорони здоров’я на всіх територіальних рівнях (обласному, міському, районному). У Вінницькій, Донецькій, Житомирській, Івано-Франківській, Львівській, Полтавській, Одеській, Харківській, Хмельницькій, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій областях ці моделі на всіх рівнях впроваджено стовідсотково. У Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Львівській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Чернівецькій областях, м. Севастополь зазначені моделі реалізовано у програмах розвитку регіонів.

Законодавство з питань охорони здоров’я, створене за роки незалежності України, забезпечує правові засади державної політики на принципах солідарності, рівності, загальної доступності, підвищення якості та ефективності медичного обслуговування населення.

Сформоване в період 1991–2011 рр. національне законодавство з питань охорони здоров’я ґрунтується на відповідних міжнародних стандартах і рекомендаціях у сфері прав людини і розвитку систем охорони здоров’я, що відповідає напрямку державної політики інтеграції у європейське суспільство.

Указом Президента України “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення” від 06.12.2005 р. №1694/2005 обумовлено розробку нових заходів щодо подальшого реформування системи охорони здоров’я. Цей державний акт передбачає активізацію усіх рівнів державної влади у вирішенні проблем охорони здоров’я, зокрема попередження серцево-судинних

та судинно-мозкових захворювань, протидії захворюванню на туберкульоз, боротьбу з онкологічними захворюваннями, розвиток сімейної медицини в Україні, створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги. Основою для таких дій є норми чинного законодавства та термінова підготовка пропозицій щодо внесення змін та доповнень до нормативно-правових актів, за якими ініціюється можливість подальшого ефективного реформування системи охорони здоров'я у 2006–2010 рр. На виконання Указу Президента України МОЗ розробило деталізовану “дорожню карту” – національний План дій, яким передбачено конкретні адресні заходи та терміни їх виконання заінтересованими міністерствами, обласними, міськими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування. У плані дій передбачено заходи щодо підвищення якості та доступності медичного обслуговування населення, впровадження обґрунтованих державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги, ефективної та прозорої моделі фінансування галузі, що орієнтована на реальні потреби пацієнтів, розробку та впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я стандартів медичної допомоги, раціоналізації використання ресурсів, удосконалення системи управління галуззю, оптимізації мережі державних, комунальних і відомчих закладів охорони здоров'я, поліпшення підготовки медичних працівників та умов оплати їхньої праці, спрощення дозвільної системи в галузі, оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

В умовах реформування галузі національну правову базу охорони здоров'я ще не можна вважати досконалою. Передусім це стосується блоку законодавства, що регулює фінансування та управління. Від вирішення цієї проблеми значною мірою залежить як подальша структура системи охорони здоров'я, так і обсяг та характер управлінських фінансових повноважень основних учасників цієї системи, а також визначення характеру та черговості нормативно-правових і практичних заходів щодо її реформування.

Врегулюванню зазначених питань сприяло прийняття у 2011 р. Верховною Радою України розроблених МОЗ Законів України "Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві"(№ 3612-VI від 07.07.2012), "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги" (№ 3611-VI від 07.07.2012).

Як і в попередні роки, в усіх регіонах продовжувалась робота з

впровадження в ЗОЗ галузевих стандартів подання медичної допомоги – протоколів медичної допомоги дитячому та дорослому населенню при різних захворюваннях. Стандарти медичних технологій стали базовим інструментом створення моделей діяльності закладів охорони здоров'я, які дають можливість оцінити стан якості та обсягу надання медичних послуг населенню.

В окремих регіонах суттєвою перешкодою запровадженню стандартів організації медичного забезпечення, які відповідають рекомендаціям Ради Європи, залишається недостатній обсяг бюджетного фінансування та відсутність правової регламентації порядку створення і функціонування громадських рад при закладах охорони здоров'я. **санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані**

### **2.3. Покращення умов для виживання і підвищення якості життя.**

#### **Здоров'я жінок**

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 найнижчих за всю історію України показників народжуваності, які в даний момент в 1,5 разу нижчі, ніж показники смертності населення. 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 тому числі і за рахунок поліпшення загального та репродуктивного здоров'я жінок України.

Заходи Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” були спрямовані на розробку та впровадження сучасних медико-організаційних технологій формування та збереження здоров’я жінок на всіх етапах їх життєвого циклу.

З метою підвищення ролі жінок у суспільстві, збереження їхнього здоров’я, координації зусиль державних органів, наукових і освітніх закладів, громадських організацій з цих питань у березні 2002 р. при Державному комітеті у справах сім’ї та молоді було відновлено роботу Координаційної ради з гендерних питань і проблем сім’ї, завершено створення відповідних координаційних рад при обласних державних адміністраціях.

Серед співвідносної дії факторів, які впливають на стан репродуктивного здоров’я жіночого населення, вагоме значення мають злякисні новоутворення жіночих статевих органів та молочної залози. Онкогінекологічна ситуація в Україні характеризується не тільки високим рівнем захворюваності та смертності від раку, але й значною кількістю занедбаних випадків хвороби. Щороку в країні реєструються онкозахворювання репродуктивних органів майже у 16 тис. жінок, рак молочної залози – у понад 15 тис. Упродовж останніх років в Україні щорічно серед тих, хто захворів уперше, виявляється біля 60% хворих із занедбанними станами раку яєчників, близько 20% – раку шийки матки та близько 13% – раку тіла матки. Займаючи біля 20,0% серед усіх онкологічних хворих обох статей та майже 40% серед онкологічно хворих жінок, злякисні новоутворення репродуктивної системи є лідируючою причиною смертності жінок від онкологічних захворювань. За причиною смерті злякисні пухлини жіночих статевих органів займають друге місце, а серед жінок працездатного віку – перше, що вказує на надзвичайну актуальність проблеми. Втрати жінок від зазначених хвороб мають соціальне значення, оскільки молоді жінки репродуктивного віку 15–49 років складають майже третину від загальної кількості онкогінекологічних хворих (27,5%).

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. Особливо актуальним є забезпечення можливості профілактики та ранньої діагностики онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози на початкових етапах розвитку захворювання. Ці питання продовжують активно обговорюватись

онкогінекологами всього світу.

Тому заходи Програми з питань профілактики онкогінекологічних захворювань та раку молочної залози були спрямовані на розробку та впровадження всесвітньо визнаних технологій профілактики та лікування онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози.

На виконання заходів Програми фахівцями Інституту онкології НАМН України забезпечується впровадження ефективних скринінгових програм раннього виявлення та сучасних методів діагностики раку і передраку молочної залози, навчання жіночого населення методиці самостійного обстеження молочних залоз, ознайомлення з першими ознаками раку та передраку молочної залози шляхом організації тижнів та місячників із самообстеження молочних залоз, залучення груп підтримки з числа добровольців, що хворіли на рак молочної залози. За сприяння Американського міжнародного альянсу охорони здоров'я щорічно проводилися конференції-семінари для спеціалістів регіонів України з питань вивчення та аналізу патології молочної залози.

Наразі доведено, що найбільш ефективним заходом щодо профілактики онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози є забезпечення інформаційними матеріалами з питань профілактики онкогінекологічних захворювань жінок та проведення просвітницької роботи серед населення.

З метою забезпечення медичного персоналу інформаційними матеріалами з питань профілактики онкогінекологічних захворювань жінок розроблено і розповсюджено посібник для лікарів “Цитологічний скринінг раку шийки матки” та методичні рекомендації для спеціалістів первинної медико-санітарної допомоги, акушерів-гінекологів, онкогінекологів “Організація скринінгу патології шийки матки”. Здійснюється робота щодо підготовки тематичних просвітницьких матеріалів для засобів масової інформації з метою профілактики онкологічної патології та раку молочної залози.

В цілому за роки виконання Програми в Україні з питань профілактики онкогінекологічних захворювань підготовлено 393 585 плакатів, 665 681 брошуру, 11 789 публікацій в ЗМІ, 6190 телепередач і 12 280 радіопередач, прочитано 244 614 лекцій (табл. 2.3.1). Більш активно ця робота проводилася у Волинській, Закарпатській, Миколаївській, Харківській і Черкаській областях.

Основними рубриками просвітницьких матеріалів були: “Профілактика раку шийки матки”, “Рак – не вирок, а діагноз”, “Рак шийки матки; рак молочної залози; рак щитовидної залози”; “Методики самообстеження молочної залози”,

“Лікар радить”, “Больова точка”, “Сучасні методи діагностики”, “Для чого потрібна мамографія”, “Профілактика небажаної вагітності”, “Профілактика раку молочної залози”, “Рак молочної залози в запитаннях і відповідях”, “Сохраним женщине грудь” тощо.

Здійснена робота щодо переорієнтації системи забезпечення жіночого населення онкопрофілактичними оглядами на всесвітньо визнані технології з доведеною ефективністю. Наказом МОЗ України від 31.12.2004 р. “Про затвердження галузевої програми “Скринінг патології шийки матки” на 2005–2010 роки” передбачена розробка і впровадження нових підходів до технології здійснення профілактичних онкологічних оглядів жіночого населення в Україні.

Таблиця 2.3.1 Забезпеченість населення просвітницькими матеріалами з питань профілактики онкогінекологічних захворювань та раку молочної залози, 2002–2011 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Плакати	Брошури	Телепередачі	Радіопередачі	Публікації	Лекції	Всього
АР Крим	960	1006	140	258	258	1612	4234
Вінницька	8201	1243	156	71	664	19001	29336
Волинська	12159	5143	69	243	152	1552	19318
Дніпропетровська	2976	7425	301	1386	287	2418	14793
Донецька	2645	6234	744	123	978	3300	14024
Житомирська	20106	26877	195	51	302	7353	54884
Закарпатська	117976	53977	126	483	159	10475	183196
Запорізька	5017	37701	214	381	339	10591	54243
Івано-Франківська	2113	612	439	357	338	9477	13336
Київська	2219	2095	249	247	303	643	5756
Кіровоградська	10938	11348	106	491	226	9010	32119
Луганська	848	9762	603	2145	628	44531	58517
Львівська	5546	40222	131	432	526	2136	48993
Київ	14050	2181	127	107	111	2176	18752
Севастополь	2031	0	496	48	99	1520	4194
Миколаївська	82215	83809	122	144	1073	6994	174357
Одеська	595	91820	139	236	292	5364	98446
Полтавська	3070	1310	125	266	349	12395	17515
Рівненська	3047	1813	80	202	306	7114	12562
Сумська	1375	73222	52	207	206	15419	90481
Тернопільська	23819	22062	51	354	905	5061	52252
Харківська	6382	20741	408	270	1243	9537	38581
Херсонська	9676	606	347	387	467	11050	22533
Хмельницька	24871	20036	234	358	266	15617	61382
Черкаська	18465	96939	188	741	304	6274	122911
Чернівецька	6269	4795	189	305	529	10704	22791
Чернігівська	6016	42702	159	1987	479	13290	64633
<b>Всього</b>	<b>393585</b>	<b>665681</b>	<b>6190</b>	<b>12280</b>	<b>11789</b>	<b>244614</b>	<b>1334139</b>

Наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” затверджені Нормативи надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю “Акушерство і гінекологія” в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів, примірні положення про жіночий оглядовий кабінет лікувально-профілактичного закладу, кабінет патології шийки матки жіночої консультації та мамологічний кабінет, а також новий порядок проведення профілактичних оглядів в оглядових кабінетах дівчат з 14 років та усіх жінок (за їх поінформованою згодою), які звернулися вперше в поточному році в ЗОЗ. Згідно з наказом при проведенні профілактичних оглядів жінок здійснюється огляд та пальпація молочних залоз, огляд шийки матки в дзеркалах, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного (за відсутності патології 1 раз на 3 роки) і бактеріоскопічного дослідження (при показах), пробу Шиллера, бімануальне обстеження, пальцеве ректальне обстеження.

Міжнародний досвід лікування раку молочної залози представлено у розроблених з дотриманням принципів доказової медицини і затверджених наказом МОЗ від 17.09.2007 р. №554 “Про впровадження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Онкологія” медичних стандартів діагностики і лікування онкологічних захворювань”.

Всесвітньо визнані медико-організаційні технології лікування раку молочної залози з доведеною ефективністю наразі впроваджено у діяльність усіх ЗОЗ України. Фахівцями Інституту медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України удосконалено систему моніторингу хворих на рак грудної залози на основі урахування термінів максимального ризику віддаленого метастазування.

Передбачене заходами Програми впровадження сучасних скринінгових програм раннього виявлення гінекологічних захворювань у жінок, ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду було регламентовано наказами МОЗ України від 28.12.2002 р. № 503 “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” та від 29.12.2003 р. №620 “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні”, від 15.07.2011 р. № 417 “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”. Цими наказами затверджено нормативи надання медичної допомоги жіночому та дитячому населенню за спеціальністю “Акушерство і гінекологія” в умовах амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних лікувальних закладів. Крім того, за роки виконання Програми

розроблено і затверджено відповідними наказами МОЗ України 52 клінічні протоколи за спеціальностями “Акушерство і гінекологія”, якими регламентовано впровадження всесвітньо визнаних, з доведеною ефективністю медико-організаційних технологій медичного догляду за вагітними, роділлями та породіллями, у тому числі і скринінгу гінекологічних захворювань у жінок, ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду. При цьому для досягнення ефективності регламентованих КП медико-організаційних технологій важливо не лише забезпечувати їх достовірність та інформативність, але й гарантувати їх впровадження в діяльність закладів служби охорони здоров'я матері і дитини.

Оцінка впровадження розроблених і запроваджених в діяльність закладів охорони здоров'я в ході виконання заходів Програми сучасних перинатальних технологій з доведеною ефективністю була здійснена на популяційному рівні шляхом моніторингу показників перинатальної допомоги в Україні упродовж 2003–2011 рр. за даними державної статистики. Сила впливу застосованих технологій впровадження вивчалася за даними відношення шансів з 95% довірчим інтервалом (ДІ). При цьому індикатори були розділені на стимулятори (чим більший показник, тим краще) і дестимулятори (чим менше показник, тим краще). Вплив впровадження сучасних перинатальних технологій оцінювався як позитивний при відношення шансів (ВШ) більше 1,0 для показників-стимуляторів і менше 1,0 для дестимуляторів з довірчим інтервалом, що не перетинає одиницю. Зв'язок параметрів здоров'я новонароджених з показниками здоров'я матері найбільш виражений відносно анемії вагітних, яка є своєрідним “маркером” рівня життя і здоров'я жінки і плода. Наразі при рівні гемоглобіну в загальному аналізі крові менше 110 г/л медичні працівники обговорюють з жінкою питання необхідності раціонального харчування (вживання м'яса, бобових, зелених овочів, цитрусових) та доцільність прийому препаратів заліза. Впровадження цих технологій з доведеною ефективністю сприяло зменшенню частоти вагітних з анемією з 38,41% у 2003 р. до 25,14% у 2011 р., ВШ з 95% ДІ 0,57 (0,57–0,58), (рис. 2.3.1).



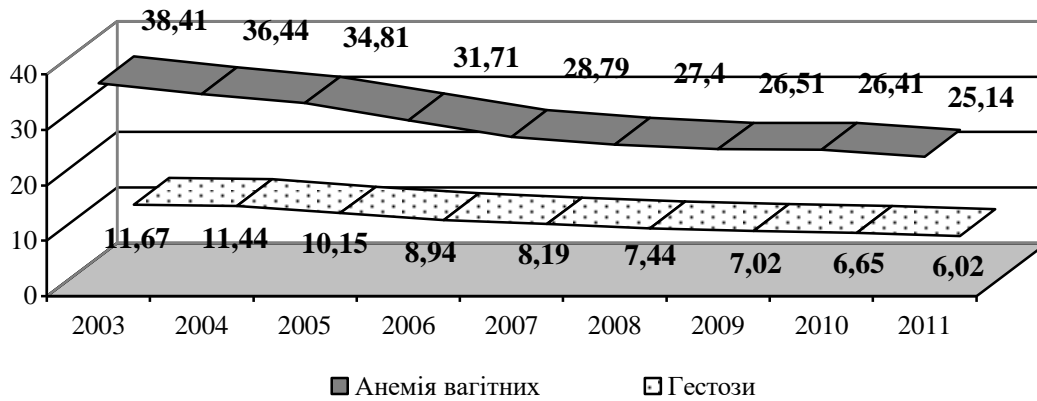


Рис. 2.3.1 Захворювання, які виникли під час вагітності у жінок

Гіпертензивні розлади, зокрема артеріальна гіпертензія, залишаються однією з основних причин материнської і перинатальної захворюваності і смертності, як у високорозвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. Впровадження медико-організаційних технологій клінічного протоколу “Гіпертензивні розлади під час вагітності” сприяло зменшенню частоти гестозів за період спостереження у 1,8 разу, ВШ з 95% ДІ 0,54 (0,53–0,55).

Серед співвідносної дії факторів, що впливають на розвиток перинатальної патології, вагоме значення мають аборти. Саме аборти впливають на фертильність жінок, перебіг наступних вагітностей та пологів.

Ускладнення після абортів спостерігаються у кожної третьої жінки, а у тих, які вперше завагітніли, їх частота наближається до 40%. Клінічний протокол “Медичний аборт” було затверджено наказом МОЗ України ще у 2003 р. За цей період частота абортів зменшилася з 23,3 на 1000 жінок фертильного віку до 13,94, ВШ з 95% ДІ 0,53 (0,53–0,53). Проте, незважаючи на таку сприятливу динаміку, рівень абортів в Україні продовжує удвічі і більше перевищувати показники більшості країн Європи.

За даними ВООЗ, близько 50% вагітностей, які настають щоденно, – незаплановані, близько 25% – небажані. В Україні при позитивній динаміці небажаної вагітності частка її в загальній кількості вагітностей складає 27,0%. Тому з метою підвищення якості та ефективності послуг, які надаються у системі охорони здоров’я для профілактики небажаної вагітності, проведення безпечної процедури (операції) її переривання та заходів щодо попередження можливих ускладнень, у 2011 р. було розроблено та затверджено наказом МОЗ України клінічний протокол “Комплексна медична допомога при небажаній вагітності”.

Загально визнаним критерієм якості надання перинатальної допомоги в акушерській практиці є частота нормальних і ускладнених пологів (рис. 2.3.2).

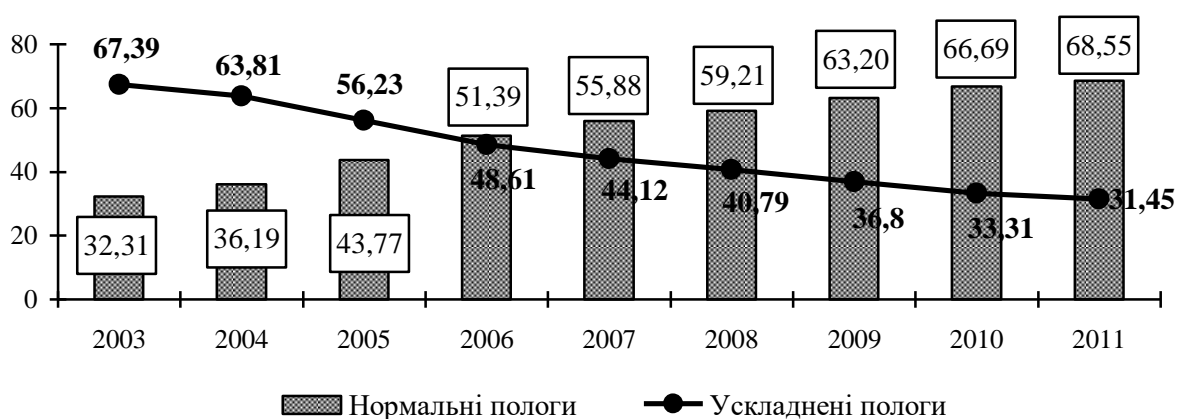


Рис. 2.3.2 Співвідношення частоти нормальних та ускладнених пологів у 2003–2011 рр. (%)

Сучасні технології ведення нормальних пологів було розроблено і затверджено наказом МОЗ України від 15.12.2003 р. № 582 “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги”. За даними статистики, частота ускладнених пологів зменшилася з 67,9% у 2003 р. до 31,45% у 2011 р., ВШ з 95% ДІ 0,24 (0,24–0,24).

Результатом ефективності системи впровадження технології клінічного протоколу “Нормальні пологи” стосовно запропонованого Міжнародною федерацією акушерів-гінекологів ведення третього періоду пологів є зменшення частоти акушерських кровотеч з 32,1 на 1000 пологів у 2003 р. до 18,59 у 2011 р., ВШ з 95% ДІ 0,63 (0,62–0,65), а частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періодах – з 24,4 до 9,23 відповідно, ВШ з 95% ДІ 0,48 (0,46–0,49) (рис. 2.3.3).



Рис. 2.3.3 Динаміка акушерських кровотеч за 2003–2011 рр.

Позитивні результати діяльності закладів акушерської служби підтверджуються позитивною динамікою за роки спостереження частоти хворих новонароджених – 18,5–15,4%, ВШ з 95% ДІ 0,54 (0,53–0,54). Результатами використання медико-організаційних технологій клінічних протоколів можна вважати і зменшення захворюваності новонароджених на внутрішньоутробну гіпоксію з 90,1 на 1000 новонароджених до 26,56, ВШ з 95% ДІ 0,28 (0,27–0,28), синдром респіраторного розладу з 15,05 до 10,92, ВШ з 95% ДІ 0,73 (0,7–0,75), внутрішньочерепну пологову травму з 30,21 до 0,06, ВШ з 95% ДІ 0,23 (0,16–0,35).

Впровадження сучасних перинатальних практик в роботу родопомічних установ значно підвищило якість допомоги, поліпшило показники здоров'я жінок-породіль і новонароджених при одночасному зниженні тривалості госпіталізації на 2,36 ліжко-дня. Зниження тривалості перебування в стаціонарі дозволяє закладам не лише збільшити обіг ліжка і знизити економічні витрати, але є доведеним ефективним методом профілактики випадків внутрішньолікарняних інфекцій серед жінок і дітей. Так, за період дослідження частота родового сепсису і розлитих післяродових інфекцій зменшилася у 3,5 разу, ВШ з 95% ДІ 0,3 (0,15–0,6), а частота інфекцій, специфічних для перинатального періоду у новонароджених, – на 20,5%, ВШ з 95% ДІ 0,8 (0,75–0,84).

При достатній ефективності впровадження медико-організаційних технологій, розроблених з дотриманням принципів доказової медицини клінічних

протоколів, проблемними залишаються питання досягнення оптимальних показників частоти кесарських розтинів, розривів матки і промежини.

Нині, незважаючи на високий рівень розвитку медичної науки і практики, відмічається зростання питомої ваги вроджених вад розвитку (ВВР) у структурі причин захворюваності та інвалідності дітей, збільшення абсолютного числа випадків ВВР в Україні і у всьому світі. Значущість природженої патології для здоров'я і благополуччя суспільства визначають профілактичні програми, спрямовані на запобігання народженню дітей з ВВР, як соціально-необхідний захід.

Вагоме значення для профілактики ВВР має розробка і впровадження сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю раннього їх виявлення та корекції. Ці заходи передбачені наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” та проектом клінічного протоколу “Ведення вагітності та пологів у вагітних з пренатально встановленими вродженими вадами серця плода”.

Серед профілактичних програм істотне місце займає створення національних і регіональних реєстрів вродженої і спадкової патології, що дозволяє забезпечити швидкодіючу систему стеження за тимчасовою динамікою частоти ВВР упродовж заданого проміжку часу в заданій популяції або групі населення. Адже частота вродженої і спадкової патології є найбільш інформативним показником стану генофонду популяції регіону, ефективності пренатального скринінгу ВВР і проведених профілактичних заходів зі зниження народжуваності дітей з ВВР і дитячої смертності.

Тому заходи Програми включали запровадження регіональних реєстрів вродженої і спадкової патології та забезпечення галузевої програми щодо їх профілактики. Наразі в усіх регіонах країни, за винятком Запорізької області, організовані і функціонують обласні та районні реєстри основних нозологічних форм спадкової патології та вроджених аномалій. Щорічно у переважній більшості областей до реєстрів вводилося 98–100% пацієнтів від кількості зареєстрованих за цей період. Недостатньо ця робота проводилася лише у Закарпатській, Івано-Франківській та Харківській областях, де введення вперше виявлених пацієнтів у реєстри становило лише 38–55%.

Заходи щодо удосконалення медико-генетичної служби здійснювались відповідно до наказу МОЗ України від 31.12.2003 р. № 641/84 “Про удосконалення

медико-генетичної допомоги в Україні”. Наразі в усіх регіонах країни створені і функціонують консультаційні центри і кабінети медичної генетики, кількість яких збільшилася з 99 у 2002 р. до 112 у 2011 р. За даними звітів, медико-генетичні центри і кабінети переважної більшості регіонів на 80–100% від потреби забезпечені обладнанням та реактивами, за винятком закладів Дніпропетровської, Запорізької, Івано-Франківської, Херсонської, Черкаської, Чернігівської областей, де забезпеченість обладнанням та реактивами не сягає 70%.

Непоправну шкоду здоров'ю жінок наносять запальні захворювання статевих органів. Частота даної патології залишається високою і становить понад 130,0 на 10 тис. жінок віком від 18 років і старше. 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 інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСС), до яких належать сифіліс, гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз тощо. Зважаючи на руйнівний вплив запальних захворювань статевих органів на здоров'я жінки та здоров'я майбутніх дітей, заходами Програми передбачено розробку і впровадження стандартів ведення вагітності, пологів та профілактики перинатального інфікування вагітних. Нормативи надання медичної допомоги носіям бактеріальних інфекцій – вагітним, роділлям та породіллям регламентовано наказами МОЗ України від 28.12.2002 р. № 503 “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”, від 29.12.2003 р. № 620 “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні”, від 15.07.2011 р. №417 “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” і впроваджено у діяльність родопомічних закладів усіх регіонів України. Крім того, наразі розроблено і затверджено відповідними наказами МОЗ України 6 клінічних протоколів за спеціальностями “Акушерство і гінекологія”, якими регламентовано впровадження всесвітньо визнаних, з доведеною ефективністю медико-організаційних технологій, у тому числі і профілактики перинатального інфікування у вагітних – носіїв бактеріальних та вірусних інфекцій. З метою своєчасного виявлення інфікування вагітних в усіх регіонах створені і функціонують лабораторії з діагностики TORCH-інфекцій.

Протягом 2002–2011 рр. у системі охорони материнства і дитинства продовжувались структурні зміни. Вони, безумовно, були пов'язані із соціально-економічними процесами і диктувалися демографічною ситуацією, основними

напрямами Концепції розвитку охорони здоров'я населення України та заходами Програми. За цей період кількість родильних ліжок зменшилася з 24,4 тис. до 21,29 тис., а гінекологічних – з 22,6 тис. до 19,07 тис. Якщо у 2002 р. на 1000 пологів припадало 64 ліжка, то у 2011 р. – 45,2. Водночас проведена регламентована наказом МОЗ України від 29.12.2003 р. № 620 “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні”. реструктуризація ліжкового фонду для вагітних, роділь і породіль відповідно до рівнів надання медичної допомоги. Відповідно до завдань, визначених Президентом у Програмі економічних реформ на 2011–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”, у 2011 р. у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві започатковано реформування сфери охорони здоров'я, у тому числі і акушерсько-гінекологічної служби. Реформуванням передбачено розмежування медичної допомоги на первинний, вторинний і третинний рівні з реструктуризацією пологових стаціонарів. З урахуванням позиції ВООЗ, що акушерські стаціонари з кількістю пологів менше 300 на рік є небезпечними для матері та дитини, не гарантують безпеки медичної допомоги та не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня лікарів, стратегією реформування галузі передбачена реорганізація малопотужних (менше 300 пологів на рік) родопомічних закладів.

Одним з основних завдань закладів охорони здоров'я є профілактика і зниження материнської і дитячої смертності, оскільки ці показники мають медико-соціальну значущість і визначають рівень розвитку суспільства і охорони здоров'я. Удосконалення системи управління організацією медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям залежно від міри ризику і можливостей лікувально-профілактичних установ проводиться шляхом реалізації двох взаємопов'язаних завдань:

1. Впровадження нових форм організації надання медичної допомоги.
2. Розробка і клінічне використання клінічних протоколів (алгоритмів) надання медичної допомоги.

Важливим заходом для вирішення проблем в охороні здоров'я матерів та дітей є реорганізація як амбулаторно-поліклінічної, так і стаціонарної родопомічності, яка полягатиме в чіткому розмежуванні рівнів її надання та дотримання переліку стандартизованих базових послуг перинатальної допомоги відповідно до груп ризику.

Загальновизнано, що більшість принципів висококваліфікованої

спеціалізованої медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим можливо забезпечити тільки у родопомічних закладах, що мають відповідну матеріально-технічну базу і кваліфікований медичний персонал. В Україні більше половини акушерських стаціонарів є малопотужними, що унеможлиблює надання в них висококваліфікованої медичної допомоги жінкам при вагітності та пологах та новонародженим. Заходами Програми передбачено розширення мережі перинатальних центрів та створення на базі провідних родопомічних закладів усіх регіонів спеціалізованих виїзних бригад, оснащених необхідним обладнанням та транспортними засобами. В ході реалізації цих заходів Програми з урахуванням переходу України на нові критерії перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, які потребують забезпечення умов для виходжування новонароджених з малою та дуже малою масою тіла, у 2011 р. в рамках Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» розпочата регіоналізація перинатальної допомоги. Вона ґрунтується на принципах оцінки ступеня перинатального ризику і, відповідно до виявленого ризику, – на маршрутизації пацієнтки до закладу, де надається якісна медична допомога. Такий підхід дає змогу самостійно вирішити питання організації перинатальної допомоги у регіоні та своєчасно перенаправити пацієнтів, провести аналітичну, методичну та навчальну діяльність, підвищити рівень відповідальності медичних працівників.

Метою регіоналізації перинатальної допомоги є підвищення якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням: раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим; зниження рівня захворюваності новонароджених; створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприятиме зниженню материнської, малюкової смертності та попередженню дитячої інвалідності.

Реорганізація перинатальної допомоги здійснюється відповідно до розробленої і затвердженої наказами МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 “Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції” Концепції та наказів МОЗ України від 15.08.2011 р. № 514 “Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров’я”, від 31.10.2011 р. № 726 “Про удосконалення організації

надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах”, від 14.11.2011 р. № 783 “Про затвердження Примірного таблиця оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення перинатального центру III рівня”, від 13.04.2011 р. № 204 “Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання”. Наразі в Україні функціонує 10 перинатальних центрів, 4 з яких організовано в ході виконання заходів Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги.

В усіх регіонах організовані і функціонують відділення акушерської реанімації з виїзними службами, а продовж виконання Програми усі акушерські стаціонари країни були повністю забезпечені тридобовим запасом крові та її компонентів, налагоджено розділення крові на компоненти. У Волинській, Донецькій, Рівненській областях і м. Києві ці функції виконують станції переливання крові. Випадків переливання необстеженої крові та цільної крові у лікувально-профілактичних закладах за звітний період не зареєстровано.

Наразі доведено позитивний вплив на здоров'я новонароджених сумісного перебування матері і дитини в пологових стаціонарах. За даними звітів, майже в усіх регіонах України на спільне перебування матері та дитини переведено 95–100% ліжкового фонду родопомічних закладів, за винятком закладів Закарпатської області, де спільним перебуванням охоплено лише 85% ліжкового фонду. Здійснено заходи щодо впровадження родопоміччя, орієнтованого на участь сім'ї. Наразі в усіх регіонах організовано і функціонують індивідуальні пологові зали, в яких створено умови для участі в пологах партнерів.

З позицій доказового менеджменту вагоме значення для забезпечення ефективного перинатального догляду, “здорового старту” немовлят, їх подальшого психоемоційного та інтелектуального розвитку і стану здоров'я людини в наступні роки має ініціатива ВООЗ і ЮНІСЕФ “Лікарня, доброзичлива до дитини” (ЛДД), яка була започаткована у 1991 р., до якої приєдналися більшість країн світу. В Україні сертифікація закладів охорони здоров'я на статус ЮНІСЕФ “Лікарні, доброзичливої до дитини” розпочата ще у 2001 році.

Станом на 01.01.2012 р. міжнародного звання “Лікарня, доброзичлива до дитини” удостоєно 396 закладів охорони здоров'я матері і дитини. Кількість пологів, прийнятих в пологових стаціонарах, “доброзичливих до дитини”, збільшилася в середньому по Україні з біля 0,5% у 2001 р. до 66,5% в 2011 р. Питома вага закладів охорони здоров'я, сертифікованих відповідно статусу ЛДД,



від загальної кількості закладів, в яких надається допомога матерям та дітям, становить 38,8%. В Україні статусом ЛДД охоплено 94,6% самостійних пологових стаціонарів, 65,5% дитячих обласних лікарень, 51,6% дитячих міських лікарень і лише 29,3% центральних районних і районних лікарень, які мають підрозділи для надання акушерсько-гінекологічної і педіатричної допомоги. Як і в попередні роки, у 2011 р. відмічався значний діапазон коливань охоплення закладів охорони здоров'я сертифікацією на статус ЛДД – від 97,5% у Дніпропетровській області, 86,0% у м. Севастополі, до 7,6–7,9% у Одеській, Харківській, 12,5% у Тернопільській областях (табл. 2.).

Кількість дітей, народжених в пологових стаціонарах, “доброзичливих до дитини”, збільшилася в середньому по Україні з 1,8% у 2001 р. до 69,8% в 2011 р. при діапазоні коливань від 100% у м. Севастополі, 99% у Дніпропетровській області до 18,0% у Закарпатській, 35,6% у Київській, 37,2% у Одеській, 44,1–44,6% у Харківській, Кіровоградській областях. При позитивній динаміці цей показник все ще значно нижче передбаченого Загальнодержавною програмою “Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини” на період до 2016 року” – 90%

Наразі доведений сильний вплив на рівень перинатальної патології підготовки сімейних пар до пологів. За даними цільового моніторингу, із загальної кількості вагітних, що народили у ЛДД у 2011 р., 80,2% сімейних пар пройшли навчання з підготовки до партнерських пологів, 93,5% – з грудного вигодовування.

За даними надійних досліджень, безперервна підтримка жінок під час пологів партнером сприяє зменшенню тривалості пологів та частоти проведення знеболення в пологах, збільшенню частки самостійних вагінальних пологів. За станом на 01.01.2012 р. в усіх сертифікованих акушерських стаціонарах створені індивідуальні сімейні пологові зали, орієнтовані на проведення партнерських пологів, та впроваджені сучасні перинатальні технології (тривалий контакт, “шкіра до шкіри”, дотримання теплового ланцюжка).

Таблиця 2.3.2 Характеристика охоплення родопомічних закладів статусом “Лікарня, доброзичлива до дитини” та частоти народжених у них новонароджених у 2011 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість закладів охорони здоров'я, які мають статус ЛДД	% від кількості ЗОЗ, в яких надається допомога матерям та дітям	Кількість дітей, народжених живими в закладах охорони здоров'я, які мають статус ЛДД	% від загальної кількості народжених дітей
АР Крим	23	60,7	19328	87,3
<i>Область</i>				
Вінницька	12	32,4	9841	55,4
Волинська	12	57,1	12237	81,8
Дніпропетровська	79	97,5	34917	99,0
Донецька	26	31,3	26793	64,0
Житомирська	12	40,0	12136	80,1
Закарпатська	6	40,0	9040	18,0
Запорізька	11	27,5	12486	68,1
Івано-Франківська	13	54,0	12169	80,0
Київська	7	20,0	7348	35,6
Кіровоградська	7	25,0	4695	44,6
Луганська	13	37,7	9609	46,0
Львівська	29	53,7	24130	83,5
Миколаївська	15	48,4	8450	65,2
Одеська	4	7,6	10879	37,2
Полтавська	24	66,6	12180	85,2
Рівненська	8	42,1	11386	64,0
Сумська	11	50,0	8231	81,0
Тернопільська	4	12,5	6156	51,8
Харківська	7	7,9	11599	44,1
Херсонська	11	44,0	8549	70,7
Хмельницька	7	25,9	6897	48,0
Черкаська	8	25,8	6145	50,0
Чернівецька	6	35,3	6161	55,0
Чернігівська	17	59,0	7919	80,0
<i>Місто</i>				
м. Київ	18	23,6	25732	82,6
м. Севастополь	6	86,0	4157	100
<b>Разом</b>	<b>396</b>	<b>38.8%</b>	<b>329534</b>	<b>69.8%</b>

У цілому в 2011 р. доля партнерських пологів у ЛДД становила 76,8%. Достатня частота партнерських пологів сприяла зменшенню частоти медикаментозного знеболювання в пологах. В середньому, за даними спеціальних досліджень, частота медикаментозного знеболювання в пологах складає 35–40,0%, а за даними цільового моніторингу діяльності закладів, що мають статус ЛДД, – 14,2%.

Наразі доведена залежність охоплення малюків виключно грудним вигодовуванням від максимально раннього прикладання новонародженого до

грудей матері, забезпечення цілодобового спільного перебування матері і новонародженого. У 2011 р. із закладів ЛДД виписано на виключно грудному вигодовуванні 95,5% новонароджених. При частоті пологів шляхом кесаревого розтину в цих закладах 17,3% цей показник можна вважати задовільним. Достатньою є і частота сумісного перебування матері і новонародженого – 95,0%, з незначним коливанням у розрізі регіонів.

Практика закладів родопомочі, що працюють за технологією ініціативи, позитивно впливає на показники здоров'я матері і дитини: знижується частота гнійно-септичних захворювань з боку як матері, так і дитини; відсутні випадки спалахів кишкових інфекцій новонароджених в стаціонарі; зменшується частота кон'югаційних жовтяниць новонароджених; немовлята краще прибавляють в масі тіла. Поліпшення стану здоров'я немовлят, народжених у ЛДД, підтверджується даними частоти переведення їх у відділення (палати) інтенсивної терапії. Якщо за даними спеціальних досліджень частота переведення новонароджених у відділення (палати) інтенсивної терапії становить 10–12%, то у закладах родопомочі, що працюють за технологією Ініціативи, – 5,6–5,8%.

Наразі в Україні створена і функціонує система планування сім'ї, яка налічує біля 500 центрів та кабінетів планування сім'ї. Основною метою діяльності цієї системи є виховання населення з питань необхідності планування кількості дітей, термінів їх народження з метою забезпечення якості їх здоров'я, оптимальних умов догляду за ними та елементів виховання, а також попередження непланової вагітності. Наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. № 503 розширені і регламентовані функції центрів (кабінетів) планування сім'ї та центрів жіночого здоров'я.

В Україні проблема небажаної вагітності залишається однією з найбільш актуальних. За даними МОЗ України, упродовж останніх років реєструється біля 110 тис. випадків небажаної вагітності (9,44 на 1000 жінок репродуктивного віку), що менше даних 2002 р. (20,6), однак значно перевищує рівень в країнах Європейського Союзу (в середньому 5,0 на 1000 жінок репродуктивного віку). Лише у Рівненській, Івано-Франківській та Харківській областях рівень небажаної вагітності не перевищує середній показник країн ЄС (менше 5,0 на 1000 жінок фертильного віку).

Все ще високий рівень небажаної вагітності обумовлений як недостатнім використанням сучасних засобів контрацепції, так і низькою поінформованістю щодо проблеми, відсутністю або недостатнім рівнем консультування до і після

процедури (операції) переривання вагітності. 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 співвідносної дії факторів, які впливають на рівень незапланованої вагітності, що в 85–92% закінчується абортами, вагоме значення має застосування контрацепції: за даними державної статистики, в Україні методами контрацепції (гормональними і внутрішньоматковими) щорічно охоплюється близько 30% жінок фертильного віку. За даними дослідження “Аборти та контрацепція в Україні. Стратегічна оцінка політики, програм та досліджень”, понад 32% незаміжніх жінок та близько 38% одружених чоловіків не використовують сучасні засоби запобігання небажаній вагітності. Тому в ході виконання заходів Програми розроблено і затверджено наказом МОЗ України від 31.12.2010 р. клінічний протокол “Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності”. Виконання заходів Програми по розширенню функцій служби планування сім'ї сприяло збільшенню застосування найбільш ефективних та надійних методів гормональної контрацепції (108,3 на 1000 жінок фертильного віку – у 2002 р., 177,27 – у 2008 р. і 195,28 у 2011 р.) при зменшенні менш надійного методу – внутрішньоматкових спіралей (ВМС) (рис. 2.3.4).

Виконано і заходи із створення центрів жіночого здоров'я. За роки виконання Програми створено 62 центри, а всього їх функціонує 65. Відсутні центри жіночого здоров'я лише у Вінницькій, Луганській і Херсонській областях.



Рис. 2.3.4 Динаміка небажаної вагітності та її профілактики в Україні у 2002–2011 рр. (на 100 жінок фертильного віку)

В ході виконання Програми були розроблені і регламентовані наказами МОЗ України від 28.12.2002 р. № 503 “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” та від 15.07.2011 р. № 417 “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” заходи щодо розширення профілактичних, лікувально-діагностичних та реабілітаційних технологій, спрямованих на оздоровлення жінок, починаючи з дитячого віку. Крім того, за період 2003–2011 рр. робочими групами МОЗ України було розроблено і впроваджено в діяльність закладів охорони здоров’я матері і дитини 50 клінічних протоколів за спеціальностями “Педіатрія”, “Неонатологія”, “Акушерство і гінекологія”, які включають всесвітньо визнані доказові медико-організаційні технології формування, збереження і зміцнення здоров’я жіночого населення на всіх етапах розвитку. Розробка і повсюдне впровадження цих технологій сприяли збільшенню індексу здоров’я новонароджених з 72,9% у 2002 р. до 84,6% у 2011 р. нормальних пологів з 32,4% до 68,55%, зменшенню захворюваності дітей першого року життя з 1993,5 на 1000 дітей до 1 року до 1591,6 відповідно.

Особлива увага приділялася удосконаленню роботи з питань інформованості та навчання населення навичкам профілактики, безпечної поведінки, насамперед підлітків та їхніх батьків. З цією метою в різних областях України створена мережа «Клінік, дружніх до молоді» (всього 104 заклади, з них у 2011 р. створено 13 нових клінік), в яких надаються медико-соціальні послуги дітям та молоді на засадах дружнього підходу. Завданням цих закладів є збереження психічного здоров’я, у тому числі в складних життєвих обставинах; попередження виникнення ризикової поведінки та зменшення впливу її наслідків; профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ/СНІДу; збереження репродуктивного здоров’я та підготовка до усвідомленого батьківства тощо. В основі сучасних підходів до надання медичної допомоги дітям підліткового віку є надання медичної допомоги через розуміння їхніх проблем, спільний з лікарем пошук шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров’я. Досвід України з цього питання позитивно оцінено ВООЗ та рекомендовано до запровадження в інших країнах.

Доступність населенню служб репродуктивного здоров’я, планування сім’ї, медико-генетичного консультування, медичної допомоги під час вагітності і пологів забезпечена існуючою, регламентованою розробленими і впровадженими в діяльність служби охорони здоров’я матері і дитини наказами МОЗ України від 28.12.2002 р. №503 “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної

допомоги в Україні”, від 29.12.2003 р. №620 “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні”, від 31.12.2003 р. № 641/84 “Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні”, від 15.07.2011 р. №417 “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”, системою медичного забезпечення жінок і дітей та достатньою мережею закладів охорони здоров’я.

З метою забезпечення рівного сталого доступу всіх верств жіночого населення до служб перинатальної допомоги при пологових стаціонарах усіх регіонів України організовані і функціонують виїзні бригади для надання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги.

В ході виконання заходів Програми у більшості регіонів створено систему моніторингу стану здоров’я вагітних та породіль груп високого ризику. Крім того, у м. Києві створено систему оперативного моніторингу (інформація про стан здоров’я вагітних з груп підвищеного ризику надається щотижнево).

Таким чином, в цілому по Україні виконано усі передбачені Програмою заходи, спрямовані на удосконалення нормативно-правової бази служби охорони здоров’я жінок, приведення мережі задіяних в медичному обслуговуванні жінок закладів до світових стандартів, розробку і впровадження всесвітньо визнаних доказових технологій організації діяльності закладів служби, профілактики, діагностики, лікування і реабілітації жінок та новонароджених дітей. В ході виконання Програми розроблено і впроваджено в діяльність закладів Державну програму “Репродуктивне здоров’я нації” на період до 2015 р., Національну програму “Нове життя”, накази МОЗ України від 28.12.2002 р. № 503 “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”, від 29.12.2003 р. № 620 “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні”, від 31.12.2003 р. № 641/84 “Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні”, від 15.07.2011 р. № 417 “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”, від 02.02.2011 р. № 52 “Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції” Концепції та наказів МОЗ України від 15.08.2011 р. №514 “Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров’я” від 31.10.2011 р. № 726 “Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах”, від 14.11.2011 р. № 783 “Про

затвердження Примірного табеля оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення перинатального центру III рівня”, від 13.04.2011 р. № 204 “Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання”, 50 затверджених відповідним наказами клінічних протоколів, технології яких ґрунтуються на даних надійних досліджень.

Виконання заходів Програми щодо поліпшення здоров’я жінок сприяло зменшенню частоти абортів з 25,78 на 1000 жінок фертильного віку у 2002 р. до 13,45 у 2011 р., збільшенню частоти нормальних пологів з 32,4% до 68,55% відповідно, поліпшенню здоров’я нових народжуваних поколінь (індекс здоров’я новонароджених збільшився з 72,9% у 2002 р. до 84,6% у 2011 р.), зменшенню захворюваності дітей першого року життя з 1993,5 на 1000 дітей до 1 року до 1591,6 відповідно. Досягнута позитивна динаміка й основних інтегральних показників діяльності сфери охорони здоров’я та стану соціально-економічного розвитку держави – материнської смертності з 22,5 на 100 тис. народжених живими у 2002 р. до 16,7 у 2011 р. та малюкової смертності – з 10,3 на 1000 народжених живими до 9,08 відповідно.

#### **2.4. Здоров’я дітей і молоді**

Стратегічні напрямки Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки в площині здоров’я дітей і молоді визначалися виходячи із соціальної значущості формування, збереження і зміцнення здоров’я дітей та молоді як запоруки майбутнього країни, її національного розвитку та безпеки.

Основні завдання Програми формувалися на стратегії Підсумкового документу Спеціальної сесії в інтересах дітей Генеральної Асамблеї ООН “Світ, сприятливий для дітей”, яким визнано чотири пріоритетні напрями діяльності: пропагування здорового способу життя; забезпечення можливості здобувати високоякісну освіту; захист дітей від жорстокого поводження, насильства та експлуатації; боротьба з ВІЛ/СНІДом, а також передбачено глобальний план дій, орієнтований на розвиток і захист прав та інтересів підростаючого покоління, і завдання, які спільнота повинна виконувати для дітей та разом з дітьми.

Формування здорового способу життя дітей і молоді, пропаганда престижності здоров’я стали національною доктриною з концентрацією заходів, коштів, чіткою координацією та об’єднанням зусиль державних органів, громадських організацій, сім’ї, громади, як на національному, так і на місцевому

рівнях. Цільове спрямування заходів Програми було зорієнтоване на утвердження здорового способу життя дітей та молоді через активізацію фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової роботи, змістовного дозвілля і відпочинку; інформаційно-просвітницької роботи з протидії поширенню серед молоді соціально небезпечних хвороб.

Вирішення основних завдань Програми відбувалося міжсекторально на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади.

Пріоритетним напрямом Програми було створення належних умов для зміцнення фізичного, психічного та соціального благополуччя дітей і підлітків, забезпечення їм доступу до спортивних і оздоровчих закладів, молодіжних клубів.

З метою поліпшення позакласної навчально-виховної фізкультурно-оздоровчої та спортивної роботи у навчальних закладах освіти у 2002 р. були утворені фізкультурно-спортивні клуби як первинні структурні підрозділи спортивних спілок студентської та учнівської молоді України з наданням їм фінансової підтримки (наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України №210 від 22.03.2002). Результатом позитивних зрушень за даним напрямком діяльності є розширення мережі спортивних гуртків та покращення залучення школярів до занять фізичною культурою. В Україні здійснюють свою діяльність 11822 спортивні клуби різної організаційно-правової форми, у тому числі за місцем навчання – 6237, за місцем роботи – 1025, за місцем проживання – 4560. Функціонують 38 300 спортивних майданчиків, 800 майданчиків із синтетичним покриттям, 11 700 майданчиків (гімнастичних містечок) із тренажерним обладнанням, 11 400 футбольних полів, які забезпечують належні умови для зміцнення фізичного здоров'я дітей та молоді.

За даними Міністерства освіти і науки, молоді та спорту, в Україні працюють 1690 дитячо-юнацьких спортивних шкіл та спеціалізованих дитячо-юнацьких шкіл олімпійського резерву, в яких займається молодь до 18 років. У зазначених закладах розвиваються 52 олімпійські види спорту, якими займаються майже 555 тис. осіб, та 30 неолімпійських видів спорту, які обрали понад 62 тис. осіб. До занять у дитячо-юнацьких спортивних школах та спеціалізованих дитячо-юнацьких школах олімпійського резерву для інвалідів залучено понад 7 тис. осіб. Водночас через відсутність сучасного спортивного інвентарю та обладнання, власної спортивної бази виникли серйозні труднощі в організації навчально-спортивної роботи у більшості дитячо-юнацьких спортивних шкіл. Лише 43%



зазначених шкіл мають власну базу. Значною мірою це пояснюється недостатнім обсягом фінансування на придбання необхідного обладнання та інвентарю.

У загальноосвітніх школах до уроків фізкультури залучені практично всі школярі. Проте ця діяльність не позбавлена певних недоліків. На сьогодні середній показник фізкультурно-оздоровчої роботи в загальноосвітніх навчальних закладах держави становить тільки 38,2%, що негативно позначається на стані здоров'я молоді. Для прикладу: тільки 30% сучасних школярів без ризику для свого здоров'я можуть виконувати нормативи фізичного навантаження. Слід також зазначити, що трагічні випадки на уроках фізкультури у навчальних закладах, які мали місце останніми роками (2008 р. – у Львівській області на уроці фізичної культури раптово помер 11-річний учень 5-го класу, в Чернівецькій області 12-річна школярка, на Волині 15-річний учень Луцького технічного коледжу; трагічні випадки у 2010 р. у м. Києві, у жовтні 2011 р. в Чернівецькій області), ініціювали необхідність зміни порядку фізичної підготовки учнівської та студентської молоді та впровадження новітніх технологій діагностування та медичних оглядів молоді. Результати медичного огляду школярів, проведеного у 2011 р. у Чернівецькій області за методикою визначення функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи (проба Руф'є), засвідчили суттєву розбіжність результатів медичного огляду серед учнів в різних районах області. Так, різниця між кількістю учнів, яких віднесено до спеціальної медичної групи, коливається в межах 8–60% від загальної кількості учнів різних адміністративних територій.

Для покращення порядку медичного обслуговування учнів ЗОНЗ та запровадження обов'язкового їх обстеження перш ніж допустити до занять фізичною культурою та спортом постановою КМУ “Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів” (№1318 від 08.12.2009 р.) визначено порядок здійснення медичного обслуговування учнів ЗОНЗ та вказано, що обов'язкові медичні профілактичні огляди учнів навчальних закладів проводяться щороку медичними працівниками у присутності батьків. Спільним наказом Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 20.07.2009 р. №518/674 (зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17.08.2009 р. №773/16789) затверджена інструкція про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури, якою визначено час проведення медичного огляду школярів та механізм їх розподілу на групи для занять на уроках фізичної культури.

З метою запобігання раптової смерті дітей під час занять фізичною культурою та своєчасного виявлення хронічних захворювань Головним управлінням освіти і науки спільно з Головним управлінням охорони здоров'я Харківської області було створено реєстр дітей з важкими порушеннями серцевого ритму, які щомісячно оновлюються та доводяться до відома серед керівників освіти та навчальних закладів, де навчаються ці діти.

У Чернівецькій області для учнів загальноосвітніх та професійно-технічних навчальних закладів відновлена робота в режимі шкільного дня: гімнастика до занять, фізкультхвилинки, організовані спортивні перерви.

Також виникає багато питань, пов'язаних із фізичною підготовкою студентської молоді, адже за інформацією Національного університету фізичного виховання і спорту України, до цього часу не розроблено критеріїв оцінки рівня здоров'я студентів, які займаються фізичною культурою та спортом. Продовжує залишатися не вирішеним питання щодо оцінки організації фізкультурно-рекреаційної сфери у вищих навчальних закладах, які можна було б враховувати при їх ліцензуванні та акредитації, а також не визначено посадових осіб, які б персонально несли відповідальність за збереження (або покращення) стану здоров'я студентів. З метою вирішення означених проблем з 1 січня 2011 р. набула чинності нова редакція Закону України "Про фізичну культуру і спорт" (Закон України "Про внесення змін до Закону України "Про фізичну культуру і спорт" та інших законодавчих актів України від 17 листопада 2009 р. №1724-VI).

З метою забезпечення рухової активності учнів і студентів у навчальний та позаурочний час міжвідомчою робочою групою, склад якої затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13.05.2009 №515-р., було розроблено пропозиції, які надійшли від провідних фахівців з фізичного виховання та заінтересованих організацій і відомств та стали основою для розробки навчальної програми з фізичної культури школярів та учнів професійно-технічних закладів. З першого вересня 2009 р. набули чинності та впроваджені навчальна програма з фізичної культури для учнів 5–9 класів ЗОНЗ (лист МОН України від 01.07.09 №1/11-4630) та програма з фізичної культури для професійно-технічних навчальних закладів (лист МОН України від 22.07.09 №1/11-5948). В оновлених навчальних програмах з фізичної культури для загальноосвітніх та професійно-технічних навчальних закладів передбачено передусім їх оздоровче спрямування, враховано позитивний вітчизняний та світовий досвід. Важливим аспектом є те, що варіативна частина програм, що

становить понад 60% навчального часу, передбачає можливість закладам самостійно вирішувати, які види рухової активності та спорту культивувати залежно від наявної матеріально-технічної бази та природних умов.

На основі програми з фізичної культури для 5–9 класів, яка запроваджена у 2009/2010 навчальному році, розроблена об'єднана програма з фізичної культури для 5–11 класів, яка затверджена наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України №1021 від 28.10.2010 р. Програма характеризується спрямованістю на реалізацію принципу варіативності, який передбачає планування навчального матеріалу відповідно до віково-статевих особливостей учнів, їхніх інтересів, матеріально-технічної оснащеності навчального процесу. Навчальна програма побудована за модульною системою. Вона складається з двох інваріантних, або обов'язкових, модулів – теоретико-методичні знання та загальна фізична підготовка і декількох варіативних модулів. Критеріями відбору варіативних модулів є: наявність матеріально-технічної бази, регіональні спортивні традиції, кадрове забезпечення та бажання учнів. Варіативні модулі протягом навчання у різних класах можуть змінюватися.

Із запровадженням нової навчальної програми було змінено підходи до оцінювання навчальної діяльності учнів. Якщо раніше оцінювання здійснювалось за результатом виконання навчального нормативу (стрибки, біг, підтягування тощо), то за новою програмою оцінювання навчальних досягнень учнів на уроках фізичної культури може здійснюватися за такими видами діяльності:

1. Засвоєння техніки виконання фізичної вправи.
2. Виконання навчального нормативу (з урахуванням динаміки особистого результату).
3. Виконання навчальних завдань під час проведення уроку.
4. Засвоєння теоретико-методичних знань.

При цьому оцінка за виконання нормативу не є домінуючою під час здійснення тематичного, семестрового чи річного оцінювання.

Для оцінювання розвитку фізичних якостей використовуються навчальні нормативи, які розроблено для кожного варіативного модуля. Контрольні навчальні нормативи є орієнтовними. Порядок їх проведення визначає вчитель відповідно до календарно-тематичного планування.

Оцінюючи навчальні нормативи з фізичної підготовленості, вчитель має дотримуватись таких вимог:

1. Навчальні нормативи складають учні основної медичної групи, які на

момент прийняття нормативу не скаржаться на погане самопочуття та стан здоров'я.

2. Кожній заліковій вправі передуює спеціальна фізична підготовка (не менше як на двох заняттях).

3. Перед складанням нормативу вчитель проводить розминку, а після – відновлювальні вправи.

4. Учні мають можливість перескласти норматив на визначеному вчителем занятті.

5. Учитель зобов'язаний забезпечити безумовне дотримання правил і виконання вимог щодо безпеки під час здачі нормативів.

При оцінюванні навчальних досягнень з фізичної культури також враховуються: особисті досягнення школярів протягом навчального року; ступінь активності учнів на уроках; залучення учнів до занять фізичною культурою в позаурочний час; участь у спортивних змаганнях усіх рівнів. На основі зазначених показників учителі можуть застосовувати різноманітні системи нарахування “бонусних” балів. Наприклад, якщо учень (учениця) викона(в/ла) залікову вправу на певний рівень, але при цьому його (її) особистий результат виконання цієї вправи поліпшився порівняно з попереднім показником, учитель може виставити оцінку на 1–2 бали вищу за ту, яка передбачається навчальними нормативами.

У період з 01.09 до 01.10 кожного навчального року з метою адаптації учнів до навантажень на уроках фізичної культури прийом навчальних нормативів не здійснюється, а заняття мають рекреаційно-оздоровчий характер з помірними навантаженнями.

Зазначені нововведення призвели до змін у процесі планування та проведення занять з фізичної культури. Фізична культура стала більше відповідати особистим запитам учнів, водночас підвищуючи питання мотивації до всієї фізкультурно-спортивної діяльності учнів, у тому числі у позаурочний час.

Постановою Кабінету Міністрів України від 20 квітня 2011 р. №462 затверджено Державний стандарт початкової загальної освіти. Відповідно до нього розроблено навчальні програми для 1–4 класів, у тому числі з фізичної культури. Впровадження нових програм розпочнеться поетапно з 1 вересня 2012 року. Оцінювання навчальних досягнень з фізичної культури за новою програмою здійснюватись не буде.

Наразі розроблено Державний стандарт базової та повної загальної середньої освіти, згідно з яким планується розроблення нових навчальних

програм для 5–11 класів, у тому числі з фізичної культури.

Заняття фізкультурою у коледжах та професійно-технічних училищах відвідують 87% студентів, ще 9% осіб віднесені до спеціальної медичної групи. У вищих навчальних закладах 66% студентів відвідують фізкультурні заняття, а 7,8% мають обмеження, пов'язані зі станом здоров'я. Тобто кількість молодих людей, які за станом здоров'я не можуть займатися фізичною культурою, є досить високою.

Останнім часом активізувався процес створення спортивних клубів у вищих навчальних закладах. На сьогодні їх налічується 392 одиниці.

Збільшилася кількість ліцензованих спортивних клубів. Особливу увагу питанню щодо створення таких спортивних клубів приділяють у Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Одеській та Харківській областях. В регіонах проводиться активна робота щодо створення спортивних студентських спілок як первинних ланок усієї фізкультурно-оздоровчої та спортивної роботи.

Сучасні дослідження показують, що в процесі дорослішання частка молодих людей, які займаються фізичним розвитком, зменшується. По-перше, не завжди є відповідні умови для проведення занять обраними видами рухової активності. По-друге, такі заклади не є доступними для більшості населення, особливо для молодих сімей з дітьми. Але фізична активність є важливою складовою здорового способу життя. Тому, незалежно від існуючих умов, фізичні ресурси організму, активний спосіб життя, належна тривалість сну відіграють важливу роль у підтриманні здоров'я молодої людини.

Вирішенням цієї непростой ситуації протягом останніх років активно займається мережа центрів фізичного здоров'я населення “Спорт для всіх”, яка була утворена відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 18 січня 2003 р. №49 “Про утворення центрів фізичного здоров'я населення “Спорт для всіх”. Наразі вона налічує 194 організації у всіх регіонах України, тоді як у 2005 р. їх функціонувало тільки 133, що вказує на ефективність роботи цієї мережі та її популярність серед населення. Найбільш активні користувачі мережею – сім'ї з дітьми та молодь. Основним напрямком роботи є інформаційно-пропагандистська діяльність щодо популяризації ЗСЖ серед населення. Центрами проводиться значна робота із залучення молоді до волонтерського руху, оскільки такі форми роботи потребують активного залучення місцевої громади. Крім того, з метою забезпечення вільного доступу дітей до оздоровчих і спортивних закладів запроваджена низка заходів щодо збереження мережі державних спортивних шкіл, клубів та оздоровчих таборів.

На регіональному рівні є ряд областей, які досягли покращання фізкультурно-оздоровчої роботи серед молоді (табл. 2.4).

Таблиця 2.4. Фізкультурно-оздоровча робота  
(інформаційні вибірки статистичних звітів 2-фк, дані за 2010 рік МОНмолодьспорт)

Адміністративно-територіальна одиниця	Дошкільні навчальні заклади (ДНЗ)				Загальноосвітні навчальні заклади (ЗОНЗ)			Професійно-технічні навчальні заклади (ПТНЗ)			
	К-сть осіб, що навчаються в ДНЗ	займаються фізкультурно-оздоровчою роботою			К-сть осіб, що навчаються в ЗОНЗ	займаються фізкультурно-оздоровчою роботою		К-сть осіб, що навчаються в ПТНЗ	займаються фізкультурно-оздоровчою роботою		
		у віці:		%		6-18 років	%		у віці:		%
		до 6 років	6-18 років						6-18 років	19-35 років	
Усього	1212652	483080	16938	41,23	4163951	1831130	43,98	403668	97992	24677	30,39
Вінницька	45445	28214	1049	64,39	159437	89226	55,96	18097	5329	2808	44,96
Волинська	30983	30983		100	122957	28676	23,32	8285	1456	184	19,79
Дніпропетровська	97866	16269	962	17,61	291138	158858	54,56	27551	10203	1597	42,83
Донецька	123317	91190	456	74,32	320347	226017	70,55	37738	8180	1832	26,53
Житомирська	42274	1897		4,49	131718	30053	22,82	10424	1891	73	18,84
Закарпатська	35316	6723		19,04	152719	66454	43,51	9076	2718	311	33,37
Запорізька	52463	42572	4897	90,48	159119	76196	47,89	16610	6447	1862	50,02
Івано-Франківська	26683	1219		4,57	149566	36216	24,21	12208	1835	209	16,74
Київська	54108	4787	71	8,98	165077	46827	28,37	9858	3178	749	39,84
Кіровоградська	27471	572		2,08	93645	14067	15,02	9099	1197	167	14,99
Луганська	47506	28994	228	61,51	167490	42141	25,16	25611	7112	1442	33,40
Львівська	32708	9276		28,36	255645	117485	45,96	39814	2836	291	7,85
Миколаївська	35557	12344	189	35,25	111006	44581	40,16	12930	4187	1177	41,48
Одеська	59049	27898	784	48,57	221423	116793	52,75	15995	2900	1663	28,53
Полтавська	40143	1799	100	4,73	127360	47122	37,00	13701	3877	1159	36,76
Рівненська	31793	12936		40,69	142806	33377	23,37	11444	1815	324	18,69
Сумська	33034	5843	864	20,30	96185	31933	33,20	12161	2931	1016	32,46
Тернопільська	26292	296		1,13	113470	12114	10,68	11073	1709	256	17,75
Харківська	65614	12082		18,41	210422	69108	32,84	17727	3217	559	21,30
Херсонська	32501	14015	257	43,91	110586	55197	49,91	10384	2332	800	30,16
Хмельницька	42027	4108		9,77	135212	44139	32,64	14465	4861	901	39,83
Черкаська	36921	7747	6	21,00	115980	57990	50,00	9533	1186	216	14,71
Чернівецька	25462	19447		76,38	96913	72857	75,18	7503	4469	1386	78,04
Чернігівська	24980	4774	520	21,19	97630	20550	21,05	7834	945	210	14,74
м. Київ	78218	77813	403	100,00	217888	216020	99,14	18809	5590	2723	44,20
м. Севастополь	12594	12150	236	98,35	30374	29737	97,90	2742	2502	173	97,56
АР Крим	52327	7132	5916	24,94	167838	47396	28,24	12996	3089	589	28,30

Так, в Харківській області спостерігається збільшення кількості населення, охопленого різними видами фізкультурно-оздоровчої роботи, серед якого 16,5% дітей та підлітків охоплено заняттями у спортивних групах, дитячо-юнацьких спортивних школах, що є найвищим показником серед регіонів України. На Вінниччині успішно налагоджена робота спортивно-оздоровчої інфраструктури – функціонує 41 стадіон, 696 спортивних залів, 1738 спортивних майданчиків, 10 плавальних басейнів, 418 футбольних полів, 530 пристосованих приміщень для фізкультурно-оздоровчих занять. У Донецькій області 740,6 тис. осіб займаються фізкультурою та спортом, що складає 16,7% від загальної кількості населення області. Ця цифра на 5,7% більша за цифри попередніх років. Для занять фізичною культурою та спортом побудовано та введено в дію 3 стадіони, 4 споруди зі штучним льодом, 33 тенісні корти, 149 футбольних полів, 142 майданчики з тренажерним обладнанням, 9 спортивних залів; побудовано 139 сучасних спортивних майданчиків зі штучним покриттям. На сьогодні в області працюють 122 дитячо-юнацькі спортивні школи, в яких займаються 54 912 вихованців. Навчально-тренувальний процес в ДЮСШ здійснює 1835 тренерів-викладачів. Житомирська область бере участь у міжнародному проекті “Європейська мережа шкіл сприяння здоров’ю”. В області функціонує два спортивні ліцеї (ЗОШ №32 м. Житомира та Селнящинський у Черняхівському районі) та екологічний ліцей №24 м. Житомира, який входить в Європейську мережу шкіл сприяння здоров’ю. Тут розроблена власна програма “Здоров’я через освіту “Пізнай себе – будь здоров”.

Проте на сьогодні не сформовано сталих традицій та мотивацій щодо фізичного виховання і масового спорту як важливого чинника фізичного та соціального благополуччя, поліпшення стану здоров’я, ведення ЗСЖ і подовження його тривалості. Ресурсне забезпечення сфери фізичної культури і спорту, зокрема організаційне, кадрове, науково-методичне, медико-біологічне, фінансове, матеріально-технічне та інформаційне, не відповідає вимогам сучасності та значно відстає від світових стандартів. Порівняно з 2007 р. кількість осіб, що віднесені за станом здоров’я до спеціальної медичної групи, збільшилася на 40%, що спричинило зменшення кількості залучених дітей і молоді до занять в ДЮСШ на 110 тис. осіб. За цей період зменшилася кількість інструкторів-методистів з фізичної культури на 45%, особливо за місцем роботи громадян та в сільській місцевості, зменшилася кількість стадіонів з трибунами на 1500 місць. У 2011 р. в Україні спортом так чи інакше займалися близько 6 млн осіб, що

становить трохи більше 13% від загальної чисельності населення. Для порівняння: в країнах Скандинавії ця кількість становить понад 85%!

З метою провадження нової ідеології – ідеології пріоритетності в суспільній свідомості ЗСЖ, занять фізичною культурою та спортом, як основних засад здоров'я і довголіття, у 2011 р. розпочата робота з підготовки Загальнодержавної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури та спорту на 2012–2016 роки, концепція якої схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 серпня 2011 р. №828-р.

На реалізацію в Україні державної політики у сфері охорони здоров'я стосовно збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактики неінфекційних захворювань, формування культури здоров'я, мотивації населення до ЗСЖ у 2011 р. розпочата робота з підготовки Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір” на 2012–2020 роки, концепція якої затверджена розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. №1164-р.

Проблемним питанням залишається процес формування сучасної інфраструктури спортивних споруд. У 2011 р. Державною службою молоді та спорту України запроваджено електронний реєстр спортивних споруд, завершення наповнення якого заплановано до кінця 2012 р., що дозволить отримати реальні, а не викривлені, дані про наявність, потреби та використання спортивних споруд в країні. Було відкрито нові та реконструйовані арени у м. Львові, Одесі, Луганську, триває робота щодо реконструкції об'єктів та побудови нових на олімпійській базі в Конча-Заспі, побудови Олімпійського центру підготовки національних команд з водних видів спорту в Цюрупинську Херсонської області тощо. Триває розробка інфраструктури розвитку зимових видів спорту у Карпатському регіоні та створення передумови для отримання права на проведення зимових Олімпійських та Параолімпійських ігор 2022 року в Карпатах.

Надзвичайно важливим в ХХІ столітті є створення конкурентної сучасної системи науково-методичного та медичного забезпечення підготовки спортсменів; підтримка та розвиток дитячо-юнацького спорту, руху ветеранів фізичної культури і спорту, розвиток спорту за місцем проживання та в сільській місцевості тощо.

Значну роботу з розробки тематики інформаційних матеріалів, спрямованих на пропаганду ЗСЖ на базі навчальних закладів, проводять “Школи здоров'я”. В



рамках їхньої діяльності відбуваються заняття (лекції та бесіди) з учнями середніх загальноосвітніх шкіл, професійно-технічних училищ, коледжів, вищих навчальних закладів з наступних питань: здоровий спосіб життя; раціональне харчування як запорука попередженню хвороб шлунково-кишкового тракту; вплив паління, алкоголю та наркотиків на здоров'я дітей та підлітків; профілактика ВІЛ-інфекції; фізкультура та спорт як основа нормального фізичного розвитку підростаючого покоління тощо. В усіх регіонах до пропаганди ЗСЖ активно залучаються засоби масової інформації.

У рамках проведення рекламно-інформаційної кампанії щодо формування ЗСЖ центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щорічно виготовляється велика кількість плакатів, буклетів, листівок, аудіо- та відеороликів. На радіоканалах та телеканалах розміщуються соціальні реклами з даної тематики, крім того, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді розміщують зовнішню рекламу з формування ЗСЖ на електронних носіях та в мережі Інтернет, на транспорті (понад 1000 носіїв).

Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України створено окремі рубрики щодо пропаганди ЗСЖ, зокрема боротьби з алкоголізмом (32 найменування), наркоманією (187 найменувань) та тютюнопалінням (177 найменувань), в т.ч. серед дітей та підлітків (25 найменувань).

В рамках міжвідомчої роботи щодо підвищення якості оздоровлення дітей і молоді щорічно з метою проведення літньої оздоровчої кампанії та її координації створюються міжвідомчі робочі групи. Організація літнього оздоровлення та відпочинку дітей щорічно регламентується низкою наказів, постанов та рекомендацій щодо порядку організації екскурсійних поїздок організованих груп учнівської та студентської молоді, організації оздоровлення дітей та проведення виховної роботи у дитячих закладах оздоровлення та відпочинку.

Постановами Головного державного санітарного лікаря України та Головного державного санітарного лікаря залізничного транспорту України затверджуються основні заходи щодо запобігання і недопущення порушень санітарного законодавства, запобігання інфекційним захворюванням і масовим отруєнням, а також організація проведення екскурсійних поїздок, туристських подорожей з учнівською молоддю, поїздок на відпочинок та оздоровлення організованих груп дітей. На період літньої оздоровчої кампанії затверджуються плани всеукраїнських масових заходів з еколого-натуралістичного, науково-

технічного, художньо-естетичного, туристсько-краєзнавчого та дослідницько-пошукового напрямів позашкільної освіти.

За даними державної статистики у 2011 р. в Україні працювали 17703 заклади оздоровлення та відпочинку, з яких 16321 належить до системи Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, що складає 90% від загальної кількості закладів оздоровлення та відпочинку. Всього оздоровлено 1 млн 770 тис. 390 дітей шкільного віку, з них у дитячих закладах оздоровлення та відпочинку, підпорядкованих управлінням освіти, 1 млн 331 тис. 394 дитини, що становить 74,6% від загальної кількості оздоровлених дітей шкільного віку. Щорічно збільшуюся показники залучення дітей до оздоровлення та змістовного відпочинку Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, органами управління освітою, навчальними закладами. Так, у 2010 р. оздоровлено 1,243 млн дітей, що становило 72,4% від загальної кількості оздоровлених дітей, у 2009 р. цей показник становив 71,9%, у 2008 р. – 70,3%. Проте, у зв'язку з відсутністю цілісної системи організації літнього оздоровлення та відпочинку дітей, єдиного органу, який би забезпечив комплексне вирішення цих питань, а також контроль за організаційними прорахунками та неефективним управлінням учасниками оздоровчого процесу виділеними на ці цілі бюджетними коштами, спостерігається недостатність кількості оздоровлених дітей та погіршення якості оздоровчих послуг. Для порівняння: у 2002 р., коли було розроблено програму оздоровлення і відпочинку дітей та учнівської молоді до 2008 р., оздоровлено 27% дітей шкільного віку, а влітку 2010 р. оздоровлено 39,7% від загальної кількості дітей шкільного віку, хоча Державною програмою економічного і соціального розвитку України на 2010 рік передбачалось забезпечити послугами з оздоровлення та відпочинку близько 50% школярів. У 2011 р. оздоровлено 42,5% дітей шкільного віку. У 2002 р. з 1,8 млн оздоровлених дітей кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, становила близько 90 тисяч, дітей із малозабезпечених і багатодітних сімей – 750 тисяч.

За даними, що надійшли від обласних управлінь освіти, у літній період 2011 р. було оздоровлено:

- 52 тис. 233 дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування;
- 31 тис. 913 дітей-інвалідів;
- 343 тис. 648 дітей із малозабезпечених та багатодітних сімей;
- 10,2 тис. дітей з групи ризику;
- 189 тис. 721 талановиту і обдаровану дитину із числа переможців

всукраїнських та регіональних масових заходів.

На тлі зменшення загальної кількості оздоровлених дітей стійко зростає кількість школярів, оздоровлених у таборах з денним перебуванням (у 2010 р. – 69,7%, у 2011 р. – 72,3%). Тобто поступово відбувається трансформація послуг із більш якісних – оздоровчих, на менш затратні – відпочинок у пришкільних таборах.

У системі Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України перебувають 137 стаціонарних оздоровчих закладів, які підпорядковані місцевим органам управління освітою. У 2011 р. працювали 129 закладів. З різних причин не функціонували 8 закладів: 3 заклади в АР Крим (2 – на капітальному ремонті, 1 – з причин відсутності установчих документів); 4 заклади в Одеській області (вже другий рік перебувають на капітальному ремонті); 1 табір тимчасово не працює у Харківській області. Влітку цього року відкрито 4 нові табори: 2 в АР Крим, по 1 в Одеській та Херсонській областях.

Основною формою державного контролю за діяльністю позашкільних навчальних закладів, що функціонують у формі оздоровчих закладів, є державна атестація, яка проводиться з метою оцінки стану організації та здійснення оздоровчо-виховного процесу, матеріально-технічної бази закладу, відповідно до встановленого графіку. Серед 129 закладів оздоровлення та відпочинку системи освіти 119 закладів атестовані, 50 із яких мають статус позашкільних закладів освіти, 20 оздоровчих закладів включені до планів атестації органів управління освітою.

Як і в попередні роки, при ЗОНЗ традиційно у червні-липні працювали пришкільні табори для дітей. Організовано роботу 15 тис. 891 пришкільного табору, в яких відпочили 1 млн 69 тис. 618 дітей у віці від 7 до 13 років, що становить 65% від загальної кількості дітей шкільного віку.

Тривалість однієї зміни становить від 14–18 днів, вартість одного дня перебування дитини у пришкільному таборі – від 5–40 грн. Найнижчою вона була в Івано-Франківській області – 6 грн. Слід зазначити, що в Україні найбільше дітей оздоровлено саме через систему пришкільних таборів. Пришкільні табори щорічно організовуються за вимогою батьків, і їх значення в оздоровленні дітей є вагомим, оскільки вони необхідні для зайнятості дітей початкової школи в літній період.

На якість та результативність оздоровлення дітей впливає відповідне та своєчасне фінансування оздоровчої кампанії. Міністерству освіти і науки, молоді

та спорту було надано 12 млн 761 тис. грн. Відповідно до постанови КМУ від 20 травня 2011 р. №586 “Деякі питання фінансування заходів з оздоровлення та відпочинку дітей” ці кошти були спрямовані таким чином:

- 6 млн 544 тис. грн направлено Раді Міністрів Автономної Республіки Крим та обласним державним адміністраціям на оздоровлення та відпочинок для закупівлі путівок до дитячих закладів оздоровлення та відпочинку дітей, які потребують особливої соціальної уваги та підтримки. З них 70% було спрямовано на оздоровлення та відпочинок дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, насамперед тих, які перебувають чи виховуються у дитячих будинках та загальноосвітніх школах-інтернатах; 20% – на оздоровлення дітей-інвалідів, насамперед тих, які навчаються у спеціальних школах-інтернатах для дітей з вадами фізичного та розумового розвитку; 10% – для дітей з малозабезпечених та багатодітних сімей;

- 6 млн 217 тис. грн виділено для проведення відпочинку та оздоровлення обдарованих і талановитих дітей, переможців міжнародних, всеукраїнських та регіональних масових заходів (конкурсів, олімпіад, фестивалів, акцій, змагань тощо), соціально активної молоді.

Системна робота щодо організації оздоровлення та відпочинку талановитих та обдарованих дітей здійснювалась державними центрами позашкільної освіти, підпорядкованими Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України які проводили тематичні зміни за відповідними напрямками позашкільної освіти.

Так, Українським державним центром позашкільної освіти проведено 37 оздоровчих заходів для 4437 дітей – переможців та призерів міжнародних, всеукраїнських та регіональних заходів науково-технічного та художньо-естетичного напрямів, які під час оздоровчих змін стали учасниками фінальних етапів всеукраїнських фестивалів, конкурсів, змагань. Найбільш цікавими були:

- Всеукраїнський фестиваль дитячого кіно та телебачення “Веселка” та Всеукраїнський конкурс юних фотоаматорів “Ми – діти України”, під час яких були проведені майстер-класи з відомими майстрами фотографії та кіно;

- оздоровча зміна учасників VII Всеукраїнського збору лідерів учнівського самоврядування в МДЦ “Артек”, під час якої 280 лідерів учнівського самоврядування України взяли участь у роботі Школи управлінської майстерності, обмінялись досвідом роботи з проектною діяльністю, висловити свій погляд щодо реформування освіти. Основна тематика заходу – 20-річчя незалежності України. Під час збору проведено Форум учнівської Ліги, інтелект-

штурм, семінар координаторів обласних рад по роботі з учнівським самоврядуванням.

Український державний центр туризму та краєзнавства учнівської молоді організував оздоровлення дітей – переможців та лауреатів всеукраїнських та регіональних конкурсів, туристсько-краєзнавчих експедицій, змагань, зльотів, активістів туристсько-краєзнавчої роботи. Так, за їх участю було проведено:

- 40-й чемпіонат України серед юніорів з пішохідного туризму; 2-й чемпіонат України серед юніорів з велосипедного туризму (Вінницька область);
- 1-й чемпіонат України зі спортивного орієнтування серед вихованців позашкільних навчальних закладів (Черкаська область);
- 2-й чемпіонат України серед юніорів з гірського туризму (АР Крим, м. Бахчисарай). Загалом у всіх зазначених заходах туристсько-краєзнавчого напрямку взяли участь 1485 дітей.

Влітку у таборі праці та відпочинку “Юннат” при Національному еколого-натуралістичному центрі учнівської молоді у м. Києві оздоровлено 644 дитини з усіх областей України – переможців та учасників різноманітних масових та навчально-вихованих заходів еколого-натуралістичного напрямку позашкільної освіти. Цього року за програмою літнього оздоровлення у таборі “Юннат” було запроваджено чотири освітньо-виховні проекти:

- в гуртках за напрямками: біологія, екологія, зоологія, сільське господарство, народні ремесла, “Intel”, “Globe”;
- в творчих майстернях, майстер-класах: “Захоплююче лозоплетіння”, “Фітодизайн”, “Зелена архітектура”, “Кінологія”, “Екологічне землеробство”, “Садівництво”, “Рослинництво”, “Декоративний акваріум”, “Біоетика”, “Гончарство”, “Біокераміка”, “Екологія для майбутнього”, “Моніторинг довкілля”, “Екопросвіта”.

Серед освітніх програм – програма особистісного розвитку підлітка “Подорож у майбутнє”, програма “Інтел: навчання для майбутнього” з наданням сертифікатів тощо. На заняттях були використані інтерактивні технології: екологічні і сюжетно-рольові ігри, “мозковий штурм”, сократівські читання, екодебати, дискусії, екскурсії.

Комітетом з фізичного виховання та спорту оздоровлювались спортивно обдаровані діти на навчально-спортивній базі “Динамо” (м. Очаків, Миколаївської обл.) та на базі спортивно-оздоровчого табору “Зміна” (сmt Понізовка, АР Крим). Всього оздоровлено 144 кращі спортсмени з 14 регіонів України.

Наприкінці дії Програми у 2011 р. масовими та оздоровчими заходами в рамках літнього оздоровлення державними позашкільними закладами загалом було охоплено 7 тис. 710 талановитих і обдарованих дітей, проведено понад 50 заходів. Всі кошти, які виділялись Міністерству на ці цілі, були використані у повному обсязі.

Крім того, додатково з метою залучення учнівської молоді до активної науково-дослідницької діяльності шляхом створення освітньо-розвивального середовища Українським державним центром “Мала академія наук України” було проведено 16 Всеукраїнських літніх шкіл, в яких взяли участь понад 600 вихованців територіальних відділень. За відгуками учасників Всеукраїнських літніх шкіл найяскравіші враження учні отримали у науково-технічній школі, школі робототехніки, літній школі науково-популярної кінематографії, школі інформаційно-телекомунікаційних технологій, літній школі філології, а також у школі природозбереження та біотехнологій рослин.

Під час літньої оздоровчої кампанії органами управління освітою здійснювався контроль за організацією в дитячих оздоровчих закладах виховного процесу, змістовного дозвілля дітей, роботи гуртків, клубів, студій, об’єднань за інтересами.

Особлива увага приділялась якісному підбору кадрів для роботи в дитячих закладах оздоровлення та відпочинку, зокрема для роботи з вихованцями інтернатних закладів із числа дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування. До роботи з дітьми залучалися студенти вищих педагогічних навчальних закладів за рахунок педагогічної практики.

При обласних методичних кабінетах, управліннях освіти, інститутах післядипломної освіти, обласних палацах дітей та юнацтва працювали “Школи вожатих” для студентів, після закінчення якої вони проходили педагогічну практику на базі літніх оздоровчих таборів, працюючи вихователями, вожатими, педагогами-організаторами, інструкторами з фізичного виховання, інструкторами з плавання, музичними та художніми керівниками.

З метою підвищення рівня патріотичного виховання, національної свідомості, відчуття гордості і відповідальності за долю своєї держави, прищеплення поваги до державних символів, прав і свобод громадянина України в дитячих закладах оздоровлення та відпочинку різних форм власності під час оздоровчої кампанії влітку 2011 р. проводились урочисті заходи, присвячені визначним подіям, державним святкам. Для їх належного проведення

Міністерством розроблені методичні рекомендації щодо відзначення 20-ї річниці Незалежності України у дитячих закладах оздоровлення (лист МОНмолодьспорту від 08.07.2011 р. №1/9-522).

Головним управлінням освіти і науки м. Києва з 2 по 11 вересня був проведений ІХ Міжнародний навчально-оздоровчий збір лідерів учнівського самоврядування в МДЦ “Артек” (380 учасників), в якому взяли участь представники батьківської громадськості столиці, спеціалісти управлінь освіти.

Особливе місце і значення в літній період належало позашкільним навчальним закладам. За рекомендаціями Міністерства керівники таких закладів включали до планів роботи на канікулярний період заходи з еколого-натуралістичного, туристсько-краєзнавчого, науково-технічного, художньо-естетичного та фізкультурно-спортивного напрямів позашкільної освіти. З метою розвитку здібностей та обдарувань у дітей в оздоровчих закладах було організовано роботу гуртків з різних напрямів позашкільної освіти. Зокрема на базі КЗ “Харківський обласний Палац дитячої та юнацької творчості” організовано роботу гуртків за інтересами для 2500 дітей пришкільних оздоровчих таборів. Педагогічними працівниками позашкільного закладу для 726 вихованців пришкільних оздоровчих таборів з денним перебуванням проведено 5 ігрових програм.

22 червня 2011 р. Донецький обласний Центр туризму та краєзнавства учнівської молоді спільно з Радою регіонального об’єднання “Пам’ять” на базі обласного краєзнавчого музею провели обласний зліт активістів пошукових загонів “Нащадки Перемоги” з підведенням підсумків Акції “Вахта Пам’яті” присвяченої 70-річчю від дня початку Великої Вітчизняної війни. В заході взяли участь 178 делегатів з міст та районів області та діти, що відпочивали в пришкільних таборах, ветерани Великої Вітчизняної війни, керівники шкільних музеїв, пошукових загонів “Нащадки Перемоги”.

Приділялась значна увага відвідуванню дітьми театрів, музеїв, виставок, картинних галерей, інших закладів культури і мистецтва, а також проведенню туристичних подорожей (поїздок) регіонами України для ознайомлення з визначними пам’ятками вітчизняної історії.

Під час літніх канікул понад 1 млн 53 тис. 872 дітей, що складає 23,4% від загальної кількості дітей шкільного віку, було залучено до туристсько-екскурсійних подорожей.

Державною службою молоді і спорту було проведено огляд-конкурс

дитячих оздоровчих закладів України та визначені 5 найкращих. Серед них відмічено 2 заклади, які належать до системи освіти – позаміський дитячий заклад оздоровлення та відпочинку “Юний турист” Центру туризму, спорту та екскурсій управління освіти і науки Волинської ОДА (Волинська область) та дитячий оздоровчий табір “Калинка” відділу освіти Новоселицької районної державної адміністрації (Чернівецька область).

Питання належного проведення оздоровлення та відпочинку дітей залишається на контролі в міністерстві. За підсумками оздоровлення було видано наказ “Про підсумки проведення оздоровлення і відпочинку року” від 10.10.2011 р. №1167.

Незважаючи на загальні проблеми економічного характеру, системою освіти збережена мережа стаціонарних таборів. Останніми роками набуває популярності серед учнівської молоді відпочинок у наметових таборах, кількість яких становить 59% від загальної кількості діючих таких таборів.

Негативним наслідком, що пов’язано з об’єктивними економічними обставинами, є тенденція до призупинення роботи позаміських закладів оздоровлення та відпочинку дітей, або невідкриття на початку літнього оздоровчого сезону тих, власники (засновники) яких збанкрутіли і не мають коштів на їх утримання. За останні 5 років припинили свою роботу 117 дитячих закладів оздоровлення та відпочинку, найбільше у Харківській (18), Донецькій (15), Одеській (9), Львівській (9), Черкаській (7), Херсонській (6), Дніпропетровській областях (6) та АР Крим (6).

З метою запобігання ліквідації, передачі під заставу, репрофілюванню, використанню не за призначенням дитячих закладів оздоровлення та відпочинку державної та комунальної форми власності Законом України “Про оздоровлення та відпочинок дітей” (ст. 3, 15) передбачено створення та ведення Державного реєстру дитячих закладів оздоровлення та відпочинку. За ініціатииви Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України прийнято постанову КМУ від 28.04.2009 р. №425 “Про затвердження Порядку ведення Державного реєстру дитячих закладів оздоровлення та відпочинку”. Затверджено Порядок діяльності комісії щодо ведення Державного реєстру дитячих закладів оздоровлення та відпочинку (наказ МОНмолодьспорт від 19.08.2009 р. №2949).

Важливе значення для збереження і зміцнення здоров’я підростаючих поколінь має організація харчування та забезпечення якісною питною водою. Сьогодні в усіх навчальних закладах України використовується лише кип’ячена



вода, у міських навчальних закладах хлорована вода, а в розташованих в сільській місцевості – з артезіанських джерел.

Організація харчування дітей проводиться згідно із законами України “Про охорону дитинства”, “Про дитяче харчування”, “Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім’ям”, “Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи”; постановою КМУ від 22.11.2004 р. №1591 “Про затвердження норм харчування в усіх навчальних та оздоровчих закладах”.

Відповідно до ст. 35 Закону України “Про дошкільну освіту” організація та відповідальність за харчування дітей у державних і комунальних дошкільних закладах освіти покладаються на місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, яким підпорядковані дошкільні навчальні заклади, і здійснюється за рахунок бюджетних коштів.

Дошкільний навчальний заклад забезпечує збалансоване харчування дітей, необхідне для їх нормального росту і розвитку, із дотриманням натурального набору продуктів відповідно до спільного наказу МОЗ та МОНмолодьспорту України від 01.06.2005 р. № 242/329 “Про затвердження Порядку організації харчування дітей у навчальних та оздоровчих закладах”, яким визначено механізм організації харчування дітей у закладах незалежно від підпорядкування, типу і форми власності. Процес організації харчування дітей складається з відпрацювання режиму і графіку харчування дітей, визначення постачальників продуктів харчування і продовольчої сировини, прийняття продуктів гарантованої якості, складання меню-розкладу, виготовлення страв. Відповідальними за організацію харчування дітей, за матеріально-технічний стан харчоблоків, додержання вимог санітарного законодавства є засновники (власники), керівники закладів. Перелік постачальників продуктів харчування та продовольчої сировини визначається рішеннями тендерних комітетів (комісій) за погодженням з територіальною установою державної санітарно-епідеміологічної служби. Відповідальність за безпеку і якість продуктів харчування та продовольчої сировини, що постачається в дошкільні навчальні заклади, за якість готової продукції покладається на постачальника і керівника закладу.

Продукти харчування та продовольча сировина надходять до навчальних закладів разом із супровідними документами, які свідчать про їх походження та якість (накладні, сертифікати відповідності, висновки санітарно-епідеміологічної експертизи тощо).

Плата за харчування дітей в дошкільних навчальних закладах складає 50% від вартості харчування на день в міській місцевості, та 30% в сільській місцевості. Батьки, у яких троє і більше дітей, сплачують 50% батьківської плати за харчування.

Утримуються за рахунок держави діти-сироти, діти, позбавлені батьківського піклування, діти із малозабезпечених сімей, діти працівників органів внутрішніх справ, які загинули під час виконання службових обов'язків, діти, батьки яких потерпіли від наслідків аварії на ЧАЕС, діти, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, тривалого лікування та реабілітації.

Харчування дітей здійснюється відповідно до норм, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 22.11.2005 р. №1591 “Про затвердження норм харчування у навчальних та оздоровчих закладах”.

У літній оздоровчий період (90 днів) витрати на харчування збільшуються на 10 відсотків для придбання свіжих овочів і фруктів. За санаторними нормами здійснюється харчування дітей у закладах компенсуючого типу (санаторних закладах (групах)).

Для дітей, батьки яких потерпіли від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, харчування в дошкільних навчальних закладах здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 21.05.1992 р. №258 “Про норми харчування та часткову компенсацію вартості продуктів для осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”.

Діти, хворі на туберкульоз, та інфіковані мікобактеріями туберкульозу забезпечуються харчуванням згідно з нормами, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2001 р. №1752 “Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу”.

Органи управління освітою здійснюють систематичний контроль за організацією харчування дітей у дошкільних навчальних закладах відповідно до листа Міністерства освіти і науки від 21.06.2007 р. №1/9-394 “Про здійснення контролю за організацією харчування дітей у дошкільних навчальних закладах”.

Згідно зі ст. 5 Закону України “Про охорону дитинства” в частині забезпечення учнів 1–4 класів безкоштовним харчуванням та постановою Кабінету Міністрів України від 22.11.2004 р. № 1591 “Про затвердження норм харчування в усіх навчальних та оздоровчих закладах” Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерством освіти і науки Автономної

Республіки Крим, управліннями освіти і науки обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій проводилася відповідна робота щодо організації харчування дітей.

На сьогодні охоплення учнів 1–4 класів гарячим харчуванням становить 94,9% від їх загальної кількості (для порівняння: у 2005/2006 навчальному році цей показник становив 84,5%; у 2006/2007 – 97%; у 2007/2008 – 97,3%; у 2008/2009 – 97,9%, у 2010/2011 році – 98%). У Вінницькій, Волинській, Житомирській, Кіровоградській, Луганській, Харківській, Херсонській, Чернівецькій областях та у м. Києві учні початкових класів забезпечені гарячим харчуванням стовідсотково. Для здешевлення вартості харчування учнів залучаються позабюджетні кошти: спонсорська та благодійна допомога підприємств, агропромислових господарств, за здану в оренду землю, від реалізації продукції шкільних підсобних господарств. Зокрема у Полтавській, Волинській, Чернігівській областях залучається допомога сільськогосподарських об'єднань, фермерських господарств, власних підсобних господарств навчальних закладів.

Охоплення усіма видами харчування учнів 1–11 класів становить 92,7% від їх загальної кількості (у 2010/2011 році – 91,8%). Асортимент продукції у шкільних буфетах визначено Державними санітарними правилами і нормами влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу, затвердженими постановою Головного державного санітарного лікаря України від 14.08.2001 р. №63. Включення до цього асортименту нових продуктів та страв проводиться лише за умови отримання позитивного висновку МОЗ України. Безоплатними обідами у ЗОНЗ забезпечуються діти-сироти, діти, позбавлені батьківського піклування, та діти із сімей, які отримують допомогу відповідно до Закону України “Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям”. Відповідає вимогам організація харчування осіб, які постраждали від Чорнобильської катастрофи. На виконання Закону України “Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи” для дітей з постраждалих районів забезпечується безкоштовне харчування.

Норми харчування у навчальних та оздоровчих закладах, що затверджені постановою КМУ від 22.11.2004 р. №1591, є єдиними для всіх регіонів країни. Проте, враховуючи різницю в цінах на продукти, вартість одноразового харчування учня у кожній адміністративно-територіальній одиниці країни різна і

коливається в межах 3,30–6,00 грн. Виконання норм натурального продуктового набору у ЗОНЗ становить в середньому по країні 77,5%.

Державною цільовою соціальною програмою розвитку виробництва продуктів дитячого харчування на 2012–2016 роки, яка затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 15.08.2011 р. №870, передбачено перегляд норм харчування для дітей у навчальних та оздоровчих закладах. Наразі існує дефіцит молочних продуктів в шкільному харчуванні. Для усунення дефіциту молочних продуктів в шкільному харчуванні в деяких регіонах питання забезпечення школярів молоком вирішується адміністрацією самостійно. Наприклад, у м. Харків упродовж трьох останніх років для 10500 першокласників зі 170 шкіл міста діє програма “Шкільне молоко”. Програма здійснюється за рахунок фінансування з міського бюджету м. Харкова. З 2011 р. молоко учням початкових класів видається також в деяких школах м. Луганська, де фінансування здійснюється як за рахунок місцевого бюджету, так і частково за рахунок батьківських коштів. Такий досвід поступово впроваджується і в інших регіонах України.

З метою поліпшення ефективності профілактичних оглядів дитячого населення МОЗ України приділена велика увага питанню щодо розробки системи загальної диспансеризації, що було зумовлено недостатнім охопленням дитячого населення диспансерними оглядами. Так, у 2002 р. рівень диспансеризації дітей від 0 до 14 років був оптимальним і сягав понад 60% лише у Волинській, Миколаївській та Черкаській областях. У інших регіонах, зокрема у АР Крим, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Сумській Тернопільській та Херсонській областях, даний показник був низьким (до 40%).

Нові технології медичної допомоги, зокрема проведення профілактичних медичних оглядів, запроваджено наказами МОЗ України №149 від 20.03.2008 р. “Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років” та №682 від 16.08.2010 р. “Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів”.

Клінічним протоколом медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років визначено терміни та обсяги проведення обов’язкових профілактичних медичних оглядів дітей віком до 3 років, основні принципи догляду з метою розвитку, раціонального вигодовування та харчування, оцінки фізичного та психомоторного розвитку, цільового консультування батьків. При виявленні відхилень у стані здоров’я дитини призначаються додаткові медичні втручання,

згідно з чинними протоколами надання медичної допомоги дітям відповідно до показань. Медичний догляд за здоровою новонародженою дитиною здійснюється згідно з наказом МОЗ України від 04.04.2005 р. №152 “Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною”. Протоколи ґрунтуються на основних принципах доказової медицини.

Наказом №682 від 16.08.2010 р. “Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів” визначена схема періодичності обов’язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів. Виконання нормативних положень наказу надає змогу забезпечити: щорічну організацію проведення обов’язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів медичними працівникам за місцем спостереження дитини протягом календарного року та під час їх стаціонарного лікування, незалежно від рівня надання медичної допомоги, закладу охорони здоров’я і місця проживання учня; диспансерне спостереження, планове лікування та реабілітацію учнів із захворюваннями.

Для покращення медичного обслуговування школярів МОЗ спільно з НАМН відпрацьовано та внесено відповідні зміни до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров’я”, якими передбачено посаду медичної сестри (фельдшера) із розрахунку одна посада на 400 учнів, але не менше 0,25 посади, та лікаря-педіатра із розрахунку одна посада на 1000 учнів. На даний час проект зазначеного наказу не погоджено Мінфіном з причин відсутності додаткових бюджетних асигнувань в обсязі 184,4 млн грн.

Відповідно до наказу Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 04.11.2010 р. №1055 “Про затвердження типових штатних нормативів дошкільних навчальних закладів” з 01.09.2011 р. в дошкільних навчальних закладах додатково введена посада медичної сестри з дієтичного харчування, що значно поліпшить організацію харчування дітей у навчальних закладах.

На сьогодні в загальноосвітніх навчальних закладах створена система медичного забезпечення в межах навчального закладу (медпункти, в яких працюють лікар та медсестра, залежно від кількості учнів). Дітям надається перша медична допомога, проводяться профілактичні щеплення, здійснюється профілактична робота щодо збереження репродуктивного здоров’я, попередження шкідливих звичок, інфекційних захворювань. В школах-інтернатах обладнано ізолятори для хворих дітей, в яких відповідно до специфіки навчального закладу

функціонує медичне обладнання.

Щорічно у вересні-жовтні в навчальних закладах України проводиться медичний огляд дітей вузькими спеціалістами. Охоплення комплексними профілактичними оглядами школярів становить 98,3–99,9% всіх дітей. На первинному рівні проведення профілактичних оглядів забезпечується лікарями-педіатрами, лікарями загальної практики/сімейними лікарями та лікарями-спеціалістами територіальних закладів охорони здоров'я, під час яких проводиться відбір хворих на консультацію до спеціалістів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

Загалом захворюваність осіб 15–17 років порівняно з 2002 р. зросла на 18%, а поширеність хвороб – на 17%, тому для відтворення населення країни та збереження нації необхідно більше уваги приділяти збереженню репродуктивної функції молоді та її загального стану здоров'я.

Репродуктивне здоров'я кожної дівчинки як майбутньої матері є пріоритетним інтересом держави. Наразі амбулаторна гінекологічна допомога дітям в Україні надається у кабінетах дитячої та підліткової гінекології, які є структурними підрозділами закладів охорони здоров'я акушерсько-гінекологічного та педіатричного профілю, та у спеціалізованих Центрах репродуктивного здоров'я дітей і підлітків. У 2005 р. в країні створена мережа служб планування сім'ї, дитячої та підліткової гінекології та відкрито понад 400 таких центрів та 7 центрів репродуктивного здоров'я підлітків (АР Крим, Донецька, Одеська, Львівська, Луганська, Запорізька області, м. Київ). З метою реалізації державної політики щодо збереження та покращення репродуктивного здоров'я населення затверджена Державна програма “Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року” (від 27.12.2006 р. №1849), якою визначено шляхи збереження репродуктивної функції молоді та планування сім'ї, забезпечення доступності до медичних послуг шляхом впровадження в амбулаторно-поліклінічних закладах системи надання послуг через “Клініки, дружні до молоді”. Відповідно до завдань програми створено Інтернет-сайти для батьків, дітей та молоді за тематикою статевого виховання з постійною інформаційною підтримкою.

Відповідно до потреб у більшості регіонів організовано та функціонують близько 124 центри (кабінети) з медико-соціальної реабілітації неповнолітніх, які опинилися в особливо скрутних життєвих умовах. Найбільше таких центрів у Дніпропетровській, Житомирській та Херсонській областях. Показник охоплення

неповнолітніх медико-соціальною реабілітацією (% від загальної кількості неповнолітніх, що потребують такого виду допомоги) становить від 32% до 100% від потреби і є найменшим у Донецькій (10,0%) та Полтавській (17,0%) областях. Безоплатним лікуванням охоплено від 40% до 100% дітей, які опинилися в особливо складних умовах, диспансерним наглядом охоплено 82–100% цих дітей.

За участю Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерства соціальної політики, Міністерства економічного розвитку і торгівлі України, Міністерства фінансів України, Міністерства юстиції України розроблені комплексні заходи щодо забезпечення медико-соціальної допомоги дітям-інвалідам, покращення якості їх життя та створення системи заходів, спрямованих на профілактику захворювань та їх хронізацію. В рамках цих заходів розширена мережа закладів служби медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи, до якої залучені інші відомства, громадські організації, міжнародні організації. У м. Києві функціонує Український центр реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи. У регіонах країни створено 70 центрів (відділень, кабінетів), продовжується організація відділень і центрів реабілітації дітей з різними видами патології. З метою удосконалення системи підготовки фахівців з питань медико-соціальної реабілітації інвалідів у Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика організована підготовка спеціалістів різних профілів.

В усіх регіонах України функціонують центри (відділення) медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи, у яких проходять реабілітацію понад 80% від загальної кількості дітей, що потребують допомоги.

Протягом 2001–2005 років прийнято ряд нормативно-правових актів з питань інвалідності, в результаті виконання яких створено мережу реабілітаційних установ та закладів, в яких перебувають інваліди та діти-інваліди, зміцнено матеріально-технічну базу зазначених установ та закладів, а також підприємств та організацій громадських організацій інвалідів, поліпшено якість і розширено номенклатуру технічних та інших засобів реабілітації, утворено Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв) і Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів (с. Лютіж Вишгородського району Київської області).

Законом України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” від 6.10.2005 р. №2961-IV визначено основні засади створення правових, соціально-економічних,

організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, функціонування системи підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності.

З метою створення умов для реабілітації та інтеграції осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю в суспільство прийнята Державна програма розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року (затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 2007 р. №716).

Законом України “Про Загальнодержавну програму “Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини” на період до 2016 року” від 5.03.2009 р. №1065-VI визначено завдання щодо забезпечення соціального захисту дітей-інвалідів, надання високоякісних психологічних, соціально-педагогічних, соціально-медичних, юридичних, інформаційних та інших послуг дітям-інвалідам та сім'ям, які ними опікуються; створення умов для реалізації їхнього особистісного потенціалу.

Особлива увага приділяється забезпеченню дітей та підлітків ліками при амбулаторному лікуванні. В Україні понад 36,9% дітей віком до 18 років належать до пільгової категорії.

З урахуванням регіональних особливостей продовжується поступовий перехід до системи медичної допомоги дітям за принципом лікаря загальної практики/сімейного лікаря. Охоплення дитячого населення обслуговуванням за принципом ЛЗП/СЛ в регіонах коливається від 8% до 72,8%. Найнижчі показники спостерігаються в Луганській області (8%), Запорізькій, Донецькій (15%) областях, найвищі – у Закарпатській (72,8%), Волинській (60%) областях. В середньому відсоток охоплення дитячого населення обслуговуванням за принципом ЛЗП/СЛ залишається недостатнім – близько 30%.

З метою забезпечення поступового переходу до системи медичної допомоги дітям за принципом ЛЗП/СЛ МОЗ України адаптована стратегія інтегрованого ведення хвороб дитячого віку, яка рекомендована ВООЗ, до принципів організації надання медичної допомоги дітям в Україні, що сприятиме удосконаленню організації надання ПМСД дітям віком до 5-ти років, зниженню рівня їх



захворюваності і попередження смертності (наказ МОЗ України від 15.07.2010 р. №581 “Про впровадження стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку”).

В Україні створена і значно розширюється мережа “Клінік, дружніх до молоді” (КДМ) та “Лікарень, доброзичливих до дитини” (ЛДД), організація яких регламентована спільним наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України та МОЗ України від 30.03.2005 №1/135 “Про затвердження Заходів щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг на 2005–2010 роки”. Розроблено та запроваджено нове положення цих закладів, що передбачає присвоєння почесних звань дитячим поліклінікам і стаціонарам.

Програма “Клініки, дружні до молоді” розроблена з метою здійснення профілактичної роботи та отримання необхідної медико-соціальної допомоги підлітками та молоді. Дана програма допомагає дітям та молоді отримати необхідну медичну допомогу чи консультацію анонімно, без записів чи особистих карток. В регіонах створено та діє 76 таких клінік (центрів, відділень, кабінетів медико-соціальної допомоги дітям і молоді), в яких надаються медичні послуги дітям та молоді на принципах дружнього підходу, рекомендованих ВООЗ і Дитячим Фондом ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

Категорія осіб, що звертаються по соціально-медичну допомогу, – це, насамперед, вихованці дитячих будинків, ДБСТ, прийомних сімей, притулків, працююча молодь, безробітна молодь, ін’єкційні споживачі наркотиків, ВІЛ-позитивна молодь, батьки/опікуни, студентська, учнівська молодь тощо. Найбільше індивідуальних послуг на основі дружнього підходу отримує молодь віком 18–35 років.

Основні показники роботи КДМ: охоплення консультуванням 79,7% клієнтів КДМ, питома вага консультацій з приводу профілактики ВІЛ/СНІДу становить 51,9%; 45,9% клієнтів звертались з приводу захворювань репродуктивних органів; психологічна допомога була надана 11,5%. З появою та розвитком послуги “Телефон довіри” значно зросли звернення пацієнтів за допомогою по телефону. Серед групових форм роботи КДМ переважають бесіди, дискусії; загальна кількість відвідувань з питань захворюваності на інфекції, які передаються статевим шляхом, становить 17,5%.

Робота в КДМ проводиться в умовах активного соціального партнерства з працівниками центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді, що регламентовано спільним наказом Міністерства охорони здоров’я та Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України “Про затвердження Порядку взаємодії

центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям та молоді" від 17 квітня 2006 р. №1209/228. Взаємодія забезпечується на підставі укладених угод про співпрацю між закладами охорони здоров'я та центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Наразі розглядається питання щодо створення "Клінік, дружніх до дітей", що дає підстави говорити про нагальність даного проекту, адже йдеться не про лікування вже існуючих хвороб, а про їх профілактику та попередження.

В Україні створено і працює 354 ЛДД. У цій структурі пологові будинки складають 77,5%, дитячі заклади охорони здоров'я – 30,7%. Кількість дітей, народжених у ЛДД, становить понад 60%. Найбільший відсоток дітей, народжених у сертифікованих лікарнях, спостерігався у Дніпропетровській (100%), Полтавській (84,4%) областях, м. Севастополі (100%), АР Крим (88%); найменший – в Одеській (21,6%), Київській (35,2%), Харківській (38%) областях.

Науковою базою з формування ЗСЖ у дітей і молоді, профілактики їх захворюваності є Національна академія медичних наук України. З питань здоров'я дітей і молоді фахівцями НАМН України виконувалося науково-дослідні роботи різного наукового спрямування.

ДУ "Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України":

- НДР за темою: "Розробка методології застосування дієтичних добавок з радіозахисними та протиструмними властивостями для запобігання негативних наслідків Чорнобильської катастрофи". Рекомендовано для прискорення виведення цезію з організму дітей застосування композиції "Сорбент лігноцелюлозний" – продукту переробки натуральної сировини (виробник – Інститут хімії поверхні ім. О.О. Чуйка НАН України, м. Київ).

- НДР за темою: "Обґрунтування критеріїв гігієнічного забезпечення життєдіяльності дітей з різними порушеннями в стані здоров'я – вихованців спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів)". Розроблено державні санітарні правила і норми, які регламентують безпечні для здоров'я дітей з обмеженими можливостями умови і режими навчання, виховання, харчування, медичного забезпечення, медико-соціальної реабілітації, життєдіяльності в спеціальних загальноосвітніх навчальних школах (школах-інтернатах).

ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України":

- НДР за темою: "Обґрунтувати обсяги надання медичних послуг

сільському дитячому населенню лікарем загальної практики/сімейної медицини”. Розроблено технологію оптимізації робочого часу СЛ, розроблено карту огляду дитини та проведено її пілотну апробацію в амбулаторіях ЗП/СМ.

- НДР за темою: “Вивчити характер статевого дозрівання хлопців, які проживають у міських і сільських регіонах”. Запропоновано нову технологію оцінки статевого розвитку хлопців та визначення його порушень з використанням перцентильних таблиць. Встановлено частоту порушень статевого розвитку у мешканців міста та села. Визначено клініко-гормональні особливості їх перебігу залежно від місця мешкання.

- НДР за темою: “Розробити психогігієнічні заходи щодо забезпечення здоров’я учнів професійно-технічних навчальних закладів”. Сформовано базу даних щодо санітарно-гігієнічного стану ПТНЗ, стану здоров’я учнів та сформованості навичок ЗСЖ.

- НДР за темою: “Розробити технологію психопрофілактики суїцидальної поведінки у підлітків з психічними непсихотичними розладами”. Розроблено карту-фішку для обстеження тематичного хворого з урахуванням соціо-демографічних, біологічних, психологічних, клініко-психопатологічних показників формування суїцидальної поведінки у підлітків. Визначено фактори ризику, що детермінують суїцидальну поведінку у підлітків з граничними психічними розладами.

ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України”:

- НДР за темою: “Розробка методології діагностики імунодефіцитних станів та обґрунтування системи поетапної реабілітації дітей – мешканців радіоактивно забруднених територій, які народилися від осіб, опромінених у дитячому віці”. Обґрунтування комплексу клініко-імунологічних параметрів та розробка алгоритму діагностики імунодефіцитних станів, у якому чітко окреслено послідовність етапів обстеження дітей у лікувальних закладах різного рівня, що дозволяє визначити мінімально достатній обсяг досліджень на кожному з них, оптимізувати процес діагностики імунодефіцитних станів у дітей.

- НДР за темою: “Дослідження стану здоров’я народжених від опромінених внаслідок аварії на ЧАЕС в дитячому віці на основі поглибленого клініко-епідеміологічного моніторингу”.

- НДР за темою: “Обґрунтувати та розробити лікувально-профілактичні заходи щодо розвитку гематологічної та онкогематологічної патології у дітей, які зазнають впливу несприятливих факторів довкілля”.

ДУ “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України”:

- НДР за темою: “Вивчити вплив D-вітамінної забезпеченості організму на стан здоров’я дітей різних вікових груп”. Доведена необхідність медикаментозної корекції мінерального дисбалансу на донозологічному етапі дітям молодшого шкільного віку протягом навчання в школі з обов’язковою корекцією харчування.

ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”:

- НДР за темою: “Визначити чинники, що обумовлюють трансформацію пароксизмальних станів в епілепсії”. Показано, що різноманітні пароксизмальні стани надзвичайно розповсюджені серед дітей.

Таким чином, у ході виконання завдань Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки профільними міністерствами досягнуто певних успіхів у запровадженні здорового способу життя, проте загалом робота продовжує мати розрізнений та епізодичний характер, що, з огляду на щорічне зростання захворюваності на соціально-небезпечні хвороби, потребує зміни підходів й стратегій у роботі, зокрема створення освітнього середовища, зорієнтованого на збереження, зміцнення і формування здоров’я учнівської та студентської молоді. Таке середовище має ґрунтуватися на активній співпраці не тільки профільних міністерств, але й самої молоді, родинного оточення та представників громадського самоврядування. Завданнями такої взаємодії має стати напрацювання технологій щодо мотивації та активного залучення молоді до здорового способу життя.

## **2.5. Здоров’я працюючого населення**

Здоров’я працюючого населення є однією з пріоритетних проблем в 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.

Чинними нормативно-директивними документами передбачено шляхи збереження та зміцнення здоров’я працюючого населення України (Закон України “Про охорону праці”, наказ МОЗ України від 25.05.2007 р. №246 “Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій”). Система проведення медичного огляду працюючих у всіх галузях промисловості, сільському господарстві, на транспорті постійно удосконалюється. Прикладом цього є розробка спільного плану роботи ХНДІ

гігієни праці та професійних захворювань, Ради об'єднань профспілок та Харківської обласної санепідстанції щодо покращення проведення періодичних медичних оглядів з метою профілактики професійної захворюваності.

Завданнями Програми було передбачено вирішення основних організаційних та науково-технічних проблем з питань охорони праці, протиаварійного захисту і медичного забезпечення; розробку комплексу заходів щодо зниження рівня професійної захворюваності в усіх галузях промисловості та в сільському господарстві; поширення передового закордонного досвіду з охорони праці. Провідне місце в цьому напрямку займало вивчення показників стану здоров'я осіб працездатного віку, що дало змогу виявити особливості формування здоров'я, які необхідно враховувати при розробці організаційних комплексних заходів, та моніторинг проведених заходів.

Несприятливі умови праці знаходять своє відображення у показниках професійної захворюваності працівників різних галузей народного господарства. Щорічно в Україні виявляється 6–8 тис. випадків профзахворювань, тому виникає постійна потреба у розробці та реалізації комплексу заходів щодо зниження рівня професійної захворюваності в усіх галузях промисловості і в сільському господарстві, де мають місце шкідливі виробничі чинники.

В Україні проводилася координація роботи органів виконавчої влади та підприємств, установ, що здійснюють контроль і нагляд за умовами праці і дотриманням безпеки та гігієни праці на державному та регіональному рівнях.

На галузевому рівні здійснювалися наступні заходи. Мінпаливенерго регулярно проводило перевірку знань з питань охорони праці у керівників підприємств, керівників і фахівців служб охорони праці, членів комісій підприємств з перевірки знань з питань охорони праці підприємств паливно-енергетичного комплексу на підставі наказу №178 від 12.05.2010 р. “Про утворення постійно діючої комісії Мінпаливенерго з перевірки знань з питань охорони праці”.

У 2011 р. Міністерством підготовлено та направлено до Мінсоцполітики України доповіді щодо застосування ратифікованих конвенцій МОП №129 “Про інспекцію праці в сільському господарстві” та №184 “Про безпеку та гігієну праці в сільському господарстві”.

Щомісячно Міністерством аграрної політики здійснювався відомчий контроль стану проведення в регіонах навчання і перевірки знань з питань охорони праці, вчасного медичного та технічного огляду в установлені терміни.

Всі працівники підприємств із шкідливими умовами праці застраховані відповідно до Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності”.

За інформацією Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (далі – Фонд), відповідно до Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням”, статуту Фонду, в межах статті “Оздоровчі заходи” бюджету Фонду на 2011 рік правлінням Фонду затверджено програми відділень Фонду щодо відновлення здоров’я застрахованих осіб і членів їхніх сімей (далі – програми) на 2011 рік.

Відповідно до затверджених кошторисом програм, сума видатків складала 1 009 865 тис. грн, у тому числі на санаторно-курортне лікування 473 808 тис. грн.

На часткове фінансування санаторіїв-профілакторіїв передбачено 127 835 тис. грн; на часткове фінансування санаторіїв-профілакторіїв підприємств, установ, організацій – 57 347 тис. грн; на часткове фінансування санаторіїв-профілакторіїв навчальних закладів – 70 448 тис. грн.

У 2011 р. укладено 140 договорів із 97 санаторно-курортними закладами, придбано 90 972 путівок (в тому числі путівки для відпочинку матері з дитиною) на загальну суму 466 150 тис. грн, у тому числі в реабілітаційні відділення санаторіїв за направленнями з клінік науково-дослідних інститутів – 1 617 путівок на загальну суму 11 039 тис. грн.

Протягом 2011 р. за рахунок коштів Фонду близько 97 709 осіб отримали санаторно-курортне лікування в санаторіях, розташованих на території України.

Протягом року здійснювалося часткове фінансування 151 санаторію-профілакторію підприємств, установ, навчальних закладів та організацій, в тому числі 102 заклади з державною формою власності; 11 закладів з комунальною формою власності; 36 закладів приватної форми власності та 2 з публічною формою власності. У санаторіях-профілакторіях оздоровлено 101 936 застрахованих осіб, у тому числі 70 488 студентів.

Отже, протягом року 199 645 застрахованих осіб та членів їхніх сімей були оздоровлені за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності.

Завдяки реалізації запланованих заходів на державному та регіональному рівнях за останнє десятиріччя в Україні спостерігалось зниження щорічної

кількості травмованих працівників, з приводу чого міжнародні експерти в галузі охорони праці ризик виробничого травматизму у нашій країні характеризують як задовільний, за винятком вугільної та будівельної галузей.

В регіонах України щорічно рішеннями колегії затверджувалися оперативні заходи щодо зниження ризику для здоров'я працюючих та здійснюється контроль за їх виконанням. В усіх регіонах проводились комплексні перевірки з питань охорони праці за участю Держнаглядохоронпраці (ДНОП), СЕС, Держпожежнагляду, Екобезпеки, профспілкових організацій тощо.

В регіонах, за даними ЛПЗ та санітарно-епідеміологічних станцій, щорічно аналізувалися причини виникнення професійних захворювань та їх структура для розробки заходів зі зниження рівнів цього виду захворюваності. З метою обґрунтування заходів щодо зниження рівнів профзахворюваності необхідно мати в областях відповідні реєстри для обліку цієї патології. На кінець виконання програми реєстри професійних захворювань діяли в 16 адміністративних територіях України. Решта регіонів пояснювали відсутність відповідного обласного реєстру тим, що ще не отримали комп'ютеризовану програму базового національного реєстру.

Сучасні комп'ютерні інформаційні технології для проведення моніторингу стану виробничого середовища і оцінки здоров'я працюючого населення теж впроваджені не у всіх регіонах. Це питання ще потребує свого вирішення на державному, галузевому, регіональному рівнях.

Продовжувалась міжнародна співпраця регіонів України з державними і недержавними міжнародними організаціями за актуальними напрямками охорони здоров'я працюючого населення. Так, наприклад, Дніпропетровська область співпрацювала з Російською Федерацією та Великою Британією з питань оптимізації підходів до виявлення професійних захворювань та їх попередження. Ця співпраця включала обмін досвідом роботи, навчання фахівців, гуманітарну допомогу, інвестиції.

Мінсоцполітики України, в межах компетенції, бере участь у впровадженні державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема у профілактиці ВІЛ-інфекції/СНІДу у виробничому середовищі. Про це свідчить ефективне співробітництво Держпраці з національним представництвом Міжнародної організації праці в Україні, Німецьким товариством інтернаціональної співпраці "GIZ".

У 2011 р. Агентством держмайна України постійно проводилися наради за

участю відповідних представників профспілкових організацій, трудових колективів та керівників підпорядкованих підприємств щодо дотримання вимог законодавства з питань охорони праці.

Відповідно до ст. 33 Закону України “Про охорону праці” координацію роботи міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування, підприємств, інших суб’єктів підприємницької діяльності в галузі безпеки, гігієни праці та виробничого середовища здійснює центральний орган виконавчої влади з нагляду за охороною праці Держгірпромнагляд України.

Щорічно ДП “НАЕК “Енергоатом” складався звіт про стан радіаційної безпеки та радіаційного захисту на АЕС, у якому проводився всебічний аналіз радіаційних параметрів АЕС, впливу АЕС на населення та навколишнє природне середовище, показано результати контролю опромінення персоналу станцій, радіоактивності технологічних середовищ, а також заходи, що були вжиті під час виконання програм підвищення рівня радіаційної безпеки і забезпечення радіаційного захисту на АЕС. Зазначений звіт є головним документом, на основі якого проводиться інформування регулюючих органів, міністерств, наукових закладів, спеціалістів та громадськості з питань радіаційної безпеки та радіаційного захисту на вітчизняних атомних електростанціях.

Щопівроку Міненерговугілля подавало до Мінприроди звіт щодо екологічної ситуації в районі розташування небезпечних об’єктів виробничого об’єднання “Придніпровський хімічний завод”. Щоквартально до Кабінету Міністрів України надавалася інформація щодо стану виконання Плану заходів щодо забезпечення екологічної безпеки м. Дніпродзержинська та поліпшення соціального захисту населення міста (далі – План), затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 11.09.2010 р. № 1628-р. Крім того, з метою забезпечення ефективного аналізу екологічної та соціальної ситуації у м. Дніпродзержинськ, планування невідкладних першочергових заходів з покращання екологічної ситуації у місті, координації роботи установ та організацій, залучених до виконання першочергових заходів з покращення екологічної ситуації у місті, тривала робота міжвідомчої комісії з розв’язання екологічних проблем м. Дніпродзержинська, створеної розпорядженням Кабінету Міністрів України від 05.10.2011 р. №1027.

У 2011 р. Мінагрополітики взяло участь у розробці таких проектів



законодавчих та нормативних актів: проект розпорядження КМУ “Про схвалення концепції Загальнодержавної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2011–2015 роки”, проект ЗУ “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо посилення відповідальності за порушення вимог законодавства про охорону праці та охорону надр”, проект ЗУ “Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2012–2016 роки”, проект постанови КМУ “Деякі питання розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві”, проект наказу Держгірпромнагляду “Вимоги до роботодавців щодо захисту працівників від шкідливого впливу хімічних речовин. Важкі метали та їх сполуки”, проект наказу МНС України “Правила охорони праці на об’єктах з виробництва неорганічних азотних сполук та мінеральних добрив”, проект наказу МНС України “Про затвердження вимог до роботодавців щодо захисту працівників від шкідливого впливу хімічних речовин”.

Таким чином, аналіз даних щорічних звітів галузей народного господарства України та з 27 її регіонів щодо заходів із збереження здоров’я працюючого населення вказує на деяке покращення показників профілактичної роботи. Однак досить часто проведені заходи мали фрагментарний характер, повільно розроблялися та впроваджувалися сучасні інформаційні технології для проведення моніторингу стану виробничого середовища та оцінки здоров’я працюючого населення. Привертає увагу також недосконалість чинної системи виявлення профзахворювань, що утруднює процес розробки заходів з профілактики і зумовлює зниження трудового та інтелектуального потенціалу.

## **2.6. Збереження здоров’я в старості**

Україна належить до країн з високим рівнем постаріння населення, що обумовлено сталою тенденцією до зростання чисельності людей похилого віку. Нині частка населення України у віці 60 років і старше становить понад 20,0% всього населення. Тому створення умов для підтримання здоров’я і активного довголіття осіб похилого віку є одним з пріоритетних напрямків державної політики.

Кількісна та якісна характеристика патологічних станів значною мірою визначаються віком людини, що характеризує збільшення серед населення України питомої ваги хворих з комплексною хронічною патологією, зниженими

фізичними можливостями і високим ступенем залежності від соціальної підтримки. Щороку зростає кількість вперше зареєстрованих хвороб серед осіб непрацездатного віку. Порівняно з 2002 р. цей показник збільшився на 10,5% і в 2011 р. становив 51016,3 на 100 тис. відповідного населення (у 2002 р. – 46152,8 на 100 тис. відповідного населення).

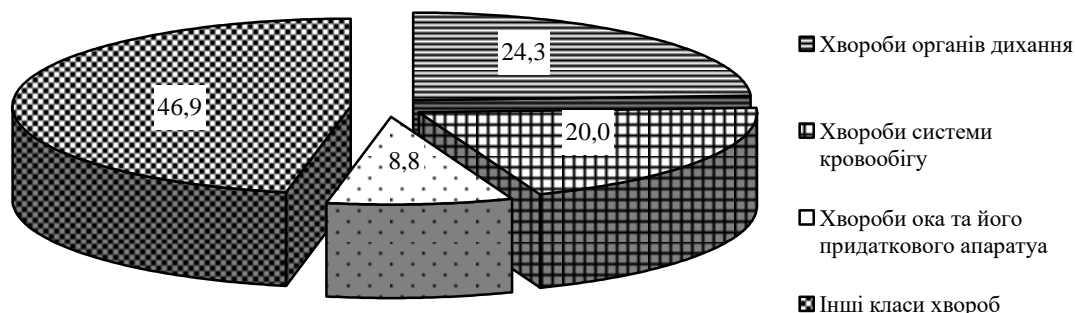


Рис. 2.6 Структура захворюваності осіб, які вийшли з працездатного віку в Україні, 2011 р. (%)

У структурі захворюваності осіб літнього віку перші місця традиційно належать хворобам органів дихання, системи кровообігу, ока та його придаткового апарату (рис. 2.6). Тому при плануванні заходів і програм медичної та медико-соціальної допомоги зі створення сприятливих умов для продовження активного довголіття повинні враховуватися особливості вікозалежної патології.

Соціальна політика нашої держави орієнтована на реалізацію конституційних прав осіб похилого віку щодо їх соціального захисту, забезпечення пріоритетності в наданні медичної допомоги ветеранам війни, ветеранам праці та іншим категоріям громадян відповідно до чинного законодавства України.

Неухильне зростання чисельності населення непрацездатного віку, хронізація захворювань та їх комплексний характер, висока вартість лікування загалом та, особливо, в умовах стаціонару обумовлюють необхідність пошуку нових організаційних форм надання медичної допомоги даному контингенту.

Організація геріатричної служби як одного з основних розділів загальної терапевтичної допомоги населенню є конкретним завданням органів охорони здоров'я, а знання геріатрії як науки про хвороби у людей похилого віку –

обов'язковим для лікарів і середніх медичних працівників більшості клінічних спеціальностей.

Заходи Програми у напрямку поліпшення стану здоров'я населення похилого віку, забезпечення активного довголіття були спрямовані на розширення інфраструктури служб і обсягів допомоги, підготовку висококваліфікованих кадрів, забезпечення чіткої координації, етапності і взаємозв'язку проведення медико-соціальних заходів.

Упродовж останнього десятиріччя в регіонах країни діяла розгалужена мережа різних за своєю організацією та відомчою підпорядкованістю закладів, які забезпечують медико-соціальну допомогу вразливим верствам населення. У мережу закладів з надання медико-соціальної допомоги входять госпіталі інвалідів ВВВ, будинки-інтернати для осіб похилого віку, лікарні соціального догляду, психоневрологічні диспансери, лікувально-профілактичні заклади, що мають геріатричні відділення чи ліжка, відділення медико-соціальної реабілітації, лікарні Товариства Червоного Хреста, хоспіси та інші заклади, що здійснюють медико-соціальне обслуговування відповідних контингентів населення.

Протягом 2002–2011 рр. невпинно розширюється мережа закладів з надання медико-соціальної допомоги особами, що вийшли з працездатного віку. З метою надання стаціонарної допомоги пільговим категоріям населення у загальній мережі територіальних закладів охорони здоров'я розгортаються ліжка для ветеранів та використовується існуючий ліжковий фонд госпіталів для ветеранів війни. У системі надання соціального захисту особам, які вийшли з працездатного віку, на кінець 2011 р. функціонували 74 будинки-інтернати для людей похилого віку та інвалідів, 39 пансіонатів для ветеранів війни та праці, 152 психоневрологічні інтернати. Найбільшу кількість пансіонатів для ветеранів війни та праці розташовано в Дніпропетровській та Житомирській областях, на долю яких припадає по 10,5% всіх установ даного типу. Питома вага психоневрологічних інтернатів (по 6,6% від загальної кількості відповідно) функціонує в Донецькій та Черкаській областях.

Останнім часом на всій території України розширюється мережа таких медичних закладів, як хоспіси, лікарні сестринського догляду за тяжкохворими.

Одним із соціально значущих напрямків діяльності охорони здоров'я є підвищення доступності загальномедичної та спеціалізованої допомоги людям похилого віку та реалізація визначених законодавством пільг на різні види протезування та придбання медикаментів.

З метою наближення ПМСД до осіб похилого і старечого віку, в Україні активно розвивається мережа закладів ЗП/СМ, кількість яких на кінець 2011 р. становила 4254 установи. В ЛПЗ створено пункти прокату основних засобів догляду за важкими і хронічно хворими та інвалідами літнього віку. Розвивається мережа державних та комунальних спеціалізованих аптек для ветеранів війни, праці та інших громадян похилого віку.

У закладах, які надають медико-соціальну допомогу, АР Крим, Закарпатської, Кіровоградської, Одеської, Полтавської, Сумської, Чернігівської областей щороку їй отримують понад 90,0% від усіх осіб відповідного контингенту.

Майже 45 тис. осіб в усіх регіонах України здійснюють медико-соціальне обслуговування людей, які вийшли з працездатного віку, в територіальних центрах соціального обслуговування (надання соціальних послуг), будинках-інтернатах, медичних закладах усіх рівнів, а також спеціалізованих закладах охорони здоров'я, які надають допомогу особам похилого віку. Протягом 2011 р. лише в територіальних центрах соціального обслуговування населення соціальні послуги отримали 1438732 особи.

Серед тих, хто надає допомогу літнім людям, понад 49,0% становлять медичні працівники.

Останніми роками практично в усіх регіонах впроваджено комп'ютерний облік ветеранів ВВВ та інших категорій громадян похилого віку, де проводиться збір та опрацювання оперативної інформації про профілактичні огляди та медичну реабілітацію ветеранів війни та постійне оновлення даних.

Згідно з даними реєстру ветеранів війни, створення якого започатковано у 2007 р., в Україні на кінець 2011 р. чисельність осіб, які мають статус учасника бойових дій, становила 273 486 осіб, учасника війни – 1 367 534 особи, інваліда війни I–III груп – 176 168 громадян. Кількість осіб, які мають статус ветеранів праці, на 01.01.2012 р. становила 4 470 336 громадян. Найбільшу кількість осіб даних пільгових категорій зареєстровано у Дніпропетровському, Донецькому та Харківському регіонах.

У зв'язку зі сталою тенденцією до демографічного постаріння населення значною соціальною проблемою є організація оптимальної системи догляду самотніх немічних громадян. У районах і містах країни організовано центри (відділення) соціального обслуговування вдома самотніх громадян непрацездатного віку, які виконують основні функції із соціально-побутової допомоги вдома літнім

людям. Патронажний догляд здійснюють також працівники ТЧХ. Зараз патронажна служба ТЧХ налічує понад 3 тис. медичних працівників, які надають кваліфіковану допомогу з догляду за хворими вдома, проте потреба у цих послугах постійно зростає. Організація дієвого патронажного нагляду має стати сполучною ланкою між системами охорони здоров'я та соціального захисту населення України.

Протягом дії Програми в Київській області впроваджено нові форми геріатричної допомоги населенню (функціонують геріатричні центри, геріатричні відділення лікарень, поліклінік, нічні служби медико-соціальної допомоги літнім людям тощо), створена мережа кімнат медико-соціальної допомоги та пунктів з надання першої медичної допомоги ветеранам війни, які мешкають у віддалених населених пунктах, де відсутні заклади охорони здоров'я, функціонують міжрайонні відділення сестринського догляду та довгострокового перебування хронічно хворих ветеранів війни на базі районних лікарень.

У Житомирській області реалізується спільний план заходів з Головним управлінням праці та соціального захисту населення щодо соціального захисту населення, надання медичної та соціально-побутової допомоги самотнім людям похилого віку.

Санаторно-курортне лікування є однією з основних пілг для ветеранів війни та праці, проте забезпечення санаторно-курортними путівками в більшості регіонів залишається недостатнім. Упродовж дії Програми щороку питома вага осіб, які отримали путівки для оздоровлення і санаторно-курортного лікування, була найбільшою в АР Крим, Житомирській, Київській, Полтавській, Сумській та Харківській областях. В інших регіонах цей показник був нижчим за 40,0%.

Актуальним залишається питання забезпечення потреби відповідного контингенту населення у зубопротезуванні, слухових апаратах, кардіостимуляторах, ендопротезуванні суглобів, штучних кришталіках, засобах догляду тощо. Так, у Закарпатській області забезпечення інвалідними колясками та стоматологічними протезами тільки у 2011 р. становило 55,53%, протезами кінцівок та окулярами – 43,4% та 39,9% відповідно, слуховими апаратами забезпечено лише 39,15%. Частка осіб, які потребували імплантації кардіостимуляторів, становила 58,0%, штучних кришталіків – 65,0%, 27,0% проведено ендопротезування суглобів.

Протягом 2011 р. в Миколаївській обласній офтальмологічній лікарні проліковано 398 ветеранів війни, у т. ч. з приводу глаукоми – 169, з приводу

катаракти – 214, встановлено безкоштовно штучні кришталіки – 73 ветеранам війни, протезовано 11 осіб. В обласному кардіологічному центрі в 2011 р. 16 ветеранам війни встановлено кардіостимулятори, проведено ендопротезування 14 ветеранам війни.

У Житомирській області протягом 2011 р. ветерани війни забезпечені ендопротезуванням лише на 10,0% від потреби, зубопротезуванням – на 70,0%. Штучні кришталіки імплантовані на 0,8% від потреби, кардіостимулятори імплантовано 48,0%, протезування органів слуху забезпечено на 6,0% від потреби.

В усіх регіонах України протягом дії Програми активно проводились благодійні акції: Всеукраїнська акція “Милосердя”, Всеукраїнська акція “Ветеран”, постійні благодійні акції до великих релігійних свят (Різдво, Великдень тощо), до Дня Перемоги, до Дня здоров’я тощо.

Таким чином, дані моніторингу виконання завдань Програми та офіційної статистики за 2002–2011 рр. свідчать про те, що в Україні функціонує і нарощує свій потенціал розгалужена мережа підпорядкованих Міністерству охорони здоров’я і Міністерству праці та соціальної політики України спеціалізованих закладів для медико-соціального обслуговування осіб похилого віку і ветеранів війни, праці та інших категорій громадян, визначених законодавством.

Водночас у наданні медико-соціальної допомоги даній категорії громадян існують суттєві проблеми. Насамперед це стосується недофінансування соціальних програм для забезпечення збереження здоров’я в старості: пільгове медикаментозне забезпечення, слухо- та зубопротезування ветеранів війни, забезпечення ветеранів медикаментами та харчуванням при стаціонарному лікуванні. Потребують оновлення палати для стаціонарного перебування інвалідів війни. Залишається недостатньою матеріально-технічна база госпіталів для інвалідів та ветеранів війни.

Основною тенденцією розвитку соціального обслуговування людей старшого віку є створення стаціонарних установ нового типу з формуванням мережі будинків-інтернатів і стаціонарних відділень із невеликою чисельністю мешканців. Створення таких соціальних установ дозволить наблизити стаціонарні соціальні послуги до звичайного місця проживання осіб похилого віку, не розриваючи їхні родинні та соціальні зв’язки.

## **2.7. Кращі можливості для інвалідів**

Інвалідність є одним з провідних показників оцінки стану здоров’я населення. Питанням інтеграції громадян з обмеженими фізичними

можливостями в суспільство приділяється відповідна увага. Для практичного її втілення в Україні діє низка державних та галузевих нормативних актів, спрямованих на профілактику інвалідності, медичну, професійну та соціальну реабілітацію інвалідів на державному, галузевому та регіональному рівнях. 6 жовтня 2005 р. Верховною Радою України був прийнятий Закон України “Про реабілітацію інвалідів в Україні”, в якому визначено основні принципи створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для функціонування системи підтримки фізичного, психічного і соціального благополуччя інвалідів.

Нині в органах соціального захисту на обліку перебуває близько 2,7 млн осіб.

Моніторинг первинної інвалідності дорослого населення в Україні та її регіонах традиційно здійснює Український НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) за даними медико-соціальних експертних комісій (МСЕК). Відповідно до результатів цього моніторингу останніми роками відбувається зменшення рівнів первинної інвалідності дорослого населення

Відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів (затверджена постановою КМУ від 8 грудня 2006 р. №1686) та наказу МОЗ України від 08.10.2007 №623 МСЕК складають індивідуальні програми реабілітації інвалідів (далі – ІПР). План заходів медичної реабілітації при складанні ІПР розробляється відповідно до наказу МОЗ від 07.02.2008 р. №57 “Про затвердження державних соціальних нормативів в сфері реабілітації інвалідів”.

За даними статистичної звітності, у 2011 р. МСЕК визначено рекомендації з медичної реабілітації 677434 інвалідам, з них 657480 рекомендовано відновну терапію, 12440 особам – реконструктивну хірургію. Всі інваліди перебувають на диспансерному обліку у лікувально-профілактичних закладах за місцем проживання.

Відповідно до своїх функціональних обов’язків МСЕК здійснюють контроль за виконанням індивідуальних програм реабілітації. За даними їх статистичної звітності, протягом 2011 р. складено 649083 ІПР, для 94,7,0% первинно та 98,8% повторно визнаних інвалідами. Повністю виконано 40,5% ІПР, частково виконано 59,5% ІПР.

Проведення щорічного моніторингу стану здоров’я інвалідів є важливою складовою їх медико-соціального забезпечення. За інформацією, отриманою з регіонів України, у 2011 р. охоплення моніторингом інвалідів від їх загальної

кількості становило від 90,0% до 100,0%. Про максимальний – 100,0% – моніторинг звітувало 12 регіонів: АР Крим, Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Черкаська, Чернівецька та Чернігівська області.

Права дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, на освіту забезпечуються чинним законодавством України: законами України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” та “Про реабілітацію інвалідів в Україні”, указами Президента України, дорученнями Уряду, галузевим законодавством у сфері освіти.

Заходами Програми було передбачено створення можливостей для отримання дітьми-інвалідами повноцінної загальної середньої освіти. Зміни, внесені до законодавства України в галузі освіти у липні 2010 року, визначили правові засади подальшого розвитку системи загальної середньої освіти, у тому числі для дітей з особливими потребами. Було запроваджено інтегроване та інклюзивне навчання, створення загальноосвітнього навчального закладу нового типу – навчально-реабілітаційний центр (для дітей з особливими освітніми потребами, зумовленими складними вадами розвитку).

Протягом 2011 р. діяльність Міністерства та органів управління освітою була спрямована на реалізацію завдань, визначених указами Президента України, дорученнями Уряду щодо створення умов для здобуття освіти дітьми з особливими потребами, активізації діяльності із запровадження інклюзивного навчання. Вирішення цих питань регулюється наказами Міністерства освіти і науки, молоді та спорту від 10.06.2011 р. №568 “Про заходи щодо розв’язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями” та від 08.07.2011 р. №765 “Про затвердження заходів щодо удосконалення діяльності інтернатних закладів на період до 2012 року”.

Постановою Кабінету Міністрів України від 15.08.2011 р. №872 затверджено Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах. Зазначений Порядок регулює організаційно-правові засади запровадження інклюзивного навчання та передбачає уведення до штатного розпису загальноосвітніх навчальних закладів посад учителів-дефектологів.

У новій редакції розроблено Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації для забезпечення організаційно-методичних засад фахового супроводу дітей з особливими



освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання, затверджене спільним наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту і Національної академії педагогічних наук України від 23.06.2011 р. № 623/61, зареєстрованим у Міністерстві юстиції 06.12.2011 за №1407/20145.

Було розроблено серію методичних посібників “Інклюзивна освіта”: “Путівник для вчителя”, “Путівник для батьків”, програму та навчальний посібник до неї “Індивідуальне оцінювання навчальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі”; програму навчального курсу та керівництва до неї – “Вступ до інклюзивної освіти”, “Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання”.

За ініціативи Міністерства доповнено Класифікатор професій посадою асистента вчителя інклюзивного навчання, яку введено до Типових штатів загальноосвітніх навчальних закладів, внесено зміни до державних будівельних норм загальноосвітніх навчальних закладів з урахуванням потреб дітей з обмеженими фізичними можливостями.

За звітний період спостерігаються великі розбіжності між регіонами у кількості інтегрованих груп та класів для дітей з особливими потребами. Так, в Автономній Республіці Крим їх кількість склала 34, проте за 2011 р. нові групи та класи не створювалися, а забезпеченість ними дітей з вадами розвитку становить 65% від потреби. У Вінницькій області їх було 14, а забезпеченість для дітей з вадами розвитку – 49,7%. У Волинській області – 4, з них: ДНЗ для дітей з вадами слуху, ДНЗ-санаторій для дітей з ранніми проявами тубінфекції спеціальний дошкільний дитячий виховний будинок “Сонечко” (м. Ківерці), загальноосвітня школа для дітей з вадами слуху (м. Володимир-Волинський). У Житомирській області забезпеченість групами та класами інтегрованого навчання за звітний період склала 100%. В Закарпатській області протягом вищезгаданого періоду функціонували 4 класи та групи. Натомість у Запорізькій області існує 41 дошкільна спеціальна група; 1 школа-інтернат для дітей із наслідками поліомієліту та дитячого церебрального паралічу та Хортицький навчально-реабілітаційний багатопрофільний центр. У м. Севастополі їх кількість становила 112, забезпеченість потреб дітей з вадами розвитку склала 85%. В Одеській області таких класів було 8, Полтавській – 3, Тернопільській – 24, Черкаській – 10, Чернівецькій – 25, Чернігівській – 11 спеціальних навчальних закладів, 25 спеціальних класів інтенсивної педагогічної корекції для дітей із затримкою психічного розвитку. Найбільша кількість інтегрованих класів та груп

zareєстрована у Харківській області – 320.

Для реалізації завдання щодо розширення можливостей творчого і фізичного розвитку інвалідів, Мінкультури України щорічно проводить для людей з обмеженими фізичними можливостями інтегрований концерт “Відчинилося життя” та Всеукраїнський фестиваль творчості осіб з обмеженими фізичними можливостями “Барви життя”. Інваліди I-II категорії мають право безкоштовного відвідування закладів культури.

З метою організації навчання дітей з особливими потребами, зумовленими складними вадами розвитку, охоплення їх соціально-педагогічним патронатом, розроблено та надіслано для погодження до центральних органів виконавчої влади проект Положення про навчально-реабілітаційний центр. На забезпечення соціального захисту учнів (дітей) та педагогічних працівників сільської місцевості, у тому числі дітей з обмеженими фізичними можливостями, внесено зміни до Програми “Шкільний автобус” в частині подовження строку дії до 2015 року та збільшення обсягу фінансування.

В 19 інститутах післядипломної педагогічної освіти створені відповідні структурні підрозділи (кафедри, лабораторії) для підготовки учителів в умовах інклюзивного навчання, в 5 введено посаду методиста з питань інклюзивного навчання. В інститутах під час проходження курсової перепідготовки організовані лекційно-практичні заняття для слухачів з теми “Особливості інтеграції дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітній простір”. Спільно з Інститутом спеціальної педагогіки Національної академії педагогічних наук України розроблено навчальний курс та навчально-методичний посібник до нього “Вступ до інклюзивного навчання”, який включено до навчальних планів інститутів післядипломної педагогічної освіти, науково-методичний посібник “Психологічний супровід корекційно-реабілітаційного навчання дітей шкільного віку з помірною розумовою відсталістю”, навчально-методичні посібники “Путівник для вчителів”, “Путівник для батьків дітей з особливими потребами”.

На сьогодні в системі освіти для забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітей з особливими потребами функціонує розгалужена мережа навчальних закладів з різними формами навчання. Систему таких закладів складають: спеціальні школи з подовженим днем, школи-інтернати, спеціальні навчально-виховні комплекси, об’єднання, навчально-реабілітаційні центри, спеціалізовані класи для обдарованих дітей-інвалідів, загальноосвітні школи зі спеціальними та інклюзивними класами.

Інтеграція дітей у загальноосвітні навчальні заклади сприяла зменшенню на 2,5 тис. осіб контингентів учнів спеціальних шкіл-інтернатів упродовж трьох останніх років та відповідній оптимізації мережі інтернатних закладів (2010/2011 н.р. рік – 389 закладів; у 2011/2012 н.р. – 382).

За оперативною інформацією обласних органів управління освітою у 2011/2012 навчальному році у ЗОНЗ функціонує понад 40 тис. класів з інклюзивним навчанням, де навчається 69,6 тис. учнів з особливими потребами (порушеннями мовлення, затримкою психічного розвитку, вадами слуху, зору, порушеннями опорно-рухового апарату). У спеціальних школах-інтернатах альтернативою навчання дітей, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку, є спеціальні класи. За статистичними даними, у 2011/2012 навчальному році у загальноосвітніх навчальних закладах працює 508 спеціальних класів, де здобувають освіту 4845 дітей з порушеннями розвитку. Функціонування таких класів урегульовано Положенням про спеціальні класи для навчання дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітніх навчальних закладах, затвердженим наказом Міністерства освіти і науки України від 09.12.2010 №1224.

У системі вищої освіти, відповідно до наказу МОН України від 19.10.2010 р. №961, передбачено зарахування поза конкурсом інвалідів I та II груп та дітей-інвалідів віком до 18 років, яким не протипоказане навчання за обраним напрямом (спеціальністю). Супровід навчання цієї категорії осіб у ВНЗ здійснюється фахівцями в галузі фізичної реабілітації та дефектології, підготовка яких здійснюється відповідно до галузевих стандартів за напрямами “Корекційна освіта” (за нозологіями) і “Фізичне виховання” та “Здоров’я людини”.

Важливим елементом творчого та фізичного розвитку дітей-інвалідів є позашкільна освіта. Завдяки їй дитина у вільний час має можливість займатися різноманітною діяльністю, що впливає на формування її моральних орієнтирів, захоплення, інтересів, освітньо-професійній та культурній соціалізації, сприяє реалізації здібностей і талантів особистості. В Україні на сьогодні функціонують 2134 позашкільні навчальні заклади (у тому числі 638 дитячо-юнацьких спортивних шкіл). Позашкільною освітою охоплено 1,5 млн дітей, що складає близько 38% від загальної кількості дітей шкільного віку. Працюють 80,3 тис. різноманітних гуртків, як в позашкільних закладах, так і на базі ЗОНЗ, у тому числі інтернатного типу. Зокрема в інтернатних закладах позашкільною освітою охоплено 49 тис. вихованців, що становить 67% від чисельності дітей в

інтернатних закладах. Працюють 3 тис. гуртків.

У Житомирській, Запорізькій, Сумській областях всі діти стовідсотково зайняті у гуртках або спортивних секціях. У Миколаївській та Хмельницькій областях – близько 90 відсотків. Високий відсоток охоплення у Вінницькій, Донецькій, Закарпатській, Київській, Харківській, Чернігівській областях (понад 70%).

Для вихованців інтернатних закладів за ініціативи міжнародних та вітчизняних благодійних громадських організацій проводяться всеукраїнські та регіональні конкурси, фестивалі, змагання: конкурси дитячої художньої творчості “Первоцвіт”, “Повір у себе”; дитячої поезії “Край моїх мрій”; фестивалі “Назустріч мрії”, “Щасливі долони”, “Пісенна перлина” тощо.

З метою забезпечення своєчасності, комплексності і безперервності реабілітаційного процесу, а також для запобігання погіршенню стану інвалідності, подолання її наслідків та посилення незалежності людей з обмеженими можливостями, Мінсоцполітики України сформовано мережу реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів. Такі установи діють на підставі Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” та відповідних типових положень, затверджених наказами Мінпраці, і забезпечують доступність реабілітаційних послуг та програм відповідно до індивідуальних потреб осіб з інвалідністю. У середньому в рік проходять реабілітацію майже 20 тисяч інвалідів та дітей-інвалідів.

На сьогодні у системі Мінсоцполітики України функціонує 209 центрів (відділень) реабілітації, з них 12 центрів професійної реабілітації інвалідів, 192 центри (відділення) соціальної реабілітації дітей-інвалідів, 2 установи змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів, 2 установи змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів з розумовою відсталістю, одна установа постійного та тимчасового перебування інвалідів з розумовою відсталістю.

У 2011 р. в центрах реабілітації для дітей-інвалідів діяло 176 майстерень, гуртків і класів, в яких навчалися 1966 дітей-інвалідів, з них 57 осіб були направлені на навчання у центри професійної реабілітації та інші навчальні заклади.

Кількість інвалідів та дітей-інвалідів, які отримали реабілітаційні послуги в таких установах, становить майже 17 тис. осіб, у тому числі дітей-інвалідів близько 14 тис., з них інтегровано в загальноосвітні заклади 661 дитину.

Також діти-інваліди з 16 років проходять професійну реабілітацію. Так, у

2011 р. 166 дітей-інвалідів опанували робітничі спеціальності у центрах професійної реабілітації інвалідів та отримали свідоцтва державного зразка.

Протягом 2011 р. в державі функціонувало 15 Центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями (далі – Центри), зокрема 1 – в АР Крим, 5 – у Вінницькій, 1 – у Закарпатській, 2 – в Івано-Франківській, 3 – в Одеській областях та 3 – у м. Київ. З лютого 2011 р. розпочав свою діяльність центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями в м. Калусь Івано-Франківської області “Добродія Калуська”. Послугами Центрів скористалися 1010 осіб – 561 дитина і 449 осіб із числа молоді (порівняно з 2010 р. їх кількість збільшилась на 269 осіб).

Мережа існуючих центрів реабілітації дітей-інвалідів здійснювала різні види реабілітації, а саме:

1. Психолого-педагогічна:

- психолого-педагогічна діагностика – 812 дітей та молодих осіб з особливими потребами (2010 р. – 576 осіб);
- психологічна корекція – 629 осіб (2010 р. – 495);
- педагогічна корекція – 644 особи (2010 р. – 456);
- консультації – 831 особа (2010 р. – 603).

2. Фізична:

- лікувальний масаж – 348 (у 2010 р. – 221);
- лікувальна фізкультура – 530 (2010 р. – 325);
- консультування – 672 (2010 р. – 408 осіб).

3. Соціальна та побутова:

- оволодіння основними соціальними навичками – 805 осіб (2010 р. – 612);
- консультації соціального педагога – 822 (2010 р. – 550).

Крім дітей та молоді послуги з цих видів реабілітації за потреби отримували їхні батьки:

- консультації соціального педагога – 668 (2010 р. – 434 осіб);
- консультації в рамках психолого-педагогічної реабілітації – 750 (2010 р. – 750);
- консультації у рамках проведення фізичної реабілітації – 452 (2010 р. – 338);
- психолого-педагогічна діагностика – 86 (2010 р. – 152);
- психологічна корекція – 70 (2010 р. – 36);

- педагогічна корекція – 61 (2010 – 32);
- навчання з оволодіння основними соціальними навичками – 134 (2010 – 53 особи).

З метою вирішення проблем щодо самореалізації, адаптації, соціально-психологічної реабілітації, проведення дозвілля і відпочинку дітей з функціональними обмеженнями Центри забезпечують участь дітей з інвалідністю в спеціалізованих змаганнях в ДПУ МДЦ “Артек”. Починаючи з 2000 р., там відпочило та оздоровилося понад 3000 дітей з функціональними обмеженнями. Лауреати та переможці міських, районних та регіональних фестивалів творчості також отримують можливість відпочити в ДПУ МДЦ “Артек”. Так, у 2011 р. була проведена XII спеціалізована змагання для 400 дітей з особливими потребами “Повір у себе, і в тебе повірять інші”. Для ефективнішого досягнення поставленої мети протягом всієї зміни з дітьми перебували 12 волонтерів: 3 сурдоперекладачі, 5 психологів і 4 волонтери.

## **2.8. Зниження захворюваності та поширеності хвороб**

Захворюваність та поширеність хвороб є одними із найбільш важливих характеристик стану здоров'я населення, що визначають ступінь його адаптації до умов зовнішнього середовища соціально-економічної ситуації в суспільстві. На поліпшення стану здоров'я населення спрямовано ряд заходів, які здійснюються у межах Програми Національною академією медичних наук, Міністерством охорони здоров'я України, управліннями охорони здоров'я обласних і міських держадміністрацій та підпорядкованими їм закладами і установами.

Одним із таких заходів є планування та проведення наукових досліджень з профілактики найбільш поширених неінфекційних хвороб.

З метою зниження захворюваності населення сформовано групи підвищеного ризику хворих на хронічні захворювання у Вінницькій, Волинській, Житомирській, Сумській, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях, м. Київ та Севастополь. В Івано-Франківській області сформовані групи ризику захворювання на ІХС, артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, рак молочної залози, онкопатологію шлунково-кишкового тракту та легень. У Чернігівській області – на туберкульоз (за медичними та соціальними показаннями).

В усіх областях проводиться диспансерний нагляд за хворими відповідно до встановленого плану, профілактичні огляди серед населення. Зокрема у Дніпропетровській області профілактичними оглядами охоплено 99,1% дорослого

населення та 99,1% підлітків; у Житомирській області – 98,9% населення, у тому числі 100% осіб з групи ризику. У Харківській області цільовими профілактичними оглядами охоплено пацієнтів з гіпертонічною хворобою, ІХС, цукровим діабетом, проведені онкопрофогляди. Оздоровлено 95,6% від загальної кількості працівників, зайнятих у шкідливому виробництві та з небезпечними умовами праці.

В усіх регіонах постійно проводиться санітарно-просвітницька робота з приводу ризику виникнення хронічної патології (лекції, санбюлетені, участь ЗМІ). У Волинській області створено кабінети “Діабетична стопа”, “Школа діабетиків”, центри профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, метою яких є початкова та санітарно-освітня роботи серед даних категорій пацієнтів.

У Кіровоградській області за звітний період на базі обласної лікарні створено обласну жіночу консультацію з централізованим реєстром вагітних та моніторингом вагітних з екстрагенітальною патологією. Також проводиться реєстр осіб, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, хворих на цукровий діабет “СИНАДІАБ”. Активно проводиться санітарно-освітня робота та залучення працівників телебачення і радіомовлення до пропаганди з питань інфекційних та паразитарних захворювань, в т.ч. щодо попередження сказу.

У Закарпатській області переглянуто та затверджено методологічні засади щодо організації і проведення медичних оглядів працівників, термінів проведення обстежень, їх видів та обсягів залежно від шкідливих факторів виробничого середовища.

У м. Києві з метою зниження захворюваності серед населення проводилась робота з підвищення кваліфікації лікарів-спеціалістів, які беруть участь у проведенні профілактичних оглядів осіб, що працюють у шкідливих та небезпечних умовах.

У Львівській області діяли заходи, передбачені державною програмою запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. З метою виконання державної Комплексної програми “Цукровий діабет та лікування нецукрового діабету” в області в 2011 р. проводились дні профілактики та раннього виявлення цукрового діабету, профінансовано придбання цукрознижуючих препаратів.

За звітний період на всіх адміністративних територіях здійснювалась масова профілактика йододефіцитних хвороб йодованою сіллю, налагоджено її використання у закладах харчування дошкільних, шкільних установ, професійно-

технічних училищ, інтернатів, медичних оздоровчих закладів

Отже, для зниження захворюваності населення та поширеності хвороб управліннями охорони здоров'я обласних і міських державних адміністрацій та підпорядкованими їм закладами у межах Програми здійснювався ряд заходів, спрямованих на профілактику хвороб; формування груп хворих підвищеного ризику на хронічні хвороби, їх оздоровлення, диспансерний нагляд; проведення наукових досліджень.

## **2.9. Зниження захворюваності на серцево-судинні хвороби**

Хвороби системи кровообігу залишаються однією з найбільш поширених патологій, яка характеризується високим ступенем поєднаності та множинності, первинною інвалідизацією та передчасною смертністю, потребує повторності відвідувань та тривалості госпіталізації. Серцево-судинні хвороби протягом останніх років є головною причиною смерті дорослого населення. Щороку реєструється близько 50 тис. випадків інфаркту міокарда, 100–120 тис. інсультів, 20 тис. миготливих аритмій, 4 тис. набутих вад серця та народжується понад 3500 дітей із вродженими вадами серця. Тому у Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки значну увагу було приділено саме цій групі хвороб.

З метою профілактики серцево-судинних захворювань серед населення Програмою заплановано впровадження освітніх програм. За пропозицією МОЗ, в навчальні програми післядипломної підготовки лікарів за спеціальностями “Терапія”, “Кардіологія”, “Геріатрія” введені питання щодо профілактики хвороб системи кровообігу.

Валеологічною лабораторією Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна проведено значну роботу щодо розробки освітніх програм з профілактики хвороб системи кровообігу. Створено 14 фітокоректорів з вітчизняної сировини, на які одержано гігієнічні висновки МОЗ України. Фітокоректори використовуються для оздоровлення дітей та молоді у Запорізькій, Дніпропетровській, Харківській, Сумській, Полтавській областях, Автономній Республіці Крим.

Окреме завдання програми полягало у створенні кардіореєстру хворих на інфаркт міокарда за результатами обстеження і лікування. Створення кардіореєстру планувалося здійснити у 2002–2005 роках. При цьому більшість регіонів країни успішно виконали це завдання у запланований термін, змогли



запровадити та вести кардіореєстр хворих на інфаркт міокарда за результатами обстеження і лікування хворих протягом усього терміну виконання програми (табл. 2.9.1).

Таблиця 2.9.1 Дані про кількість пацієнтів, внесених до кардіореєстру, у розрізі регіонів за 2005–2010 рр.

Виконавці/роки	2005	2006	2007	2008	2009	2010
АР Крим	1886	2306	2349	2358	2455	2460
Вінницька	1251	1047	1502	1520	1517	1773
Волинська	713	720	812	749	816	737
Дніпропетровська	4604	4951	4446	н/д	4833	4545
Донецька	5700	5772	5066	5774	5644	5549
Житомирська	795	814	809	801	832	873
Закарпатська	742	899	926	933	956	1030
Запорізька	н/д	1204	1215	1847	1908	2114
Івано-Франківська	1258	992	1232	1306	1287	1253
Київська	1980	3468	4124	4250	4350	4380
Кіровоградська	не створений					
Луганська	н/д	н/д	3103	3120	н/д	н/д
Львівська	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
м. Київ	3010	1489	н/д	2808	2426	2526
м. Севастополь	520	520	522	560	468	456
Миколаївська	965	939	969	1126	1226	880
Одеська	2220	1975	2548	2586	2426	2440
Полтавська	1929	1789	1741	1786	1872	1834
Рівненська	984	936	3205	3265	884	860
Сумська	768	1092	985	1132	1135	1142
Тернопіль	3215	4861	5196	820	1119	1152
Харківська	689	2095	2010	2849	2987	2156
Херсонська	901	865	489	658	711	739
Хмельницька	1116	1315	1491	1622	н/д	н/д
Черкаська	1143	1170	1150	1304	976	981
Чернівецька	225	241	823	1079	н/д	н/д
Чернігівська	1287	1233	1255	1191	1146	н/д

Примітка: \* н/д – немає даних

На кінець виконання програми в усіх регіонах країни, за винятком Кіровоградської області, було створено кардіореєстри хворих на гострий інфаркт міокарда. Однак лише окремі області змогли запровадити ведення реєстру на електронних носіях. Більшість областей та міст досі ведуть облік випадків на паперових носіях і щомісячно, щоквартально або щорічно передають дані про випадки для внесення даних у реєстр хворих на інфаркт міокарда.

Найчисельніша група пацієнтів в кардіореєстрі з Київської, Одеської областей та м. Києва. Однак не всі регіони вчасно та достовірно подають дані про хворих, внесених в кардіореєстр.

Найбільша активність з ведення та заповнення кардіореєстру припадає на 2006–2008 рр. (рис. 2.9.1). Найбільша кількість записів щодо хворих з гострим інфарктом міокарда була зроблена у 2008 р. (47968 записів).

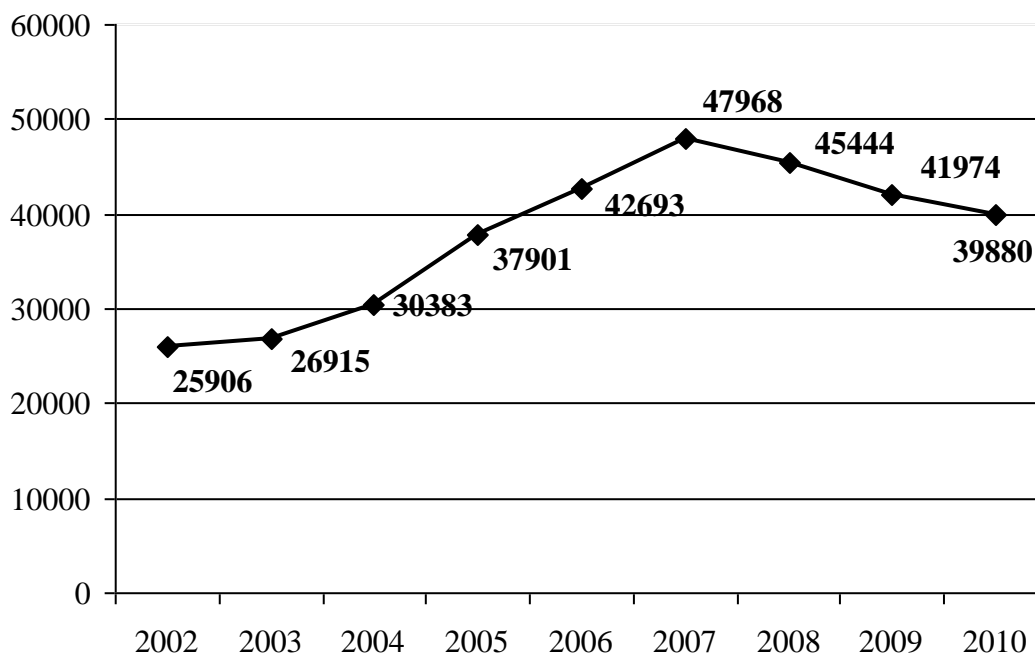


Рис. 2.9.1 Кількість хворих у кардіореєстрі хворих на інфаркт міокарда у 2002–2010 рр.

Практика ведення кардіореєстру хворих на гострий інфаркт міокарда показала свою ефективність та перспективність. Активно обговорювалася необхідність та проблеми створення Всеукраїнського реєстру хворих на гострий коронарний синдром. У червні 2010 р. провідні фахівці-кардіологи брали участь у селекторній нараді МОЗ України з проблеми створення Всеукраїнського реєстру хворих на гострий коронарний синдром, а головні фахівці управлінь охорони здоров'я мали можливість надання пропозицій щодо його створення.

В ряді областей створено Регіональні реєстри та проводиться статистичний моніторинг хворих із життєво-загрозливими аритміями та набутими вадами серця, які потребують хірургічного лікування.

В рамках виконання Програми було передбачено розроблення і впровадження стандартів надання профілактичної, діагностичної, лікувальної, соціальної та реабілітаційної допомоги кардіологічним хворим. Стандарти надання медичної допомоги кардіологічним хворим в умовах стаціонару

затверджено наказом МОЗ України від 27.07.98 №226 “Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей”. Стандарти надання медичної допомоги кардіологічним хворим в амбулаторно-поліклінічних умовах затверджено наказом МОЗ України від 28.12.02 №507 “Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги”.

Протоколи лікування кардіологічних хворих затверджено наказом МОЗ України від 03.07.2006 р. №436 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Кардіологія”.

Станом на 2011 рік в усіх ЛПЗ України впроваджені стандарти надання профілактичної, діагностичної, лікувальної, реабілітаційної допомоги кардіологічним хворим. Більшість виконавців Програми по регіонах України відмітили 100% його виконання (табл. 2.9.3).

Проте неповна укомплектованість апаратурою та обмежені можливості лікарень (передусім ЦРЛ) не дозволяють проводити тромболізис у зв'язку з високою вартістю препаратів; холтеровський моніторинг артеріального тиску та ЕКГ в усіх показаних випадках, застосовувати радіонуклідні методи через недостатню кількість апаратури; проводити визначення ліпідного спектру та транскраніальної доплерографії, МР-ангіографії. Стандарти лікування на амбулаторному етапі залежать від фінансових можливостей пацієнта. Найгірше впроваджуються соціальні та реабілітаційні заходи, які безпосередньо залежать від економічного стану та розвитку соціальних послуг областей.

З метою удосконалення медико-соціальної системи реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарда, інсульт та операції на серці і судинах, було здійснено ряд заходів в усіх областях України, в АР Крим та м. Севастополі. У 14 адміністративно-територіальних одиницях проводиться санаторно-курортне лікування таких хворих, в багатьох областях стабільно функціонує система медичної реабілітації цього контингенту. Протягом 2005 р. МОЗ України розроблено базові програми реабілітації інвалідів, які страждають на гіпертонічну хворобу.

Таблиця 2.9.3 Впровадження стандартів за роки виконання програми (у % від усіх лікувально-профілактичних закладів)

Виконавці/роки	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
АР Крим	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Вінницька	+	+	+	+	83%	+	+	+	+	+
Волинська	н/д	80%	86%	+	+	+	+	+	+	+
Дніпропетровська	+	89%	н/д	81%	88%	+	н/д	+	+	+
Донецька	+	+	+	+	+	+	+	+	+	н/д
Житомирська	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Закарпатська	+	60%	+	+	+	+	+	+	+	+
Запорізька	н/д	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Івано-Франківська	н/д	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Київська	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Кіровоградська	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Луганська	+	+	н/д	+	+	+	+	н/д	н/д	+
Львівська	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
м. Київ	+	+	+	+	+	+	+	+	н/д	н/д
м. Севастополь	82%	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Миколаївська	+	80%	85%	86%	90%	89.9%	+	+	н/д	н/д
Одеська	н/д	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Полтавська	96%	96%	96%	96%	96%	96%	97%	96%	96%	96%
Рівненська	36%	38%	39%	40%	58%	89%	+	+	+	+
Сумська	н/д	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Тернопільська	+	+	+	+	+	+	+	+	н/д	+
Харківська	25%	38%	75%	75%	75%	+	+	+	+	+
Херсонська	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Хмельницька	92%	97%	88%	94%	97%	99%	+	н/д	н/д	н/д
Черкаська	+	92%	+	+	+	+	+	+	+	+
Чернівецька	+	+	+	+	+	+	+	н/д	н/д	+
Чернігівська	2%	5%	85%	95%	+	+	+	+	н/д	+

Примітка: «+» – 100% закладів; н/д – немає даних

Найбільше пацієнтів пройшли курс реабілітації у “докризовий” період 2005–2006 років. Тоді у реабілітаційних програмах взяли участь понад 54 тис. пацієнтів. В останні роки виконання Програми загальна кількість зазначених хворих, які пройшли реабілітаційні заходи, зменшилася майже вдвічі і становила 27,5 та 24,5 тис. осіб у 2009 р. та 2010 р. відповідно (рис. 2.9.2).

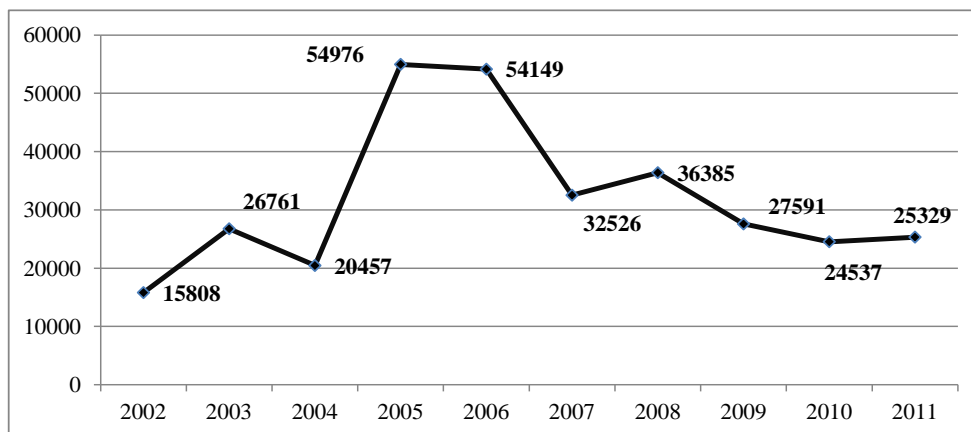


Рис. 2.9.2 Загальна кількість хворих, які пройшли реабілітаційні заходи після інфаркту міокарда та операцій на серці та судинах у 2002–2011 рр.

Хворі проходили реабілітацію після інфаркту міокарда та операцій на серці та судинах як у реабілітаційних відділеннях, так і у профільних санаторіях (рис. 2.9.3). За попередніми даними 2011 р., кількість направлень хворих на реабілітацію у профільні санаторії значно скоротилася через нестачу фінансування або невчасність закупівлі та розподілу путівок фондами спеціального страхування.

Для удосконалення медико-соціальної системи реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарда, інсульт та операції на серці і судинах, було проведено низку науково-дослідних робіт (НДР), винайдено та запатентовано ряд реабілітаційних технологій. Науково-дослідними інститутами НАМН України розробляються та впроваджуються сучасні засоби профілактики, діагностики, лікування і реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію та її ускладнення в рамках виконання 20 НДР.

В рамках програми “Здоров’я нації” фахівцями ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України виконувалась НДР “Розробити нові підходи до підвищення ефективності реабілітації учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи, що перенесли інфаркт міокарда” (2006–2008). В

результаті виконання роботи розроблено протоколи дослідження для визначення диференційованого медикаментозного відновлювального лікування і коригуючих заходів за факторами ризику в учасників ЛНК, які перенесли інфаркт міокарда; оцінено динаміку клінічних показників, структурно-функціональних змін міокарда, толерантності до фізичного навантаження в процесі реабілітації учасників ЛНК, які перенесли ІМ, відповідно до розроблених протоколів.

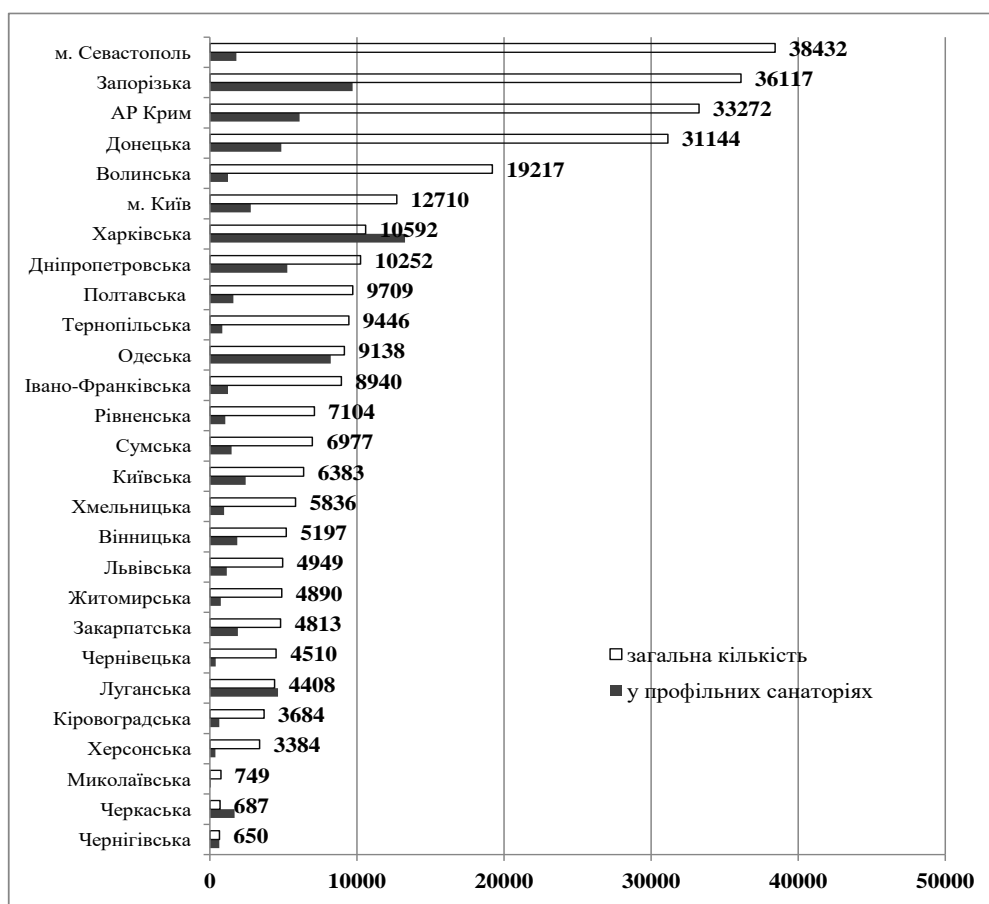


Рис. 2.9.3 Розподіл хворих, які пройшли реабілітацію у 2002–2011 рр., по регіонах країни, всього та у профільних санаторіях

У результаті виконання НДР “Удосконалити реабілітацію хворих після перенесеного інфаркту міокарда для зменшення трудових втрат внаслідок проведення етапного відновлювального лікування із застосуванням операції аортокоронарного шунтування”, проведеної у ННЦ “Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска НАМН України”, розроблено та запатентовано корисну модель №36044 “Спосіб лікування хворих, які перенесли інфаркт міокарда”.

Фахівцями ННЦ “Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска НАМН України”

протягом 2009–2011 рр. виконувалась НДР “Розробка ефективного комплексу лікувально-профілактичних заходів, з урахуванням формату інфаркту міокарда, для досягнення тривалої працездатності при постінфарктному кардіосклерозі”. Встановлено, що чинниками, які визначають можливість підвищення працездатності, є: відсутність повторних порушень коронарного кровообігу протягом терміну спостереження, стан систолічної функції лівого шлуночка (ФВ більше 45%), відсутність супутньої артеріальної гіпертензії, зниження рівня холестерину в сироватці крові. На основі обстеження хворих в дворічний термін показана можливість підвищення фізичної працездатності у 21% хворих, також і її зниження у 17% хворих. У 58% хворих толерантність до фізичного навантаження не змінювалася.

Фахівцями ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України” виконувалась НДР “Визначити особливості перебігу хронічної ішемічної хвороби серця, структури асоційованих з нею станів, стратифікації ризику в учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи та розробити нові підходи до профілактики і лікування хворих з високим ризиком”. Обґрунтовано підходи до адекватного лікування учасників ліквідації наслідків чорнобильської катастрофи зі стабільною стенокардією, засновані на концепції загального ризику, комбінованого застосування препаратів, що покращують прогноз і знижують частоту та інтенсивність нападів стенокардії і забезпечують метаболічну кардіоцитопротекцію. Розроблено алгоритм стратифікації загального ризику, модель базового лікування.

Фахівцями ДУ “Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України” виконувалась НДР “Обґрунтувати і розробити диференційовані підходи до лікування серцевої недостатності при цукровому діабеті 2 типу”. Отримані дані дозволили створити корисну модель (заявка № u 2010 08327), відповідно до якої при виявленні підвищення хімази на фоні зниженої активності  $\alpha$ -2-макроглобуліну до комбінації лікарських засобів стандартної терапії СН додають стабілізатор мембран опасистих клітин.

З метою оптимізації роботи спеціалізованих медико-соціальних експертних комісій кардіологічного профілю Українським державним науково-дослідним інститутом медико-соціальних проблем інвалідності підготовлено та видано методичний посібник “Критерії встановлення груп інвалідності у хворих та інвалідів внаслідок ішемічної хвороби серця, які перенесли ендovasкулярні та оперативні втручання на серці”. Протягом року застосування таких критеріїв

впроваджено в діяльність 21 медико-соціальних експертних комісій України (далі – МСЕК) та проведено встановлення інвалідності у 1524 хворих. Розпочато впровадження у роботу МСЕК виданого у III кварталі 2011 року методичного посібника “Особистісні фактори в експертно-реабілітаційній діагностиці при вроджених вадах розвитку системи кровообігу”.

На виконання завдання із забезпечення подальшого розвитку мережі закладів для надання спеціалізованої медичної допомоги особам із серцево-судинними хворобами протягом дії Програми майже в усіх регіонах країни створені та діяли кардіодиспансери. Виняток становили Вінницька, Волинська, Львівська області, м. Севастополь, Миколаївська та Харківська області, де таких диспансерів не було створеною.

Лише в окремих областях створені спеціалізовані кардіологічні лікарні: Київська міська клінічна лікарня “Київський міський Центр серця” та Олександрівська клінічна лікарня м. Києва, реабілітаційна лікарня в смт Брюховичі Львівської області, дві міські клінічні лікарні (№3 та №9) в Одеській області, клініка ДУ “Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України”, клініка ДУ “Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України” у Харківській області.

В усіх регіонах створено спеціалізовані кардіологічні ліжка та відділення у складі діючих клінічних лікарень. Кількість таких відділень на кінець виконання програми варіює по регіонах. Найбільша кількість відділень відкрита у Донецькій (31), Харківській (18) та Луганській (18) областях (рис. 2.9.4).

За інформацією з регіонів, 2 спеціалізовані кардіологічні центри створено у Волинській області, 1 – у Дніпропетровській, 2 – у Донецькій, 2 – у Житомирській, 2 – у Івано-Франківській (центр малоінвазивної хірургії і аритмології при ОКЛ та центр малоінвазивної та серцево-судинної хірургії в Івано-Франківській ЦМКЛ), 1 – у Львівській області, 2 – у м. Києві, 2 – у Миколаївській (кардіоцентр у складі обласної лікарні для дорослих та обласний центр реабілітації постінфарктних хворих), 2 – у Одеській ((Болгарський кардіологічний центр та Регіональний центр кардіохірургічної допомоги в ОКЛ), 2 – у Полтавській (антигіпертензивний – міський та обласний), 2 – у Рівненській (Центр серцево-судинної хірургії РОКЛ; Центр аритмології та ендovasкулярної хірургії РОКЛ), 1 – у Тернопільській (на базі спеціалізованих структурних підрозділів КЗ ТОР “Тернопільська університетська лікарня”), 3 – у Харківській та 1 обласний кардіологічний центр у Черкаській області. За даними 2011 р. 2



центри надають спеціалізовану медичну допомогу хворим із серцево-судинною патологією у Волинській області.

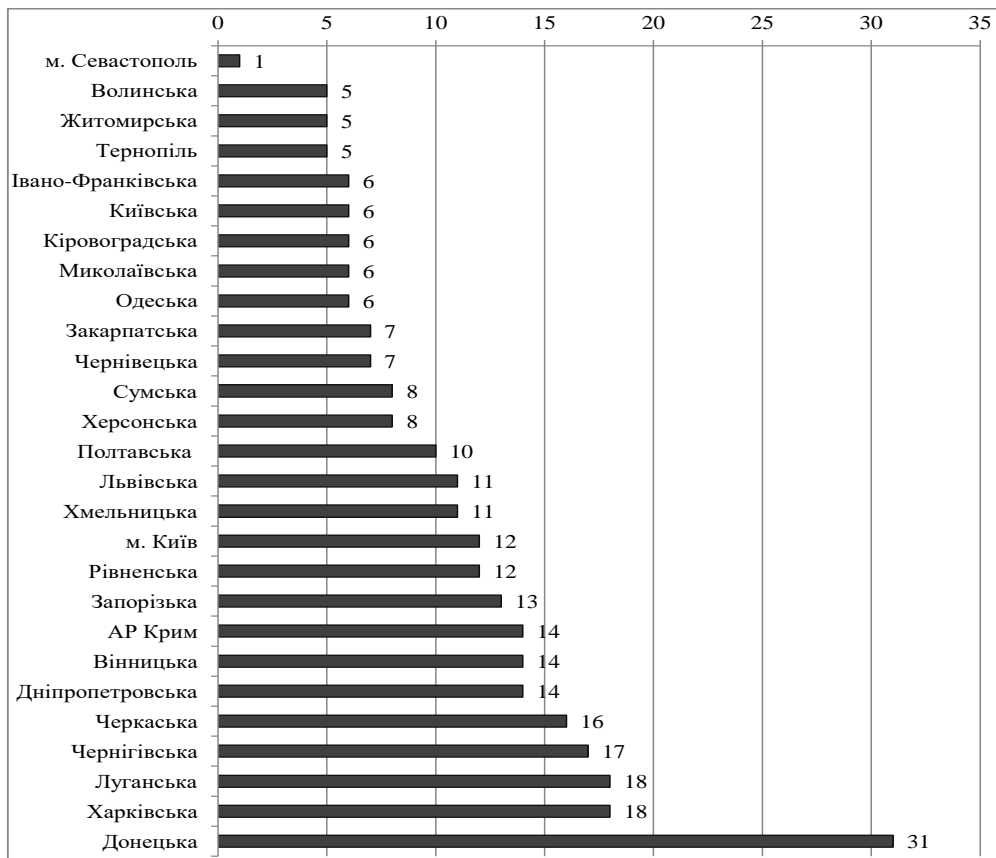


Рис. 2.9.4. Наявність спеціалізованих кардіологічних ліжок та відділень у складі діючих клінічних лікарень у регіонах на кінець виконання Програми

Протягом 2010–2011 рр. закуплені нові ангиографічні установки в Житомирській, Івано-Франківській, Закарпатській областях, що дозволить підняти на сучасний рівень надання ургентної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда та гострим коронарним синдромом та цілодобово надавати їм медичну допомогу, що в перспективі дасть змогу досягти зниження показника смертності.

Досвід Полтавської області засвідчив, що виявляємість гострого інфаркту зросла у тому числі завдяки поширенню технологій дистанційної передачі ЕКГ. На даний час в області працює 70 передавачів системи “Телекард” (на 9 більше, ніж в минулому році) та 4 станції. За звітний період по системі “Телекард” з районів області зросла на 22% кількість переданих ЕКГ (2110 проти 1732).

Позитивно оцінюють використання “Телекарда” і в Харківській області.

Через механізм субвенції з обласного бюджету районам впроваджено систему “Телекард” для передачі в режимі “он-лайн” електрокардіограм від первинної ланки до обласних кардіологічних центрів, що дає можливість своєчасно призначити адекватне лікування. За 2011 р. із переданих по системі “Телекард” електрокардіограм 677 прийнято фахівцями обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги, 4000 – міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги імені проф. О.І. Мещанінова, 48 – Інститутом терапії імені Л.Т. Малої НАМН України.

У Черкаській області система “Телекард” дає можливість 16 районам області отримувати консультативну допомогу та передавати по телефону електрокардіограму до обласного кардіологічного центру. У 2010 р. виконано 158 таких консультацій, до кінця 2011 р. прогнозується близько 180 консультацій.

Вже під час впровадження Програми, Кабінетом Міністрів України, визнаючи серйозність проблеми, було прийнято Державну програму запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки (постанова КМУ від 31.05.2006 р. №761), якою було передбачено більш детальний план заходів із відповідним фінансуванням для покращення існуючої в країні ситуації із захворюваністю на серцево-судинні хвороби.

Були створені відповідні регіональні програми. Станом на 2011 рік виконання загальнонаціональної програми завершено, однак ряд регіонів створюють місцеві програми для посилення заходів запобігання та лікування серцево-судинних хвороб. У Рівненській області підготовлено нову регіональну програму із запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2011–2015 роки. Управлінням охорони здоров'я Чернігівської обласної державної адміністрації розроблена обласна Програма “Запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2012–2015 роки”, яка була презентована 6 вересня 2011 року на спільному засіданні Регіонального комітету з економічних реформ та Громадської ради при обласній державній адміністрації.

Таким чином, захворюваність населення України на серцево-судинні хвороби не втрачає актуальності. Якщо станом на кінець 2001 р. захворюваність на хвороби системи кровообігу становила 4010,1 на 100 тис. працездатного населення, то на початок 2011 р. цей показник склав 4253,0. Проте проблема захворюваності на серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання, які визначають рівень тимчасової непрацездатності, інвалідності та смертності

населення (насамперед працездатного віку), залишається. Зусилля держави повинні бути спрямовані на профілактику цих захворювань, їх раннє виявлення, кваліфіковане лікування та попередження ускладнень.

## **2.10. Боротьба з раком**

Захворюваність і смертність від онкологічних захворювань залишається однією з найважливіших проблем вітчизняної охорони здоров'я. Високий рівень захворюваності та смертності від них, стійкі тенденції до їх зростання, наявність онкологічних ефектів внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС свідчать про надзвичайну гостроту проблеми та зумовлюють необхідність міжгалузевого комплексного підходу до її розв'язання, який був закладений у структуру розділу “Боротьба з раком” Програми “Здоров'я нації”.

Онкологічні захворювання становлять до 15% від загальної смертності населення. Станом на 01.01.2011 р. на обліку в онкологічних закладах України перебували 989 637 осіб (2022,2 на 100 тис. населення), у тому числі 347 560 чоловіків (1646,7 на 100 тис. населення) та 642 077 жінок (2602,1 на 100 тис. населення). Контингенти жінок превалюють над чоловіками майже у 2 рази внаслідок відмінностей в структурі захворюваності та летальності. Структуру контингентів хворих на злоякісні новоутворення (ЗН) чоловіків формують пухлини шкіри, легенів, передміхурової залози, сечового міхура та ободової кишки (58,2%); у жінок – ЗН молочної залози, шкіри та репродуктивних органів (67,0%). Поширеність ЗН на території України коливається в дуже широких межах – від 230 до 475 випадків на 100 тис. населення. На сьогодні виліковуються близько 50% хворих на онкопатологію, що значною мірою обумовлено низьким відсотком виявлення пухлин на доклінічних стадіях.

Національним канцер-реєстром України постійно проводяться дослідження стану реєстрації та обліку онкологічних хворих в Україні в цілому і за окремими регіонами. Досвід перевірки стану обліку онкологічних хворих при медичному аудиті областей свідчить про те, що питанню диспансеризації онкологічних хворих приділяється недостатньо уваги, внаслідок чого з обліку несвоєчасно знімаються хворі, які померли або вибули з-під нагляду через зміну місця проживання, і тому кількість осіб, що перебувають на обліку, може бути завищеною. При цьому було виявлено, що в рік встановлення діагнозу ЗН реєструється у близько 94% хворих, на наступний рік – ще 4,5% та близько 1,5% – в подальші 5 років. Тобто зазвичай впродовж перших 2 років реєструється

близько 98,5% нових випадків раку, що є достатнім для коректного аналізу онкоепідеміологічної ситуації.

Аналогічні тенденції виявлено при реєстрації випадків смерті від ЗН – в перший рік зазвичай надходить інформація про 95% випадків смерті від раку, в другий – 2,5%, а решта – впродовж наступних 3 років. Слід зазначити, що до 60% хворих на ЗН, які перебувають на обліку, формується за рахунок 10 регіонів – Донецької (10,4%), Дніпропетровської (7,2%), Харківської (6,2%), Одеської (6,1%), Львівської (5,1%), Луганської (4,5%), Запорізької (4,4%), Київської (4,1%) областей, м. Київ (6,8%) та АР Крим (4,8%), тому стан моніторингу хворих в цих регіонах суттєво впливає на пересічні дані по Україні.

Впровадження в практику онкологічної служби України комп'ютеризованої інформаційної системи Національного канцер-реєстру дало можливість швидкого поновлення інформації про кожного хворого, який перебуває на обліку в регіональних онкологічних закладах. Щорічна перевірка бази даних регіональних канцер-реєстрів з публікацією результатів у Бюлетені Національного канцер-реєстру, де наводяться статистичні показники онкоепідеміологічної ситуації регіонів, поліпшили якість інформації, у тому числі відображення результатів спостереження онкологічних хворих. Проте в ряді областей відтермінується перереєстрація всіх хворих з визначенням їх життєвого статусу (живий-помер), що може штучно завищувати показник поширеності захворювання на ЗН, як в регіоні, так і в Україні в цілому. Передусім це стосується канцер-реєстрів АР Крим, Житомирської, Запорізької, Миколаївської, Одеської, Рівненської, Тернопільської, Харківської, Черкаської, Чернівецької областей та м. Севастополь.

За останні роки країна зробила чимало для поліпшення матеріально-технічної складової медичної допомоги онкологічним хворим: завершено будівництво корпусу на 72 ліжка Кіровоградського ООД; здано в експлуатацію лікувальний корпус Херсонського ООД; здано в експлуатацію лікувальний корпус Рівненського ООД; збудовано приміщення для гамма-терапевтичної установки Со-60 в Івано-Франківському ООД; введено в експлуатацію лінійний прискорювач у Кримському республіканському ОД; відкрито відділення паліативної медицини та ПЕТ-центр у Київському міському онкоцентрі; завершено будівництво нового хірургічного корпусу на 160 ліжок Національного інституту раку; відкрито Центр променевої терапії у Рівненському ООД; здано в експлуатацію сучасний радіологічний корпус Київського ООД; створено сучасний

радіологічний центр на базі Донецького протипухлинного центру.

Проводиться робота з розробки нових та удосконалення існуючих методів діагностики та лікування раку, організації онкологічної допомоги, епідеміології раку. Видано наказ МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 "Про диспансеризацію населення", яким затверджено Порядок загальної диспансеризації населення, у тому числі й онкологічних хворих.

Для забезпечення належного рівня надання онкологічної допомоги у ЛПЗ наказом МОЗ України від 17.09.2007 р. № 554 було затверджено протоколи надання медичної допомоги хворим на ЗН 39 локалізацій. Наказом МОЗ України від 30.07.2010 р. № 645 "Про внесення змін до наказу МОЗ України від 17.09.2007 р. № 554 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія" були внесені зміни, що дозволяють покращити надання допомоги хворим на рак молочної залози (код за МКХ-10: C50), рак нирки (код за МКХ-10: C64) рак губи, ротової порожнини, глотки (код за МКХ-10: C00-C06, C09-C11, C14).

Також затверджено:

- наказ МОЗ України від 28.08.2009 № 649 "Клінічні протоколи діагностики та лікування дітей із солідними пухлинами";
- наказ МОЗ України від 31.12.2009 № 1083 "Про затвердження клінічних протоколів лікування хронічної мієлолейкемії та мієлодиспластичних синдромів у дітей";
- наказ МОЗ України від 23.07.2010 № 619 "Про затвердження клінічного протоколу "Алогенна та аутологічна трансплантація стовбурових клітин у дітей. Показання та протипоказання";
- наказ МОЗ України від 23.07.2010 № 617 "Про внесення змін до наказу МОЗ від 20.07.2005 №364 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю "Дитяча гематологія";
- наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності "Гематологія".

Стандарти діагностики та лікування онкологічних хворих постійно переглядаються і оновлюються відповідно до сучасних вимог – наказом МОЗ України від 29.04.2011 №247 "Про внесення змін до наказу МОЗ України від 17.09.2007 № 554 (зі змінами)".

За даними обласних управлінь охорони здоров'я, в усіх спеціалізованих ЛПЗ усіх областей України та м. Києва і Севастополя впровадження зазначених

наказів МОЗ України становить 100%.

Виріс показник надання хворим спеціалізованої допомоги, чому значно сприяло реформування онкологічної служби та впровадження в практику заборони на лікування новоутворень у непрофільних закладах. Знижується і найбільш драматичний показник – дорічна летальність. І хоча за 5 років він зменшився лише на 6%, ця тенденція має стійкий характер. Визначається покращення якості та доступності морфологічної верифікації новоутворень. Сучасні діагностичні методи (імуногістохімія, флюоресцентна *in situ* гібридизація) поступово стають широкоживаними.

На початок виконання Плану заходів Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” науковцями НАМН та МОЗ України було розроблено Загальнодержавну програму “Онкологія” на 2002–2006 рр., затверджену постановою уряду від 29.03.2002 р. № 392.

Протягом 2002 р. у 8 областях була розпочата робота щодо затвердження регіональних програм “Онкологія”. У 15 областях зміцнено матеріально-технічну базу онкологічних закладів шляхом придбання діагностичної апаратури, сучасних апаратів для променевої терапії, гамма-терапевтичних препаратів, які відповідають вимогам МАГАТЕ, систем планування опромінення хворих, пристроїв для їх позиціонування за рахунок бюджетних коштів, у 4 – із залученням позабюджетних коштів.

З метою створення умов для пріоритетного розвитку виробництва вітчизняних хіміотерапевтичних, променевих препаратів у жовтні 2002 р. Технологічною комісією Державного департаменту рекомендовано до затвердження технічний та технологічний регламент на виробництво радіо- та фармацевтичних препаратів.

На 16 адміністративних територіях було запроваджено аналіз віддалених результатів ефективності заходів профілактики онкологічних захворювань шляхом моніторингу виживаності онкологічних хворих, скринінгової діагностики онкозахворювань – в 7, аналізу виконання базових наказів з онкології – в 3, аналізу запровадження стандартів діагностики, лікування та реабілітації – в 2 (Дніпропетровська, Луганська області). У всіх областях було забезпечено належне функціонування центрального та регіонального канцер-реєстру, за винятком Волинської і Запорізької областей, де створення канцер-реєстрів потребувало додаткової уваги.

У більшості областей були розроблені програми санітарної освіти населення

з питань профілактики онкозахворювань, публікувалися статті в обласних та районних газетах, відбувалися виступи на радіо, телебаченні. У Миколаївській області було розроблено і впроваджено методичні рекомендації, знято відеофільм з навчання жінок самообстеженню молочних залоз, а також введено передатестаційну 10-годинну програму підготовки лікарів та середніх медичних працівників з питань проведення онкопрофоглядів. Програми санітарно-просвітньої роботи з питань профілактики онкологічних захворювань у інших областях розроблялися як у межах програми “Здоров’я нації”, регіональних програм “Онкологія”, так і у вигляді самостійних документів. Проте єдиного концептуального або стратегічного документу щодо санітарної просвіти населення з усіх аспектів онкологічної захворюваності не розроблено.

У 2003–2004 рр. проводилася робота як щодо здійснення заходів програми “Онкологія”, так і впровадження міжгалузевого підходу, визначеного комплексною програмою “Здоров’я нації”. Відбувалося подальше зміцнення матеріально-технічної бази онкологічних закладів, насамперед шляхом придбання діагностичної апаратури, сучасних апаратів для променевої терапії, гамма-терапевтичних препаратів, які відповідають вимогам МАГАТЕ, систем планування опромінення хворих, пристроїв для їх позиціонування тощо. Продовжувалася робота з впровадження стандартів діагностики, лікування та реабілітації онкологічних хворих і здійснювалися заходи щодо забезпечення їх дотримання. Ця діяльність є постійною, оскільки планувалася до 2011 р., проте в більшості областей такі стандарти впроваджено або активно впроваджувалися.

17 березня 2004 р. відбулися парламентські слухання на тему: “Онкологічні захворювання в Україні. Проблема та шляхи подолання”, за результатами яких було сформовано обґрунтований перелік рекомендацій.

26 березня 2004 р. Президент України підписав Паризьку хартію боротьби проти раку, прийняту 4 лютого 2000 р., і відтоді ця дата вважається Міжнародним днем боротьби з раком. Паризька хартія проголошує боротьбу з цим захворюванням міжнародним пріоритетом нового тисячоліття. Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р. передбачає здійснення інтеграції онкологічної практики в Україні до практики спільноти онкологів світу, у тому числі з урахуванням міжнародних принципів протиракової боротьби, що визначені у Паризькій хартії боротьби проти раку.

Протягом 2005 р. тривали роботи з взяття на державний облік об’єктів, які викидають в атмосферне повітря забруднюючі речовини, у тому числі

канцерогенні. Інститутом гігієни та медичної екології НАМН України розроблено і передано для впровадження у системі Держсанепіднагляду методичні вказівки “Оцінка канцерогенного ризику для здоров’я населення від споживання хлорованої питної води”. Було обґрунтовано перелік допустимих гігієнічних нормативів для основних продуктів, що входять до складу добового раціону населення. Підготовлено проект ДержСанПіН “Санітарні правила і норми захисту продовольчої сировини та продуктів харчування від забруднення бенз(а)піреном”. Було розпочато роботи щодо визначення канцерогенних та неканцерогенних ризиків від забруднення навколишнього середовища.

Державною службою лікарських засобів і виробів медичного призначення МОЗ України на вітчизняних підприємствах впроваджено у виробництво 14 хіміотерапевтичних препаратів для лікування онкологічних хворих. Проведено пошук нових речовин з потенційною протипухлинною дією.

Проміжна оцінка успішності впровадження програми “Здоров’я нації” за об’єктивними показниками станом на 2005 р. показала, що захворюваність населення України на ЗН продовжувала зростати від 316,1 на 100 тис. нас. у 2001 р. до 334,4 у 2005 р. Розмах показника захворюваності сягнув 219 випадків на 100 тис. населення, тобто найвищий показник майже удвічі вищий за найнижчий показник. При цьому ситуація у різних областях суттєво відрізнялася. Онкологічна захворюваність найбільше зросла у Кіровоградській, Харківській та Черкаській областях – темп приросту показника склав 22,6%, 18,4% та 17,3% відповідно. У 4-х областях темп приросту захворюваності мав від’ємне значення: у Луганській області – 2,9%, у Донецькій – 2,6%, у Хмельницькій – 1,4% та 0,6% у Київській області.

Слід зазначити, що найбільш використовуваним показником оцінки ефективності медичної допомоги онкологічним хворим в розвинутих країнах є показник виживаності. Проте для його обчислення необхідно мати достовірні дані диспансерного нагляду з тим, щоб своєчасно отримувати інформацію про статус онкологічного хворого та звести до мінімуму кількість осіб, що вибули з-під нагляду. Актуальністю проблеми поліпшення стану диспансеризації населення України взагалі та хворих на ЗН зокрема зумовлено наказ МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 “Про диспансеризацію населення”. Система диспансеризації онкологічних хворих має чітко окреслені терміни та вимоги, спрямовані на своєчасне виявлення пролонгації злоякісного процесу та надання спеціалізованої медичної допомоги, зниження інвалідизації онкологічних хворих, збільшення їх



виживаності. Терміни та кратність обстеження онкологічних хворих після проведеного лікування визначені Стандартами діагностики та лікування онкологічних хворих, затвердженими наказом МОЗ України від 17.09.2007 р. №554: у 1-й рік спостереження – 1 раз на 3 міс, в 2-й рік – 1 раз на 6 міс, в наступні роки – 1 раз на рік. Результати диспансерного нагляду повинні своєчасно вноситись до бази даних канцер-реєстрів для поновлення інформації про життєвий статус хворих, що необхідно для подальшого визначення основних показників ефективності онкологічної допомоги – летальність, смертність, виживаність.

МОЗ визначено відповідальним виконавцем заходів Державної програми “Дитяча онкологія” на 2006–2010 роки, затвердженої постановою КМУ від 19.07.2006 р. № 983. Розробка та впровадження заходів цієї програми пов’язані з рядом таких об’єктивних та суб’єктивних факторів, що виникли у сфері дитячої онкології: недостатня спрямованість медичних працівників та громадськості на раннє виявлення онкологічних захворювань у дітей; низький рівень обізнаності із сучасними методами лікування і можливостями медицини щодо забезпечення одужання переважної більшості хворих дітей; відсутність умов для спільного перебування у лікувальних закладах батьків і дітей у період стаціонарного лікування; недостатній рівень оснащення закладів охорони здоров’я лікувально-діагностичним обладнанням, лікарськими засобами та виробами медичного призначення, а також бюджетного фінансування; недостатня кількість медичного персоналу та психологів у закладах охорони здоров’я із спеціалізованими дитячими онкологічними/гематологічними відділеннями; недостатній рівень фінансування наукових досліджень у сфері дитячої онкології; обмеженість можливостей для здійснення психологічної, соціальної та правової підтримки дітей з онкологічною патологією. До цього часу не було створено системи психологічної, трудової та соціальної реабілітації, зокрема санаторно-курортного лікування, дітей з онкологічними захворюваннями після закінчення лікування, реінтеграції їх у суспільство, повернення дитини у колектив та до процесу навчання. Спеціалізована Програма «Дитяча онкологія» стала важливою ланкою у справі боротьби з раком, що також є елементом впровадження комплексного підходу до вирішення проблеми, застосованого при впровадженні Програми “Здоров’я нації”.

Не розроблена та не виконується програма генетичної профілактики онкозахворювань.

Законом України від 18.04.2007 р. № 949-V ратифіковано Стокгольмську конвенцію про стійкі органічні забруднювачі (СОЗ), яка вступила в дію з 24.12.2007 р. Впровадження цієї конвенції передбачає узгоджену діяльність різних міністерств та відомств з метою зменшення канцерогенного навантаження на довкілля та людину – МОЗ України, НАМН України, Мінпромполітики, Мінприроди та ін. Мінприроди у 2007 р. було проведено роботу з попередньої інвентаризації стійких органічних забруднювачів, які використовуються на підприємствах України.

Разом з територіальними органами держсанепіднагляду і МОЗ України постійно проводиться робота із забезпечення дотримання “Норм радіаційної безпеки України” (НРБУ-97) і “Основних санітарних правил забезпечення радіаційної безпеки України” (ДСП 6.177-2005-09-02) та вимог законів України “Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку”, “Про охорону навколишнього природного середовища”, “Про охорону атмосферного повітря” та інших нормативно-правових актів.

Забезпечення радіаційного контролю на виробничих об’єктах постійно проводилося згідно з “Інструкціями з радіаційного контролю”, “Програмою радіаційного контролю”, “Положенням щодо роботи служби радіаційної безпеки” та “Контрольними рівнями радіаційної безпеки” на термін 2005–2008 рр.

Станом на 2008 р. в Україні функціонували Національний інститут раку, 41 онкологічний диспансер, міська онкологічна лікарня у м. Києві, міська лікарня у м. Дрогобичі Львівської обл. та 740 онкологічних відділень в обласних, міських лікарнях, дитячих обласних і міських лікарнях із загальною кількістю 12480 онкологічних і радіологічних ліжок.

У 2008 р. онкологічні заклади було забезпечено на 100% від потреби у Закарпатській, Харківській областях, на 80–90% – у Дніпропетровській, Житомирській, Київській, Кіровоградській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях. Найнижчий рівень забезпечення онкологічних закладів зафіксовано у Полтавській (50%), Одеській (45%), Вінницькій (10%) областях.

У 2009 р. рівень оснащення онкологічних закладів лікувально-діагностичною апаратурою становив 84–100% від потреби у Волинській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Харківській, Херсонській, Чернівецькій, Чернігівській областях. На рівні 50–83% було оснащено онкологічні заклади в АР

Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій областях, м. Севастополі, Полтавській, Сумській, Черкаській областях; на рівні 5–49% – у Вінницькій, Луганській, Одеській, Тернопільській, Хмельницькій областях.

План заходів Програми “Здоров’я нації” передбачав створення кадастру канцерогенно-небезпечних підприємств, технологічних процесів та видів діяльності людини, що призводять до забруднення довкілля канцерогенними і небезпечними для здоров’я людини речовинами. У рамках виконання цього завдання науковцями ДУ “Інститут медицини праці НАМН України” проведено аналіз щодо існуючої та необхідної системи моніторингу за онкологічною захворюваністю працюючих на канцерогенно-небезпечних виробництвах України, який дозволив дати наукове обґрунтування необхідності впровадження положень Конвенції Міжнародної організації праці №139, яка була ратифікована Законом України №1956-VI від 10.03.2010 р. Конвенцією передбачена необхідність періодичного визначення переліків канцерогенних речовин, заборонених та обмежених до використання на виробництвах, забезпечення системи державної реєстрації та санітарно-гігієнічного моніторингу за їх використанням і утворенням, визначення кількості працівників, які підпадають під їх дію, і створення системи довічного меднагляду за станом їхнього здоров’я та надраннього виникнення серед них передракових та злоякісних новоутворень.

Інститутом медицини праці встановлено, що рівень санітарно-гігієнічного моніторингу в Україні за канцерогенними речовинами не відповідає сучасній ситуації. Санітарно-гігієнічний контроль здійснюється лише за обмеженим переліком канцерогенних речовин (переважно хімічних). При цьому слід зазначити незадовільний стан роботи у регіонах з високим рівнем промислового розвитку та техногенного забруднення довкілля – Миколаївській, Дніпропетровській, Київській областях та мм. Києві та Севастополі.

Фахівцями науково-дослідних установ НАМН України протягом останніх років виконувалось ряд НДР:

1. НДР “Наукові основи моніторингу за онкологічною захворюваністю працюючих в канцерогенно-небезпечних виробництвах України” на 2008–2011 рр. Проведено узагальнення міжнародного досвіду з питань методології та методичного забезпечення моніторингу за онкологічною захворюваністю працюючих в канцерогенно-небезпечних виробництвах. Було розроблено методологічне забезпечення моніторингу за онкологічною захворюваністю працюючих на канцерогенно-небезпечних виробництвах України на основі

підходів дескриптивної та аналітичної епідеміології. Обрано національні стандарти груп контролю для когортних епідеміологічних досліджень. Створено реєстр працюючих на модельних канцерогенно-небезпечних виробництвах. Визначено основні групи та фактори ризику захворюваності на ЗН серед працюючих на модельних виробництвах. Зроблена оцінка ризиків захворюваності працюючих на модельних виробництвах на ЗН. Встановлено причинно-наслідкові зв'язки виникнення ЗН серед працюючих в канцерогенно-небезпечних умовах. Встановлено фактори, які визначають причини, клінічний перебіг та наслідки захворюваності працюючих на злоякісні новоутворення і “професійний рак”. Запропоновано цілеспрямовану систему профілактики та надання медичної (профпатологічної та онкологічної) допомоги працюючим в умовах впливу канцерогенних факторів на робочому місці (виробництві). Розроблено інтегровану організаційну модель щодо збору та аналізу інформації про працівників, які були експоновані канцерогенними факторами на робочому місці та випадки їх захворювання на онкологічну патологію. Запропоновано форми статистичного спостереження за випадками ЗН, які виникли серед працівників, експонованих канцерогенними факторами на робочому місці. Створено аналітичну модель для статистичного спостереження за працівниками, які були експоновані канцерогенними факторами на робочому місці. Розроблена принципова схема соціально-гігієнічного моніторингу за захворюваністю працюючих на ЗН, які працюють в канцерогенно-небезпечних виробництвах в Україні, з використанням методів дескриптивної та аналітичної епідеміології. Вперше в Україні комплексно проаналізовано стан гігієнічного моніторингу обласними та центральними спеціалізованими СЕС за канцерогенними факторами (у виробничому середовищі та довкіллі). Визначено віко-статеві стандартизовані за територіями рівні онкологічної захворюваності (82 нозологічні одиниці та групи, серед населення 25 населених пунктів 15-и областей України, на території яких наявне 25 канцерогенно-небезпечних виробництв), для проведення когортних епідеміологічних досліджень. Створено реєстр працюючих на модельних канцерогенно-небезпечних виробництвах – асфальтобітумному (АБ), гумовотехнічному (ГТ), коксохімічному (КХ) (6 підприємств в Тернопільській, Луганській, Донецькій обл., 9730 працівників, 33440 людино-років).

Проведено аналіз системи збору статистичної інформації про працівників, які були експоновані канцерогенними агентами на робочому місці, та випадки їх захворювання на онкологічну патологію. Розроблено інтегровану організаційну

модель збору такої інформації, яка включає Державну службу статистики України, Державну санітарно-епідеміологічну службу України, МОЗ України, Національну академію медичних наук України. Підготовлено та подано пропозиції Державній службі статистики України щодо деталізації діючої форми державного статистичного спостереження № 1-ПВ (умови праці) в аспекті її доповнення інформацією з питань експонування на робочому місці працівників канцерогенними агентами I групи (хімічними речовинами, фізичними агентами). Розроблено макет облікової форми статистичного спостереження за працівниками, експонованими канцерогенними речовинами та агентами на робочому місці, яка спрямована на узгодження до Держсанепідслужби України. Запропоновано макет облікової форми статистичного спостереження за випадками ЗН, які виникли серед працівників експонованих канцерогенними агентами на робочому місці, яка спрямована на узгодження до Центральної лікарсько-експертної комісії з професійної патології МОЗ України. Розроблено форму облікової картки Реєстру хворих на професійний рак, яка спрямована до лікарсько-експертних комісії України з професійної патології, для тестового збору первинної інформації за 2010 рік.

2. НДР “Встановлення національних рекомендованих рівнів медичного опромінення при рентгенівській діагностиці”. У 2011 р. було проведено вивчення сучасного стану рентгенівського обладнання, яке використовується для діагностичних досліджень в Україні, визначення рентгенологічних процедур, які формують основну колективну дозу населення України від медичного діагностичного опромінення. Вперше в Україні для оптимізації медичного діагностичного опромінення та виконання вимог Норм радіаційної безпеки України встановлено діагностичні рекомендовані рівні для десяти найбільш поширених видів рентгенографічних досліджень: скринінгової рентгенографії органів грудної клітки (цифрова флюорографія), діагностичної рентгенографії органів грудної клітки та основних відділів хребта (шийного, грудного, поперекового) в двох проекціях та рентгенографії таза. Підготовлено проект наказу МОЗ України щодо затвердження національних діагностичних рекомендованих рівнів.

3. НДР “Оцінка захворюваності на рак молочної залози в субкогорті жінок, евакуйованих із м. Прип’ять та «30-кілометрової зони» навколо ЧАЕС”, 2010–2011 рр. Протягом періоду спостереження серед досліджуваних жінок відмічене помірне зростання захворюваності на рак молочної залози, характерне для

жіночої популяції України в цілому. Визначені рівні захворюваності є нижчими від середньоукраїнських, складаючи протягом досліджуваного періоду від 70% до 80%. Це збігається з рівнями, характерними для територій, з яких було переселено жінок. В досліджуваній субкогорті евакуйованих жінок протягом 1996–2009 рр. не відмічений можливий радіаційно зумовлений надлишок захворюваності на рак молочної залози. Розроблено і передано до друку інформаційний лист “Особливості формування захворюваності на рак молочної залози у жінок, евакуйованих із зони відчуження”.

Провідним напрямком у боротьбі з онкологічними захворюваннями є своєчасність виявлення ЗН, від чого залежать безпосередні та віддалені результати лікування онкохворих. А вона пов’язана з рівнем оснащення ЛПЗ діагностичною апаратурою. За даними Національного інституту раку, через несвоєчасну діагностику онкологічних захворювань 30% хворих помирають протягом першого року після встановлення діагнозу, з них 35% – особи працездатного віку. На показники виживаності впливають також застарілі (випущені в 50–60 роках минулого століття) апарати для проведення променевої терапії. У 2010 р. з метою забезпечення умов реалізації діючих медичних технологій діагностики та лікування онкологічних хворих почав діяти наказ МОЗ України від 21.12.2009 р. №954, яким було затверджено “Примірний табель оснащення основним медичним обладнанням та виробами медичного призначення лікувально-профілактичних закладів охорони здоров’я, що надають медичну допомогу онкологічним хворим”, розроблений Департаментом розвитку медичної допомоги.

У 2011 р. у АР Крим діяла Республіканська програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 рр. Фахівці вважають основними завданнями, на які слід спрямовувати зусилля щодо профілактики та зниження захворюваності на рак: покращання санітарно-просвітницької роботи серед населення; зниження занедбаності онкозахворювань як основної причини високої смертності від них; “належне цільове фінансування; привернення уваги до цієї проблеми усіх рівнів влади.

У Вінницькій області у 2011 р. аналіз стану профілактичної роботи, своєчасної діагностики та адекватного лікування передракових захворювань та злоякісних новоутворень проводився лікарями облонкодиспансеру при виїздах на ФАПи, лікарські амбулаторії, ЦРЛ, обласні лікарні, які надають медичну допомогу онкохворим. Стан онкологічної допомоги в області розглядається на

засіданні обласної протиракової експертної комісії з окремих запланованих питань. Щоквартально інформаційно-аналітичний відділ облонкодиспансеру проводить аналіз стану надання медичної допомоги онкологічним хворим та хворим з передраковими захворюваннями за 10 спеціальностями у розрізі районів і довідка надсилається адміністрації районів, УОЗ м. Вінниці, головним спеціалістам УОЗтаК та обласним позаштатним фахівцям. Активне виявлення раку шийки матки збільшилось і становить 57,4% проти 53,0%, молочної залози – 64,0% проти 60,0%. Занедбані випадки візуальних локалізацій (III+IV ст.) склали 5,0%. Занедбані випадки злоякісних новоутворень з IV ст. склали 13,2% проти 15,1%. Смертність від раку в області становить 181,6 випадку на 100 тис. населення (по Україні 191,0).

У Дніпропетровській області у 2011 р. відмічалось збільшення контингенту онкохворих, у тому числі тих, що прожили більш п'яти років. За останні п'ять років спостерігалось зниження рівня занедбаності на 8,8%, та за три роки – на 5,0%.

У 2011 р. у Житомирській області при профоглядах виявлено 29,2% хворих на онкопатологію. Обласним онкологічним диспансером у 2011 р. було проведено 11869 мамологічних досліджень, виявлено 404 випадки раку молочної залози. Питома вага IV стадії за 2011 р. – 19,3% (в 2010 р. складала 17,3%). Питома вага хворих, що померлих до року, в 2011 р. становила 30,8%, прожили 5 років і більше – 56,9%.

У Закарпатській області захворюваність на ЗН збільшилась. Кількість хворих з візуальними формами злоякісних новоутворень, зареєстрованих у 2011 р., діагноз яким можливо було встановити при профілактичному огляді в ранній стадії, зменшилась. Виявлення візуальних форм в 3–4 стадії зросло. Питома вага візуальних форм в 3 ст. серед сільського населення, питома вага виявлених хворих із ЗН шийки матки та молочної залози серед сільського населення збільшилась. Питома вага діагнозів, підтверджених морфологічно, та пролікованих залишилась на рівні 2010 р. Водночас погіршилися порівняно з 2010 р. показники профілактичної роботи – питома вага онкопатології, виявленої при профоглядах, охоплення жіночого населення цитологічним скринінгом. Питома вага хворих, померлих протягом року з моменту встановлення діагнозу, залишилася на рівні попереднього року. Фахівці області вважають основними причинами пізньої діагностики новоутворень несвоєчасне звернення за медичною допомогою та непроходження профоглядів протягом тривалого часу.

У Запорізькій області у 2011 р. постійно проводився аналіз віддалених результатів щодо заходів профілактики онкологічних захворювань. Питання розглядалось на колегіях обласного та міського управлінь охорони здоров'я, селекторних нарадах, апаратних нарадах з лікарями ЛПЗ області. Показник виявляємості онкозахворювань під час проведення профоглядів збільшився порівняно з 2009 р. з 35,8% до 37,6%. Питома вага хворих на візуальні форми раку, виявлених в 3–4 ст. захворювання зменшилась з 16,7% до 15,3 %. Питома вага хворих на рак шийки матки, виявлених в III–IV ст. захворювання, збільшилась з 20,9% до 22,7%. Питома вага хворих на рак молочної залози, виявлених із занедбаними стадіями захворювання зменшилась з 26,5% до 23,2%.

У Київській області у 2011 р. забезпечено регулярне обстеження та оздоровлення хворих на передпухлинну патологію. Щоквартально проводиться аналіз ефективності диспансеризації хворих на передракову патологію, заслуховується на медичних радах КЗКОР “КООД” та обласних експертних протиракових комісіях. В цілому в онкологічній службі області за 2011 р. відбулось багато позитивних зрушень. Серед недоліків фахівцями відмічаються: висока онкологічна захворюваність, хоча летальність хворих до 1 року протягом останні 4-х років зменшується і становить 25,8%; високий рівень захворюваності і смертності при злоякісних захворюваннях шийки матки, передміхурової залози. Були розроблені конкретні заходи для поліпшення онкологічної допомоги населенню області.

У Кіровоградській області у 2011 р. покращилось виявлення онкопатології при профоглядах: ротової порожнини з 16,7% до 22%; ободової кишки з 2,2% до 4,4%; прямої кишки з 17,7% до 17,9%; шийки матки з 41,8% до 42%. Збільшився відсоток хворих, які отримали спеціальне лікування, з 66% до 68,2%. Зріс показник контингентів з 2085,0 до 2174,4 на 100 тис. населення.

В Одеській області проводиться щоквартальний моніторинг роботи онкологічної служби з прийняттям дієвих заходів щодо покращення її роботи, питання розглядаються на апаратних нарадах та колегіях управління. За 8 місяців 2011 р. здійснено 16 виїздів у райони, оглянуто 1440 мешканців, з них сільських жителів – 547. Виявлено 674 випадки раку, 413 передпухлинних станів. За 8 місяців 2011 р. проведено 3 виїзні науково-практичні конференції, в яких взяли участь 192 медпрацівника.

У Полтавській області збільшився показник охоплення населення профоглядами і за I півріччя 2011 р. склав 60% (I півріччя 2010 році – 56,7%). Під



час профоглядів виявлено первинних онкохворих за I півріччя 2011 р. – 29,0% (за I півріччя 2010 р. – 31,8%). З числа оглянутих жінок цитологічно обстежено 90,8%. З числа цитологічних мазків, які були надані в централізовану цитологічну лабораторію Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру, 2,7% мазки були неінформативні. Відсутня онконастороженість спеціалістів загальнолікувальної мережі (занедбаність з вини медпрацівників 6,5% із загальної кількості занедбаних випадків).

Позитивні зміни в діяльності відділень онкологічного диспансеру у Рівненській області відбулися після переходу в нові приміщення. У 2011 р. на 2,2% зросла кількість відвідувань поліклінічного відділення. На 15,8% зросла кількість хворих, пролікованих у стаціонарах. Рівень онкологічної захворюваності за поточний рік зріс на 9,5% до аналогічного періоду минулого року. Відмічено збільшення у 2011 р. на 2,2% виявлення онкопатології на початкових стадіях. На 0,7% зменшився рівень питомої ваги виявлення онкопатології в IV стадії з аналогічним періодом минулого року. Показник занедбаності (III+IV стадія) групи візуальних локалізацій утримався в поточному році на рівні минулорічного. Залишається відносно високим рівень занедбаності по раку ротової порожнини, прямої кишки, зріс рівень занедбаності раку щитовидної залози і меланоми та незначно знизилася занедбаність по раку молочної залози і шийки матки.

У Сумській області в результаті активізації профілактичної роботи серед населення питома вага онкохворих, виявлених при профоглядах у 2011 р. склала 31,4%. Збільшення обсягів профілактичної роботи серед населення сприяє подальшому зниженню занедбаних випадків пухлинного процесу, збільшенню питомої ваги онкохворих, виявлених при профоглядах та збільшенню питомої ваги онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням.

У 2011 р. у Черкаській області питання надання онкологічної допомоги розглядалися на апаратних нарадах: стан діагностики онкоурологічних захворювань, стан цитологічного скринінгу жіночого населення, виконання програми “Дитяча онкологія”, виконання заходів загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями, організація роботи протиракових комісій в ЛПЗ області; на колегіях ГУОЗ та МК: рак ротової порожнини, стан надання спеціалізованої допомоги дітям з онкологічними захворюваннями та “Д” нагляд за дітьми з груп підвищеного ризику з онкозахворювань, стан цитологічного скринінгу в області за 2010 р. і I півріччя 2011 р.; на засіданнях обласної протиракової експертної комісії: рак щитовидної залози, рак

сечостатевої системи, рак молочної залози, бронхолегеневий рак.

У Чернівецькій області у 2011 р. зменшилася питома вага хворих на занедбаний рак з 21,7 до 21,2. Зменшився інтегральний показник летальності онкохворих до 1-го року з 35,5 до 35,2. Смертність від онкозахворювань зменшилась з 150,7 на 100 тис. нас. до 150,1 на 100 тис. нас. Серед напрямків роботи щодо покращання профілактики раку та надання онкологічної допомоги фахівці області визначають наступні: 1) продовжити роботу з організації у всіх ЦРЛ мамографічних пунктів та чоловічих оглядових кабінетів; 2) впровадити в роботу відділень та служб ООД постійно діючий організаційно-методичний орган, а також такі ефективні методи, як комплексне вивчення онкодопомоги на місцях, постійний аналіз занедбаних випадків раку; 3) спільно із ЗМІ активізувати роботу з пропаганди серед населення здорового способу життя, знань щодо профілактики ЗН; 4) щорічно на медичних радах районів та ЛПЗ обласного центру обговорювати стан протиракової роботи та рівень своєчасної діагностики раку; розробляти дієві заходи щодо її покращання; 5) вдосконалювати роботу стаціонару денного перебування хворих облонкодиспансеру для дорослих та дітей, які не потребують цілодобового медичного нагляду та лікування; 6) у зв'язку зі збільшенням захворюваності та смертності хворих на рак молочної залози, покращити спадкоємність в роботі ЛПЗ районів та м. Чернівці з обласним мамологічним центром онкодиспансеру та виконанням наказу ОУОЗ №200 від 30.07.1998 р. “Про створення обласного лікувально-діагностичного мамологічного центру”; 7) посилити контроль за подальшим впровадженням “Стандартів обстеження та лікування онкологічних хворих”.

За період 2002–2011 рр. захворюваність на ЗН у Тернопільській області зросла з 290,7 на 100 тис. населення до 310,0 на 100 тис. населення. При цьому питома вага хворих, виявлених у занедбаних стадіях процесу, зменшується: зі 20,0% в 2002 р. до 18,5% в 2011 р. Також знизилася смертність від ЗН – в 2002 р. вона становила 187,2 на 100 тис. нас., а в 2011 р. – 173,5 на 100 тис. населення. Зменшилась дорічна летальність: в 2002 р. летальність до року становила 38,5%, в 2011 р. – 32,5%. За період 2002–2011 рр. питома вага онкологічних хворих, захворювання яких виявлено при профоглядах зросла з 22,2% до 28,8%. Впровадження нових технологій діагностики дало змогу збільшити питому вагу морфологічної верифікації діагнозу з 73,6% у 2002 р. до 83,0% в 2011 р. Застосування сучасних схем поліхіміотерапії, методик комбінованого і комплексного лікування дало можливість покращити показник охоплення

спеціалізуванням з 65,4% у 2002 р. до 74,5% у 2011 р.

Для проведення моніторингу онкоепідеміологічного процесу в Україні, аналізу динаміки, здійснення прогностичних оцінок, визначення показників ризику захворюваності на рак різних груп населення, вивчення впливу на популяцію України наслідків аварії на ЧАЕС Програмою “Здоров’я нації” було передбачено забезпечення функціонування центрального та регіональних канцер-реєстрів, функціонування яких дозволяє здійснювати інформаційно-аналітичну підтримку діяльності органів управління охороною здоров’я та онкологічною службою та проводити персоніфікований автоматизований облік пацієнтів онкологічного профілю в Україні, контроль якості лікування, повноти та режиму диспансерного нагляду. Центральна ланка Національного канцер-реєстру функціонує на базі Інституту онкології НАМН України та є інформаційно-аналітичним ядром реєстру, укомплектованим висококваліфікованими фахівцями в галузі онкоепідеміології, медичної інформатики та обчислювальної техніки. Необхідний внесок у впровадження та розвиток Національного канцер-реєстру забезпечують регіональні канцер-реєстри. Створення Національного канцер-реєстру України з персоніфікованою базою даних про всі випадки захворювань на ЗН на всій території країни зі щорічним поповненням інформації дозволило вперше провести дослідження виживаності на рівні популяції.

На сьогодні функціонують усі регіональні канцер-реєстри. У 2011 р. в Одеській області на 85% оновлено матеріальну базу популяційного канцер-реєстру. У Харківському обласному клінічному онкологічному центрі організований та працює регіональний канцер-реєстр – на кінець 2011 р. на обліку знаходяться 63525 онкохворих. Для функціонування обласного канцер-реєстру був придбано три комп’ютери. У Тернопільській області проводяться зміни в програмі популяційного канцер-реєстру згідно доповнень Національного інституту раку. Щоквартально проводиться коригування регіонального канцер-реєстру з районами області. Удосконалення програмного забезпечення здійснено або триває також у Полтавській, Житомирській, Івано-Франківській областях. У Черкаській та Чернівецькій областях щоквартально проводиться перевірка кожного випадку захворювання, лікування та смерті з ЛПЗ області; щомісячно – з органами РАЦСу. У Закарпатській області встановлено 7 персональних комп’ютерів, які забезпечують обробку даних за програмою канцер-реєстру та лікарняного реєстру; щомісяця проводиться викопіювання відомостей про померлих, щоквартально проводиться звіряння первинної медичної документації з

районними онкологічними кабінетами. У Житомирі на базі онкодиспансеру пройшли курси стажування 24 лікарі-хірурги, 29 сімейних лікарів, 26 акушерів-гінекологів. У АР Крим у штатному розписі ДПЗ недостатня кількість спеціалістів-операторів, що впливає на якість та своєчасність внесених до канцер-реєстру даних.

Серед відомчих органів діють Центральний та регіональний канцер-реєстр в медичній службі цивільної авіації України. У лікувальних закладах Укрзалізниці проводиться система заходів з оздоровлення та здійснення диспансерного нагляду за особами з груп підвищеного ризику виникнення онкологічних захворювань, впроваджені стандарти діагностики, лікування та реабілітації онкологічних хворих. Дані щодо усіх хворих передаються для реєстрації до центрального та регіональних канцер-реєстрів.

Важливим напрямком надання медичної допомоги хворим на ЗН є створення мережі хоспісів для симптоматичного лікування у термінальній стадії. Виконання цього завдання має значні перешкоди, про що свідчить інформація, що надходила з областей протягом виконання Програми “Здоров’я нації”. Перший медичний заклад в Україні для невиліковно хворих (стаціонар на 30 ліжок) було відкрито у березні 1997 р. – Комунальна Львівська міська лікарня “Хоспіс”. Станом на 2011 р. були створені та функціонують наступні заклади хоспісної допомоги: Волинська ОЛ “Хоспіс”; Херсонська ОЛ “Хоспіс”; Івано-Франківська ОЛ “Хоспіс”; у Житомирській обл. – “Хоспіс Святої Олени” (м. Коростень); Харківський обласний центр паліативної медицини “Хоспіс”; Харківський міський хоспіс; Львівська міська лікарня “Хоспіс”, Комунальна міська лікарня №4; Благодійний заклад Хоспіс “Архангела Михаїла” (м. Запоріжжя); у Донецькій області – відділення інтенсивного сестринського догляду при Донецькому обласному протипухлинному центрі, відділення паліативної допомоги при Донецькій МЛ № 19, відділення паліативного і медсестринського догляду на базі МЛ м. Маріуполь №10; відділення паліативної допомоги Кримського республіканського закладу “Онкологічний клінічний диспансер” (м. Сімферопіль); у м. Львові – паліативне відділення на базі Шпиталю ім. Шептицького, відділення паліативної допомоги на базі МЛ №4; відділення паліативної допомоги на базі обласної психоневрологічної лікарні (м. Чернігів, Чернігівська обл.); відділення паліативної допомоги на базі обласного туберкульозного диспансеру (Миколаївська обл., с. Надбугське-2); у Закарпатській області – відділення паліативної допомоги на базі ЦРЛ м. Мукачєво

та відділення паліативної допомоги на базі РЛ м. Виноградів; у Луганській області – відділення-хоспіс у Луганському обласному клінічному онкодиспансері, відділення паліативного догляду на базі Калиновської ДЛ; відділення паліативної допомоги при Севастопольському міському онкоцентрі; у Київській області – відділення паліативної допомоги при Київському міському онкоцентрі, відділення паліативної допомоги при Київській міській клінічній лікарні № 2, відділення паліативної допомоги (при МЛ №10 м. Києва).

У Вінницькій області хоспісу не створено через відсутність приміщення. У Одеській області організації хоспісу перешкоджають відсутність нормативної бази та фінансування.

Ще одним принциповим кроком на шляху удосконалення функціонування онкологічної служби стало прийняття “Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, затвердженої Законом України №1794-VI від 23.12.2009 р. Важливо, що, на відміну від Загальнодержавної програми “Онкологія”, наступна програма містить кількісні критерії оцінки її ефективності. Передбачається на 5% знизити занедбаність захворювань на рак та рівень смертності онкологічних хворих, які помирають протягом року після встановлення діагнозу; на 5% підвищити рівень виявлення ЗН I–II стадії деяких локалізацій (молочна залоза, шийка матки). Поставлена задача на 5% знизити загальну смертність від ЗН.

14 травня 2010 р. затверджено спільний наказ МОЗ України та НАМН України “Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року”. Загальна вартість Програми – 3756115,7 тис. грн при потребі 7431867,6 тис. грн (50,5% від потреби). Прийняття даної програми було підтримано в усіх регіонах країни розробкою місцевих програм з плануванням їх регіонального бюджетного забезпечення.

В організації протиракової боротьби є ряд важливих проблем, від вирішення яких залежить стан онкологічної допомоги населенню України:

1. Залишається незадовільним стан ранньої та своєчасної діагностики раку, що обумовлює досить низький рівень 5-річної виживаності онкологічних хворих, який становить 40,7%, особливо низький рівень 5-річної виживаності спостерігається у чоловіків, хворих на злоякісні новоутворення, – 31,8%.

2. Не впроваджено скринінгові програми для виявлення РМЗ, колоректального раку та ін., спостерігається недостатня ефективність

впроваджені програми скринінгу раку шийки матки.

3. Впровадження стандартів діагностики та лікування раку гальмується через низький рівень матеріально-технічного забезпечення онкологічних закладів. Апаратура та устаткування для діагностики і лікування онкологічних хворих потребують заміни у 60–90% випадків, не вирішені питання ремонту наявної апаратури.

4. Існують значні недоліки в організації закупівлі за кошти Державного бюджету хіміопрепаратів та подальшого їх розподілу серед онкологічних закладів.

5. Потребує удосконалення та впровадження система паліативної допомоги та реабілітації онкологічних хворих.

6. Понад 30% онкологічних хворих лікуються в медичних закладах загального профілю, що знижує ефективність лікування та скорочує тривалість життя хворого.

7. Зберігається недостатнє фінансування наукових досліджень з онкології.

8. Існують проблеми в організації викладання онкології в медичних університетах та закладах післядипломної освіти різних рівнів акредитації.

9. Недостатній рівень санітарно-просвітньої роботи з питань онкології, пропаганди здорового способу життя.

10. Необхідна розробка спеціалізованої державної програми “Дитяча онкологія”.

## **2.11. Боротьба з хворобами крові, кровотворної та лімфоїдної тканин**

Захворювання кровотворної й лімфоїдної тканин є однією з найважливіших проблем сучасної медицини, тому МОЗ України для боротьби з цими хворобами було видано ряд наказів.

Наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. №507 “Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги” затверджено стандарти надання медичної допомоги хворим із захворюваннями крові, кровотворної та лімфоїдної тканин в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів. Стандарти розроблені з включенням сучасних технологій діагностики, лікування, профілактики, реабілітації.

Наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. №502 затверджені тимчасові нормативи надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів, які впроваджувалися в усіх регіонах

України.

У більшості регіонів впроваджено програми проведення скринінгових обстежень, діагностичних та лікувальних заходів у групах ризику щодо розвитку анемії. Обстеження і лікування дітей цієї групи проводиться у всіх ЛПЗ, відповідно до “Критеріїв профілактичної роботи з дітьми в амбулаторно-поліклінічних умовах”, затверджених наказом МОЗ України від 29.11.2002 р. №434, і “Протоколу лікування залізодефіцитної анемії у дітей, затвердженого наказом МОЗ України від 10.01.2005 р. №9.

За роки виконання Програми спостерігається деякий спад захворюваності на хвороби крові та кровотворних органів, але поширеність цього класу хвороб за даний період зростає (табл. 2.11.1, 2.11.2).

Таблиця 2.11.1 Рівні захворюваності та поширеності хвороб крові та кровотворних органів серед населення України за 2000–2011 рр. (на 100 тис. нас.)

Рік											
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Поширеність											
1490,9	1525,2	1550,4	1590,6	1651,5	1676,8	1696,8	1716,3	1726,7	1743,6	1754,5	1757,2
Захворюваність											
497,1	499,2	489,1	490,8	506,1	504,5	503,6	498,7	493,9	485,1	487,6	472,2

Таблиця 2.11.2 Динаміка показників загальної та первинної захворюваності на хвороби крові та кровотворних органів серед населення України

Показник	на 100 тис. населення		Зміни (%)		
	2000 р.	2010 р.	2011 р.	2011/2000	2011/2010
Поширеність	1490,9	1754,5	1757,2	17,86	0,15
Захворюваність	497,1	487,6	472,2	-5,01	-3,16

Одним із заходів боротьби з хворобами крові, кровотворної та лімфоїдної тканин було завдання розробити та впровадити програму проведення скринінгових обстежень, діагностичних та лікувальних заходів у групах ризику щодо анемії. У 2003 р., згідно з директивними документами МОЗ України, сучасні стандартні схеми діагностики та лікування хворих на хвороби крові, кровотворної та лімфоїдної тканин впроваджено у 100% ЛПЗ у м. Києві, у Рівненській, Вінницькій, Волинській, Донецькій, Луганській, Житомирській, Івано-

Франківській, Київській, Миколаївській та інших областях.

З 2004 р. в усіх регіонах України проводився моніторинг захворюваності на хвороби крові, у тому числі на злоякісні захворювання кровотворної та лімфоїдної тканин. Спостерігалася тенденція до збільшення захворюваності на хвороби крові.

Інститутом гематології та трансфузіології НАМН України у 2004 р. підготовлено до видання методичні рекомендації “Токсичні ефекти сучасних програм хіміотерапії гострих лейкемій у дітей та заходи їх корекції” для лікарів онкогематологічного профілю. Співробітниками інституту розроблено галузеві стандарти з діагностики та лікування дітей і підлітків із гострою лімфобластною лейкемією; гострими мієлобластними лейкеміями; лімфогрануломатозом; апластичними анеміями; неходжкінськими лімфобластними та В-клітинними лімфомами; гістіоцитозом із клітин Лангерганса.

В Інституті патології крові та трансфузійної медицини НАМН України за 2006 р. проводився збір інформації про роботу гематологічної служби України та аналіз її діяльності. Розглядалися проблемні питання з епідеміології, діагностики, лікування та реабілітації хворих із захворюваннями кровотворної та лімфоїдної тканин. На підставі проведеного аналізу розроблено рекомендації щодо поліпшення надання медичної допомоги гематологічним хворим. Видано довідник “Показники діяльності гематологічної служби України за 2005 р.”. Інформація призначена для керівників управлінь охорони здоров’я, головних лікарів обласних лікувальних закладів, завідувачів та лікарів гематологічних відділень, терапевтів. Фахівці інституту протягом 2005–2006 рр. брали участь у розробці концепції державної програми “Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 рр.”. Розроблено проект концепції державної цільової програми “Гемофілія та інші коагулопатії на 2007–2016 рр.”. Розроблено нову редакцію клінічних протоколів з надання медичної допомоги гематологічним хворим і подано на затвердження до МОЗ України. Стандарти лікування гематологічних хворих включають сучасні методи обстеження: імунофенотипування, морфоцитохімічні, цитогенетичні дослідження, диференціацію коагулопатій з адаптацією до організаційного рівня надання медичної допомоги.

У 2007 р. фахівцями ДУ “Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України” в межах НДР видано і розіслано аналітичний довідник “Показники діяльності гематологічної служби України у 2006 році” з аналізом



захворюваності та поширеності хвороб крові у всіх регіонах України (джерело фінансування – НАМН України).

В межах НДР за програмою фахівцями ДУ “Інститут гематології та трансфузійної терапії НАМН України” розроблено теорію прогресування уражень суглобового апарату у хворих на гемофілію, а також теорію фенотипічної модуляції перебігу гемофілії. Підготовлено методичні рекомендації “Особливості використання “Протоколу лікування гемофілії” в практиці медичних закладів України” та “Алгоритм ведення хворих з геморагічними діатезами”. Методику призначення профілактичного лікування хворих на гемофілію та методику застосування нанорозмірних систем глинистих матеріалів при лікуванні гемофілічних артропатій.

Розроблено проект протоколу ведення хворих на гемофілію (запроваджено публічне Інтернет-обговорення протоколів лікування геморагічних діатезів), проект протоколу ведення хворих на хворобу Віллебранда та проект протоколу ведення хворих на тромбоцитопатії. Подано заявку на винахід “Спосіб профілактичного лікування гемофілії”.

Гематологія – одна з найбільш високовартісних галузей медицини, що потребує постійних державних дотацій. З метою вирішення даної проблеми створена програма “Онкологія”. Актуальним питанням є організація республіканських і регіональних центрів гемофілії, що можуть очолити роботу з лікування і реабілітації хворих зі спадковими коагулопатіями.

За звітний період фахівцями ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України” сформовано групи ризику серед хворих на хронічні лімфопроліферативні захворювання на основі комплексу клініко-гематологічних і молекулярно-діагностичних параметрів. Встановлено прогностичні фактори, які визначають загальну виживаність, термін початку терапії, швидкість прогресії для хворих на хронічну лімфоцитарну лейкемію. У 2008 р. за результатами досліджень розроблено та підготовлено методичні рекомендації “Система диференційованого підходу до лікування хворих на хронічну лімфоцитарну лейкемію на основі стандартизованої діагностики” та отримано патент України №31408 “Спосіб визначення груп ризику розвитку цитомегаловірусної інфекції у хворих на В-клітинну хронічну лімфоцитарну лейкемію” (заявка U200712703 від 16.11.2007 р., опубл. 10.04.2008 р., бюл. №7). Співробітниками ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України” в рамках виконання НДР “Визначити причини розвитку анемічних станів та функціональних розладів у

дітей зі змінами в імунному статусі, які проживають на забруднених радіонуклідами та важкими металами територіях Київської, Житомирської та Чернігівської областей” оцінено стан системи кровотворення у дітей – мешканців цих областей з анеміями та лейкомоїдними реакціями, визначено причини, що впливають на розвиток залізодефіцитних анемій, полідефіцитних анемій, лейкомоїдні реакції. Розроблено методику прогнозування підвищеного вмісту свинцю при дефіциті заліза в організмі дитини. У 2008 р. це нововведення впроваджено в Житомирській обласній дитячій лікарні.

З метою моніторингу захворюваності на хвороби крові, у тому числі на злоякісні захворювання кровотворної та лімфоїдної тканин, у 2009 р. в ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України” запланована НДР “Оцінка ризику виникнення хронічної лімфоцитарної лейкемії серед осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, на основі дослідження поліморфізму генів, що кодують білки репарації”. У 2009 р. було визначено частоту поліморфізмів XRCC1-199, XPD-751 і XRCC3-241 серед хворих на хронічну лімфоцитарну лейкемію, яка суттєво не відрізнялась від даних, представлених у літературі. Встановлена асоціація генотипу GG гена XRCC1 з розвитком трансформації Ріхтера на тлі проведення лікування та протективний вплив гаплотипу GG гена XPD на перебіг захворювання. Виявлені деякі відмінності в частоті окремих поліморфізмів залежно від радіаційного анамнезу хворих, які потребують перевірки на більшій когорті пацієнтів.

У м. Києві щорічно переглядаються та коригуються стандарти якості діагностики та лікування гематологічних захворювань. Обстеження хворих включають морфологічні, цитохімічні, гістологічні, цитогенетичні, молекулярні методи дослідження, імунофенотипування, біопсію лімфовузлів, трепанобіопсію. Це забезпечує високий рівень діагностики гематологічних захворювань у місті і відповідає європейським стандартам.

В рамках виконання Програми у 2010 р. було передбачено розробку та впровадження програми проведення скринінгових обстежень, діагностичних та лікувальних заходів у групах ризику щодо анемії. У більшості областей діагностичні та лікувальні заходи у групах ризику щодо анемії проводяться згідно з наказом МОЗ України від 30.07.2010 р. №647 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності “Гематологія”. В окремих регіонах (м. Київ) до розроблених стандартів якості діагностики та лікування були внесені корективи, згідно з якими за потреби в обстеження

гематологічних хворих включають морфологічні, цитохімічні, гістологічні, цитогенетичні, молекулярні методи дослідження, імунофенотипування, біопсію лімфовузлів, трепанобіопсію. Такий підхід забезпечує високий рівень діагностики гематологічних захворювань, повністю відповідаючи європейським стандартам. В Одеській області розроблені і розіслані у всі лікувально-профілактичні установи методичні рекомендації, що регламентують алгоритм обстеження, диференціальної діагностики та терапевтичної тактики при анемічному синдромі, постійно проводиться експертна оцінка дотримання розроблених стандартів обстеження та лікування хворих з анеміями.

У Вінницькій, Житомирській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Севастополь і Київ скринінгом на анемію (клінічний аналіз крові) 100% охоплено вагітних, декретований контингент, працюючих в умовах підвищеного іонізуючого випромінювання, диспансерні групи, учасників та інвалідів ВВВ, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, хворих на гемофілію.

В Житомирській області результатом плідної роботи у зазначеному напрямку стали накази УОЗ від 10.08.2010 р. №500 “Про затвердження локальних клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю “Дитяча гематологія”; від 10.08.2010 р. №502 “Про затвердження локальних клінічних протоколів “Апогенна та аутологічна трансплантація стовбурових гемопоетичних клітин у дітей: показання та протипоказання”; від 01.12.2010 р. № 763 “Про хід виконання рішення колегії управління охорони здоров’я облдержадміністрації, протокол №10, п.3 від 26.11.2010 р. “Про організацію надання медичної допомоги гематологічних хворим в області”.

У рамках міжнародного науково-технічного співтовариства, в АР Крим проходить запровадження протоколів лікування гострих лейкозів у дітей.

Висока питома вага охоплення скринінговим обстеженням груп ризику щодо анемії відмічена у Донецькій (96%), Івано-Франківській (95%), Волинській (85%), Чернівецькій (85%), Дніпропетровській (80%) та Запорізькій (70%) областях.

Через відсутність відповідного фінансування у Тернопільській області лише у 18% закладів запроваджено скринінгові обстеження.

## **2.12. Цукровий діабет**

Вирішення проблеми захворюваності населення на цукровий діабет (ЦД) є

однією із найважливіших передумов забезпечення майбутньої повноцінної життєдіяльності нації. Для вирішення зазначеної проблеми в Україні розроблено Державну цільову програму “Цукровий діабет” на 2009–2013 рр.”, затверджену постановою Кабінету Міністрів України від 19.08.2009 №877, основні заходи якої перегукуються із заходами Програми.

Рівень захворюваності на ЦД в Україні щороку має тенденцію до збільшення. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, протягом 2002–2011 рр. показник захворюваності на дану патологію збільшився з 157,1 на 100 тис. населення у 2002 р. до 254,9 на 100 тис. населення у 2011 р. (темп приросту становив 62,2%). Статистичні дані щодо рівня поширеності ЦД в Україні свідчать також про постійне його зростання. Так, протягом 2002–2011 рр. показник поширеності на зазначену хворобу збільшився з 1907,6 на 100 тис. населення до 2773,1 на 100 тис. населення (рис. 2.12.1).

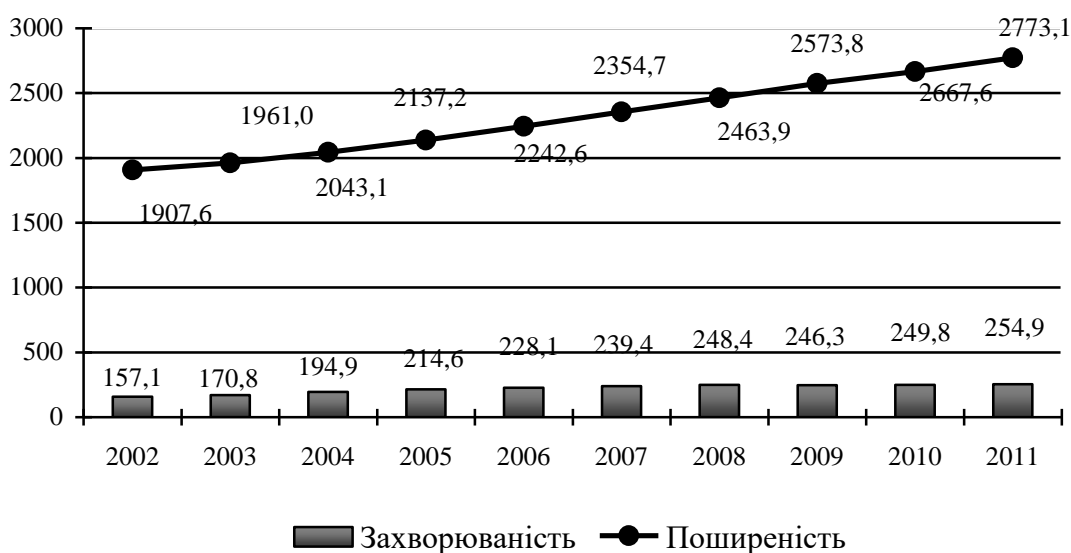


Рис. 2.12.1. Динаміка показників поширеності та захворюваності на ЦД серед усього населення України протягом 2002–2011 рр. (на 100 тис. населення)

ЦД може призводити до ранньої інвалідизації та смертності хворих внаслідок розвитку різних судинних та неврологічних ускладнень, що має вагоме соціальне значення. Питання профілактики та лікування цієї важкої патології набувають все більшої актуальності і потребують комплексного підходу. З метою надання якісної спеціалізованої медичної допомоги хворим на ЦД та іншу ендокринологічну патологію виникла нагальна потреба у відновленні в областях роботи ендокринологічних диспансерів. Проте, за даними Департаменту лікувально-профілактичної допомоги населенню МОЗ України, упродовж 2002–

2011 рр. не відновлено роботу жодного ендокринологічного диспансеру, а продовжують функціонувати раніше створені (1948–1992 рр.) диспансери тільки в 7 областях – Вінницькій, Донецькій, Запорізькій, Львівській, Одеській, Рівненській, Чернівецькій. У Волинській, Київській, Сумській, Тернопільській та Чернігівській областях при обласних клінічних лікарнях працюють спеціалізовані ендокринологічні центри, до складу яких входять ендокринологічні диспансерні відділення та стаціонарні ендокринологічні відділення. У зазначених відділеннях хворі на ЦД мають можливість отримувати повноцінне обстеження, кваліфіковані консультації суміжних спеціалістів та лікування на третинному рівні.

Невідновлення роботи ендокринологічних диспансерів регіони найчастіше пов'язують з недостатнім фінансуванням галузі, що не дозволяє утримувати персонал ендокринологічного диспансеру. Деякі регіони (Харківська область, м. Київ) вважають недоцільним відновлення роботи ендокринологічних диспансерів. Так, в м. Харкові функціонує Інститут ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України, в м. Києві – Інститут ендокринології та обміну речовин ім. акад. В.П. Комісаренка НАМН України. В Харківській області та в м. Києві працюють ендокринологічні відділення у складі обласних і міських клінічних лікарень. В решті регіонів організація медичної допомоги хворим з ендокринопатіями здійснюється обласними лікарнями та консультативними поліклініками.

Диспансеризація хворих на ЦД є запорукою успішного проведення профілактичних заходів, спрямованих на попередження розвитку ускладнень, зниження захворюваності, інвалідизації та передчасної смертності хворих на ЦД та його ускладнення, стабілізацію епідеміологічної ситуації, що пов'язана з цією хворобою, комплексне вирішення питань профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих.

На кінець 2011 р. під диспансерним наглядом в медичних закладах України перебуває 1176558 осіб, хворих на ЦД (показник – 2580,3 на 100 тис. населення), що на 46,1% більше, ніж у 2002 р. (851931 пацієнтів – 1766,0 на 100 тис. населення). Переважно в усіх регіонах України спостерігається стовідсоткове охоплення диспансерним наглядом хворих на ЦД та його ускладнення. Проте залишається суттєвою проблемою несвоєчасність звернення за медичною допомогою хворих на ЦД у сільській місцевості, відмови хворих з легким перебігом захворювання від проведення диспансерного нагляду, що впливає на відсоток охоплення навчанням пацієнтів методикам само- та взаємодопомоги у

боротьбі з ЦД, який коливається від 5,1% (Сумська область) до 100% (Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Кіровоградська, Луганська, Полтавська, Чернівецька області, АР Крим, мм. Київ та Севастополь).

Зазначене навчання значною мірою ґрунтується на методичних рекомендаціях та науково-популярних виданнях, підготовлених фахівцями Інституту ендокринології та обміну речовин ім. акад. В.П. Комісаренка НАМН України. Методики навчання пацієнтів і членів їхніх сімей прийомом само- та взаємодопомоги у боротьбі з ЦД удосконалено та впроваджено в усіх регіонах України.

На виконання Державної цільової програми “Цукровий діабет” на 2009–2013 рр., з метою проведення реабілітаційних заходів хворим на ЦД, їх навчання та психологічної підтримки і за наказом Головного управління охорони здоров’я №225 від 25.05.2011 р. в м. Києві створено 6 шкіл соціальної адаптації людей з ЦД та забезпечено організацію їх роботи.

Ускладнення діабету – важлива проблема, тому упродовж 2002–2011 рр. особлива увага приділялася впровадженню методів ефективного лікування хворих на ЦД та його ускладнення (діабетичної нефропатії, нейропатії, ретинопатії, мікроангіопатії нижніх кінцівок) на всіх рівнях надання медичної допомоги.

В усіх регіонах функціонують “Школи хворих на ЦД”, де на кожного хворого із зазначеною патологією заводиться карта індивідуальної програми занять. В цілому по Україні функціонують 398 шкіл самоконтролю, в т. ч. 11 – в м. Києві, де використовуються стандартизовані методики навчання пацієнтів і членів їхніх сімей, методичні рекомендації щодо навчання хворих на ЦД. Функціонують також лікувально-діагностичні кабінети “Діабетична стопа”, де хворі проходять навчання зі своєчасного виявлення патології нижніх кінцівок та отримують рекомендації з їх профілактики і лікування.

В усіх регіонах протягом 2002–2011 рр. впроваджено проведення циклу лекцій, індивідуальних занять з питань сучасних методик лікування ЦД та своєчасного виявлення його ускладнень. У деяких регіонах поширене навчання хворих за допомогою засобів масової інформації.

Сьогодні ЦД не є суто медичною проблемою – це соціальна, економічна та, зрештою, політична проблема. На виконання Указу Президента України від 21.05.1999 р. №545/99 “Про Комплексну програму “Цукровий діабет”, наказу МОЗ України від 21.06.1999 р. №155 “Щодо розробки і затвердження регіональних заходів по практичному виконанню Комплексної програми

“Цукровий діабет”, наказу МОЗ та АМН України від 12.07.2002 р. №55/254 “Про поліпшення ендокринологічної допомоги населенню України”, наказу МОЗ України від 01.10.2007 р. №609 “Про удосконалення організації надання ендокринологічної допомоги населенню України” на галузевому та регіональному рівнях активно розробляються та впроваджуються нормативно-директивні документи, якими регламентовано виконання регіональних комплексних програм “Цукровий діабет”.

Важливим етапом в лікуванні ЦД є максимальна компенсація цього захворювання, що достовірно призводить до зниження смертності таких хворих, зменшення частоти їх госпіталізації та розвитку ускладнень. Контроль компенсації ЦД має забезпечуватися, насамперед, самим пацієнтом. Сьогодні для визначення рівня глюкози в крові використовуються різні глюкозоаналізатори, що полегшують хворим контроль за власною глікемією. З цією ж метою використовуються апарати для визначення рівня глікованого гемоглобіну в крові. Позитивним є той факт, що протягом 2002–2011 рр. в усіх регіонах України спостерігалось 100-відсоткове забезпечення хворих на ЦД дітей 0–17 років життя засобами для введення інсуліну (шприц-ручками) та здійснення самоконтролю. Проте недостатнє фінансування галузі не дозволяє 100-відсотково забезпечити дорослих хворих на інсулінозалежний діабет такими засобами. До вирішення цього питання в деяких областях (Рівненська) долучаються громадські організації.

З метою проведення адекватної корекції лікування хворих на ЦД в 11 населених пунктах Рівненської області у червні-липні 2011 р., за підтримки ЗАТ “Індар”, був реалізований пілотний проект скринінг-обстеження хворих.

Неодмінною умовою успішного лікування ЦД є комплексний підхід, який передбачає призначення дієти та медикаментозних засобів, лікувальну фізкультуру, фізіотерапевтичні процедури, санаторно-курортне лікування.

Основною метою лікування ЦД є компенсація обміну речовин, відновлення працездатності, попередження усіх ускладнень захворювання, соціальна адаптація і навчання хворих на ЦД. Лікування хворих на ЦД має бути багатofакторним і повинно бути скероване на компенсацію вуглеводного, ліпідного та інших видів обміну речовин, ускладнень та супутніх захворювань. У лікуванні хворих на першому етапі знаходиться самонавчання хворих та членів їхніх родин. Пацієнт повинен свідомо ставитися до свого життя, харчування, лікування. Необхідно навчити хворого на ЦД самостійно контролювати власну глікемію, знати ознаки кетоацидозу та гіпоглікемічного стану, попереджати та усувати такі стани.

Впровадження ефективного лікування хворих на ЦД та його ускладнення на первинному рівні надання медичної допомоги сучасними методами здійснюється майже в усіх регіональних закладах охорони здоров'я України. На первинному рівні використовуються рекомендації з дієтотерапії (оскільки саме вона є потужним фактором і навіть здатна тривало компенсувати ЦД без застосування медикаментозних засобів), фітотерапія, інсулінотерапія препаратами вітчизняного та іноземного виробництва, лікування сучасними високоефективними пероральними гіпоглікемізуючими препаратами, методики лікування судинних ускладнень, у т. ч. рефлексотерапевтичні (лазеро-, магнітотерапія, електропунктура). Однак слабка матеріально-технічна база, недостатнє устаткування фізіотерапевтичних кабінетів та відсутність оновленої апаратури призводять до того, що показник впровадження сучасних методик лікування в медичних закладах первинної ланки охорони здоров'я деяких регіонів не досягає 100% (АР Крим, Вінницька, Донецька, Закарпатська, Луганська, Рівненська області).

У переважній більшості регіонів на вторинному рівні надання медичної допомоги впроваджується ефективне лікування хворих на ЦД та його ускладнення сучасними методами, у тому числі рефлексотерапевтичними (лазеро-, магніто-, електропунктура) та новими таблетованими цукрознижувальними препаратами. Найнижчі показники забезпеченості вторинного рівня засобами ефективного лікування ЦД та його ускладнень, що вимагає значних коштів на оновлення матеріально-технічної бази, придбання апаратури тощо, спостерігаються у Дніпропетровській, Вінницькій, Луганській областях та АР Крим.

Надання медичної допомоги хворим на ЦД та його ускладнення на третинному рівні в усіх регіонах здійснюється згідно з наказом МОЗ України від 22.05.2009 р. №356 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Ендокринологія", крім м. Севастополь, у зв'язку з відсутністю спеціалізованого медичного закладу даного рівня для надання допомоги хворим з ендокринопатологією.

З метою можливості проведення довгострокового моніторингу стану здоров'я хворих на ЦД I та II типу протягом дії Програми в усіх регіонах створені та регулярно оновлюються регіональні реєстри пацієнтів зазначеної категорії.

Рання діагностика ЦД та своєчасне виявлення його ускладнень є одним з напрямків роботи лікарів усіх спеціальностей, але насамперед спеціалістів



ендокринологічних установ. Для діагностики ендокринологічних захворювань в регіонах використовувались біохімічні, імунологічні, гормональні, радіоімунологічні, цитологічні, рентгенологічні, УЗ-методи, комп'ютерна томографія. Забезпечення сучасним лабораторно-діагностичним обладнанням закладів охорони здоров'я, що надають ендокринологічну допомогу, дозволяє проводити весь спектр необхідних досліджень хворим на цю патологію. Проте забезпеченість ендокринологічних установ засобами діагностики залишається невтішною: лише 14 регіонів досягли стовідсоткового рівня. У решті регіонів, зокрема в Дніпропетровській та Херсонській областях, досить гостро постала проблема оновлення діагностичного обладнання. Найнижчий рівень забезпечення ендокринологічних установ лабораторним устаткуванням у Сумській, Луганській, Одеській, Херсонській областях та м. Севастополі.

Таким чином, з метою реалізації заходів Програми державними та регіональними органами і закладами охорони здоров'я проводиться значна робота щодо профілактики ускладнень ЦД, ранньої діагностики та лікування зазначеної патології, матеріально-технічного забезпечення ендокринологічних установ (підрозділів).

Крім затримки відновлення роботи ендокринологічних диспансерів в регіонах актуальними проблемами в організації роботи ендокринологічної служби України залишаються:

- недостатня укомплектованість лікарями-ендокринологами штатних посад;
- несвоєчасність звертання по медичну допомогу хворих, особливо у сільській місцевості;
- недостатнє сучасне оснащення матеріально-технічної бази, зношування фізіотерапевтичного обладнання і невідповідність апаратури фізіотерапевтичних кабінетів сучасним вимогам;
- незадовільне забезпечення інсуліном і таблетованими цукрознижувальними препаратами хворих на ЦД.

Враховуючи інтенсивне впровадження загальнодержавної політики щодо надання населенню доступної і високоякісної первинної допомоги з переважним розвитком сімейної медицини, особливої уваги набуває проблема навчання лікарів ЗП/СМ з питань діабетології, сучасних стандартів лікування, клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на ЦД та іншу ендокринологічну патологію, що забезпечить подовження та покращення якості життя хворих на ЦД

завдяки своєчасній діагностиці, адекватному і високоефективному лікуванню та профілактиці ускладнень захворювання.

### **2.13. Алергії та бронхіальна астма**

З метою запобігання розвитку алергічних захворювань у населення України розроблено державну систему моніторингу стану здоров'я населення у зв'язку із шкідливим впливом на здоров'я факторів довкілля, розроблялися нормативно-правові акти щодо захисту продуктів харчування, продовольчої сировини від забруднення канцерогенними речовинами, пестицидами, важкими металами та іншими токсичними речовинами.

В рамках Програми проводилося вивчення відповідних статистичних даних, а також стан виконання наказу МОЗ України від 02.04.02 р. № 127/18 “Про організаційні заходи з впровадження сучасних технологій діагностики та лікування алергічних захворювань”, який спрямований на забезпечення якнайширшого використання сучасних методів ранньої діагностики алергій на харчові продукти та інших алергічних станів.

У 2006 р. видано наказ МОЗ України від 22.03.06 № 144 “Про затвердження Порядку проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу”.

Останніми роками в Україні спостерігається значне збільшення захворюваності на алергічні хвороби. Так, у 2010 р. рівень захворюваності на бронхіальну астму становив 29,3 на 100 тис. дорослого населення та 0,55 на 1000 дитячого населення; поширеність бронхіальної астми становила 517,5 на 100 тис. дорослого населення та 5,68 на 1000 дитячого населення. Первинна інвалідність внаслідок бронхіальної астми на 10 тис. населення віком від 0 до 17 років становила 0,4.

Міністерством екології та природних ресурсів України проводилася інвентаризація стійких органічних забруднювачів (СОЗ), технологічних процесів та видів діяльності людини, що призводить до забруднення довкілля канцерогенними речовинами.

Розроблено Перелік комплексних заходів з впровадження “найкращих видів природоохоронної діяльності” (НВПД) “найкращих існуючих методів” для запобігання або скорочення викидів стійких органічних забруднювачів агломераційним виробництвом та котлами ТЕЦ металургійних комбінатів відповідного до вимог Стокгольмської конвенції про СОЗ.

У галузі охорони атмосферного повітря проводиться взяття на державний

облік об'єктів, які здійснюють викиди CO<sub>2</sub>.

З метою створення та запровадження сучасних методів діагностики алергій на харчові продукти та інших алергічних станів ДУ “Інститут отоларингології імені проф. О.С. Коломійченка НАМН України” виконувалась НДР: “Імунодіагностичний алгоритм алергічної форми ангіоневрологічного набряку у пацієнтів з харчовою алергією”. Обстежено 207 хворих на харчову алергію. Проведено імунологічне обстеження цих хворих: визначення рівня регіональних антитіл IgG, IgE, IgM, IgA; виявлення специфічних IgE-АТ до групових і окремих харчових алергенів (МОД-комплектація) методом ІФА; дослідження лейкоцитарного складу периферичної крові; визначення вмісту IL5 та IL13 у сироватці крові; дослідження компонентів комплементу у сироватці крові; дослідження вмісту циркулюючих імунних комплексів в сироватці крові хворих з харчовою алергією. Показано, що дифференційно-діагностичними критеріями між алергічною та неалергічною природою ангіоневротичного набряку може бути визначення концентрації таких компонентів комплементу, як СІ-інгібітор і компонент плазми С4, а також рівня загального IgE та підкласу імуноглобулін G-IgG4.

Встановлено, що більш точне визначення негайної сенсibilізації до харчових алергенів може бути проведено з використанням специфічних наборів для імуноферментного аналізу або менш продуктивного тесту непрямої дегрануляції тучних клітин в присутності сироватки хворого і алергену *in vitro*. Показано, що початковою ланкою в діагностичному алгоритмі ангіоневротичного набряку харчової етіології є визначення анамнезу, скарг та характеру перебігу АН. Другим етапом є встановлення алергічного механізму в генезі ангіоневротичного набряку харчової етіології, що встановлюється на основі визначення рівня загального IgE і G-IgG4 у сироватці крові. Встановлено, що визначення конкретної сенсibilізації до окремих харчових алергенів необхідно проводити за допомогою шкірних тестів і специфічних наборів різних харчових алергенів для імуноферментного аналізу. Визначення рівня С4 компонента комплементу або вмісту СІ інгібітору у сироватці крові є обов'язковою умовою для диференційної діагностики спадкової або змішаної форми ангіоневротичного набряку.

Забезпечувалося впровадження сучасних методів діагностики алергій на харчові продукти та інших алергічних станів. У м. Києві зростало застосування методів специфічної алергодіагностики та специфічної імнотерапії. Впроваджено

використання алергенів у формі драже для лікування побутової, пилкової сенсibiliзації; впроваджується комбінована СІТ (ін'єкційна, сублінгвальна). Доведено, що застосування комбінованого лікування алегропатології та супутньої патології впливає на стан основного захворювання.

В Одеській області впроваджено сучасні методи: метод прік-тесту, імуно-термістометричний метод з кров'ю пацієнта і харчовими алергенами. За 2010 рік проведена алергодіагностика 1978 хворим, у т.ч. 630 харчовими алергенами. На диспансерному обліку знаходяться 1020 хворих.

У Донецькій області лабораторна діагностика харчових алергій проводилася в трьох госпрозрахункових лабораторіях. Бюджетні лікувально-профілактичні заклади такої можливості не мали.

В Херсонській області на виконання наказу МОЗ України від 03.05.2001 р. №168 "Про оптимізацію диспансеризації населення на етапі реформування системи охорони здоров'я в Україні" лікарі-терапевти територіальних закладів охорони здоров'я пройшли курси стажування та інформації з алергології на базі обласної клінічної лікарні. Особлива увага надається діагностиці алергологічних захворювань, застосуванню специфічних алергологічних обстежень (САО) перискарифікаційними методами і прік-тестами. В лікуванні хворих широко застосовувалася імунотерапія.

У 100% дитячих медичних закладах Закарпатської області впроваджені сучасні методи діагностики алергій на харчові продукти та інших алергічних станів, оскільки харчова алергія характерна переважно для дитячого віку. У всіх районах та м. Ужгород алергодіагностика на харчові продукти для дорослих проводиться в лабораторіях СІНЕВО та ДІЛА. Впроваджено в 6-ти лікувальних закладах області метод специфічної алергодіагностики: Українська алергологічна лікарня та обласна алергологічна лікарня (сmt Солотвино), Ужгородська центральна клінічна лікарня (поліклінічний відділ), обласна клінічна дитяча лікарня (м. Мукачево) та Ужгородська міська дитяча поліклініка, Хустська районна поліклініка. В 14 районах області з метою ранньої діагностики алергічних захворювань запроваджено скринінг. Впроваджено метод специфічної імунотерапії (СІТ) в 6-ти медичних закладах області – ОДЛ м. Мукачево, ЦРЛ м. Мукачево, Хустська поліклініка, ОАЛ сmt Солотвино, дитяча поліклініка м. Ужгород та центральна міська поліклініка м. Ужгород.

Сучасні методи алергодіагностики впроваджено в усіх алергологічних кабінетах та відділеннях лікувальних закладів Дніпропетровської області, зокрема

у м.м. Дніпропетровськ, Кривий Ріг, Дніпродзержинськ, Нікополь, Павлоград.

У Кіровоградській обласній лікарні та дитячій обласній лікарні закуплено і проводилась діагностика на харчові продукти та інші алергічні стани (протягом року). Впроваджено визначення IgE (специфічного) для діагностики харчової алергії та інших алергічних станів (імунологічна лабораторія обласної лікарні). Проводяться скарифікаційні проби на харчові алергени в алергокабінеті.

Згідно із розпорядженням УОЗ від 14.10.2002 №70-р “Про вдосконалення алергологічної служби у Львівській області” відкрито пункти діагностики медикаментозної алергії в Львівській обласній клінічній лікарні, в першій міській клінічній лікарні, у Львівській дитячій клінічній лікарні, у Львівській спеціалізованій обласній дитячій лікарні №2, у Міській комунальній дитячій лікарні та у 12 районних лікарнях Львівської області. Впроваджено скринінг-діагностику алергійних захворювань в 12 районах області та в усіх містах Львівщини.

У Луганській області проводилася шкірна діагностика пилкової, побутової та харчової алергії на базі алергологічного відділення, медикаментозної алергії – у всіх лікувальних закладах області, з лабораторної діагностики медикаментозної алергії пройшли навчання 2 лаборанти.

В Івано-Франківській області сучасні методи діагностики алергій на харчові продукти та інші алергійні стани впроваджені на базі обласних клінічних поліклінік для дорослих і дітей та в поліклініці ТОВ “Медекс”. Проводиться алерготестування з побутовими, пиловими і харчовими алергенами.

В м. Севастополі видано наказ УОЗ від 21.10.2002 р. “Про організовані заходи з впровадження сучасних технологій діагностики та лікування алергічних захворювань”, який виконувався в 100% закладів.

Визначення сенсibiliзації до побутових, пилових харчових та інсектних алергенів за допомогою шкірних проб організовано в 6 лікувальних закладах охорони здоров'я Черкаської області. За 2010 р. впроваджено визначення специфічного IgE (ІФА) до всіх видів алергенів у централізованій імунологічній лабораторії обласної лікарні. Хворим на бронхіальну астму та ХОЗЛ проводиться небулайзерна терапія. В 21 закладі охорони здоров'я придбані небулайзери, що становить 79%. Підготовлено на курсах інформації та стажування 38 лікарів-терапевтів з питань сучасних методів діагностики та лікування алергічних захворювань. У складі виїзних бригад лікарів в ЦРЛ для обстеження населення алергологами зроблено 13 виїздів, в 2-х районах проведено скринінг алергічних

захворювань (обстежено 98 хворих, у 49 осіб (50%) виявлена сенсibiliзація до побутових та пилоквих алергенів, цим хворим розпочата специфічна імунотерапія.

На хлібозаводах Житомирської області продовжувалося виробництво хлібобулочних виробів дієтичного і лікувально-профілактичного призначення: хліб молочно-висівковий, хлібчики з висівками, хліб з цибулею, заварні хлібці з родзинками, курагою, чорносливом. ВАТ “Новоград-Волинський хлібозавод” виробляє хліб білково-пшеничний та житній хліб “Монастирський”, які сприяють виведенню з організму шкідливих речовин, круасани з натуральної сировини, без хімічних добавок та поліпшувачів. Асортимент продукції молоко- та м'ясопереробних підприємств області постійно розширюється. ВАТ “Житомирський маслозавод” та ДП “Молочний завод “Рейнфорд” продовжує випуск продукції з незбираного молока, у тому числі кисломолочної продукції з низьким вмістом жиру, біокефіру, сирків глазурованих дитячих, без використання хімічних консервантів. ВАТ “Цикорій” випускає розчинний цикорій з додаванням шипшини, чорноплідної горобини, глоду, м'яти і меліси. Розчинний цикорій належить до спеціальних харчових продуктів, йому притаманні антиоксидантні, антиканцерогенні та антимуутагенні властивості. ЗАТ “Житомирські ласощі” займає провідне місце в Україні з випуску специфічної продукції, що має лікувально-профілактичні властивості, вкрай необхідної хворим на цукровий діабет. Підприємство налагодило виробництво дев'яти видів діабетичної продукції, в якій цукор замінено фруктозою, сорбітом та листям стевії (чотири види печива, вафлі, цукерки та круп'яні батончики “Парма з фруктозою”).

Всі підприємства харчової промисловості Донецької області при виробництві продуктів харчування використовують добавки та консерванти, які дозволені МОЗ України до застосування. Впроваджується на молокозаводах області виробництво продукції з використанням ацидофільної палички (виробництво Болгарії), які знижують ризик захворюваності, в т.ч. на алергічні хвороби.

Харчові продукти з урахуванням потреб хворих на алергію випускаються на 15 підприємствах харчової промисловості Черкаської області.

У м. Севастополі відсутні підприємства, які б погодились здійснювати виробництво з врахуванням потреб і хворих алергією, у зв'язку з незначним контингентом даних хворих в регіоні.

Для запобігання розвитку алергічних захворювань у населення України у

зв'язку із шкідливим впливом на здоров'я факторів довкілля, продовжується розробка нормативно-правових актів щодо захисту продуктів харчування, продовольчої сировини від забруднення канцерогенними речовинами, пестицидами, важкими металами та іншими токсичними речовинами.

За даними ряду областей України виробництво харчових продуктів з урахуванням потреб хворих на алергію налагодити важко у зв'язку з відсутністю цільового фінансування, небажанням відповідних виробництв випускати продукцію для невеликого контингенту населення, що є нерентабельним. Але не здійснюється виробництво харчових продуктів з високими сенсibiliзуючими властивостями.

Як правило, при харчовій алергії хворі користуються порадами лікаря-алерголога, самостійно виключаючи з свого раціону харчування продукти, які мають високо антигенні властивості.

Таким чином, наведені заходи щодо боротьби з алергією та бронхіальною астмою дають змогу стабілізувати ситуацію з рівнями захворюваності та поширеності даних патологій. Але незважаючи на позитивні тенденції в цілому по Україні стан справ з цією проблемою у м. Києві та деяких областях потребує більш ефективних дій з боку регіональних органів управління охороною здоров'я.

#### **2.14. Стоматологічна захворюваність**

В Україні спостерігаються високі показники стоматологічної захворюваності, що зумовлює необхідність здійснення першочергових заходів для поліпшення ситуації.

З метою забезпечення поступового зниження рівня стоматологічної захворюваності Програмою передбачено проведення ряду заходів.

На виконання завдання з розробки Національної і регіональної програм профілактики стоматологічних захворювань МОЗ України за участі спеціалістів Одеського науково-дослідного інституту стоматології, Українського інституту громадського здоров'я (зараз ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”) створені стандарти надання стоматологічної допомоги, розроблена і затверджена Указом Президента України від 21.05.2002 р. №475/2002 Національна “Програма профілактики і лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки”, якою передбачено створення та поетапне виконання регіональних програм профілактики і лікування стоматологічних захворювань. Наказом МОЗ та НАМН України від 18.07.2002 р. №272/58

затверджений План реалізації заходів щодо забезпечення виконання цієї програми.

На 2002–2003 рр. було поставлено завдання розробити і затвердити регіональні програми профілактики і лікування стоматологічних захворювань в регіонах України, метою яких визначено зниження стоматологічної захворюваності населення шляхом удосконалення надання спеціалізованої допомоги та активного впровадження первинної і вторинної профілактики стоматологічних захворювань. Протягом 2002 р. такі програми розробили та затвердили більшість регіонів. У 2003 р. такі програми затверджені в м. Києві, Запорізькій, Вінницькій, Дніпропетровській областях. Таким чином, з 27 регіонів України в 22 програми профілактики стоматологічних захворювань розроблені, затверджені та розпочато їх виконання. В п'яти регіонах (АР Крим, Київська, Херсонська, Чернігівська, Чернівецька області) регіональні програми такого спрямування не розроблялися.

Окремим завданням Програми визначено поліпшення поінформованості дітей, батьків і вчителів стосовно методів і засобів профілактики карієсу, залучаючи їх до санітарно-гігієнічного навчання. З метою удосконалення профілактики карієсу в регіонах реалізовувалася державна Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 рр. На виконання Закону України “Про загальну середню освіту” розроблено Державний стандарт базової і повної середньої освіти (затверджено постановою КМУ від 14.01.2004 р. №24), в якому зміст освітньої галузі “Основи здоров’я і фізична культура” містить положення щодо профілактики стоматологічних захворювань. На виконання постанови КМУ від 14.01.2004 р. №24 “Про затвердження Державного стандарту базової і повної середньої освіти” розроблено Типові навчальні плани для 12-річної школи (наказ МОН України від 23.02.2004 р. №132), якими передбачено вивчення у 5–9-их класах загальноосвітніх навчальних закладів обов’язкового предмета “Основи здоров’я”. У навчальних закладах проводиться інформаційно-просвітницька робота з дітьми, батьками щодо профілактики карієсу: поінформованість дітей щодо профілактики карієсу та вироблення у них практичних навичок догляду за ротовою порожниною проводиться на заняттях у дошкільних навчальних закладах, на уроках-тренінгах при викладанні навчальних дисциплін: “Основи здоров’я”, “Валеологія”, “Основи безпеки життєдіяльності”. Для поліпшення цієї роботи кафедрою культури здоров’я розроблено методичні рекомендації “Здоровий зуб”, “Корисні поради



(заповіді проти карієсу)”, “Гігієнічне виховання дітей – запорука здоров’я”, які використовуються вихователями, вчителями та батьками.

У 2009 р. проведено Всеукраїнський науково-методичний семінар методистів навчального предмета “Основи здоров’я” обласних інститутів післядипломної педагогічної освіти, на якому було розглянуто рівень стоматологічного здоров’я дітей України та методологічні підходи до вивчення питань догляду за ротовою порожниною та профілактики карієсу у загальноосвітніх навчальних закладах.

Розроблено методичні рекомендації для вчителів “Стоматологічне здоров’я при вивченні “Основа здоров’я” в 6 класі; зошит для самостійних робіт з “Основа здоров’я” в 6 класі до теми “Стоматологічне здоров’я”; дидактичну гру для учнів середнього шкільного віку “Мандрівка з картою острова Великого Зуба”; пам’ятку для дітей щодо організації самопостережень “Чи якісно ти чистиш зуби”; анкету для батьків щодо оцінювання якості догляду за ротовою порожниною, станом здоров’я зубів і ясен у всіх членів родини. Уроками стоматологічного здоров’я з використанням вищезазначених навчально-методичних матеріалів у минулому навчальному році було охоплено понад 60 000 учнів загальноосвітніх навчальних закладів.

За роки виконання Програми значна увага приділялася поліпшенню інформованості дітей, батьків і вчителів стосовно методів і засобів профілактики захворювань зубів. Спільно з управліннями освіти розроблені та функціонують навчальні програми з виховання гігієнічних навиків по догляду за порожниною рота серед школярів, які в деяких регіонах включені в учбовий план занять. Проведені семінари та конференції з обговоренням методів удосконалення профілактики та надання медичної допомоги стоматологічним хворим.

Для поліпшення поінформованості дітей, батьків і вчителів щодо методів і засобів профілактики карієсу проведено низку заходів у всіх регіонах України: видання друкованої продукції (плакати й брошури), залучення ЗМІ (телепередачі, радіовиступи та публікації в пресі), а також більш традиційні – лекції та санбюлетені. Результати та активність регіонів України у виданні та поширенні інформаційних матеріалів наведені в табл. 2.14

Таблиця 2.14 Обсяги та види інформаційних матеріалів, підготовлених за роки виконання Програми (2002–2011 рр.) в регіонах України

Виконавці	Плака-ти (види)	Бро-шури (види)	Теле-передачі	Радіо-виступи	Публі-кації в пресі	Лекції	Санбю-летні	Всього
АР Крим	810	163	283	1167	1016	3335	3240	10014
Вінницька	427	21	29	159	606	28586	2325	32153
Волинська	12	11	51	143	249	4338	573	5377
Дніпропетровська	12	1	77	137	200	3523	1041	4991
Донецька	3	4	228	235	234	44967	4035	49706
Житомирська	3	46	330	673	358	22845	2804	27059
Закарпатська	224	8	65	52	489	30152	2171	33161
Запорізька	136	4	115	345	131	7821	428	8980
Івано-Франківська	123	23	139	117	125	3815	1527	5869
Київська	84	182	86	91	89	1493	1217	3242
Кіровоградська	12	9	76	174	469	19959	3983	24682
Луганська	0	2	81	4093	93	18843	556	23668
Львівська	219	61	188	342	321	1055	270	2456
м. Київ	12	19	20	53	108	192	25	429
м. Севастополь	3	120	46	14	37	1692	77	1989
Миколаївська	0	0	72	227	181	19068	550	20098
Одеська	707	153	76	497	414	46236	1179	49262
Полтавська	7	0	62	267	368	27366	2260	30330
Рівненська	183	101	20	77	279	19709	670	21039
Сумська	0	0	48	280	484	39587	2778	43177
Тернопільська	86	128	43	74	106	6541	938	7916
Харківська	23	225	75	182	215	83850	2154	86724
Херсонська	237	9	50	57	172	7729	2628	10882
Хмельницька	40	8	91	91	118	16263	347	16958
Черкаська	3	2	102	240	474	5912	609	7342
Чернівецька	484	16	44	78	85	6701	687	8095
Чернігівська	1	1	76	120	218	12324	1510	14250
<b>Разом</b>	<b>3851</b>	<b>1317</b>	<b>2573</b>	<b>9985</b>	<b>7639</b>	<b>483902</b>	<b>40582</b>	<b>549849</b>

Найактивніше такі матеріали поширювалися у АР Крим, Донецькій, Кіровоградській (за рахунок видання та поширення санбюлетнів) та у Луганській (за рахунок радіовиступів) областях (рис. 2.14)

У Тернопільській області активно проводилося навчання з профілактики стоматологічних захворювань, а також створювався реєстр стоматологічної захворюваності дитячого населення. У Миколаївській області розроблено обласну програму “Стоматологія”, яка включає заходи з активізації роботи щодо профілактики карієсу.

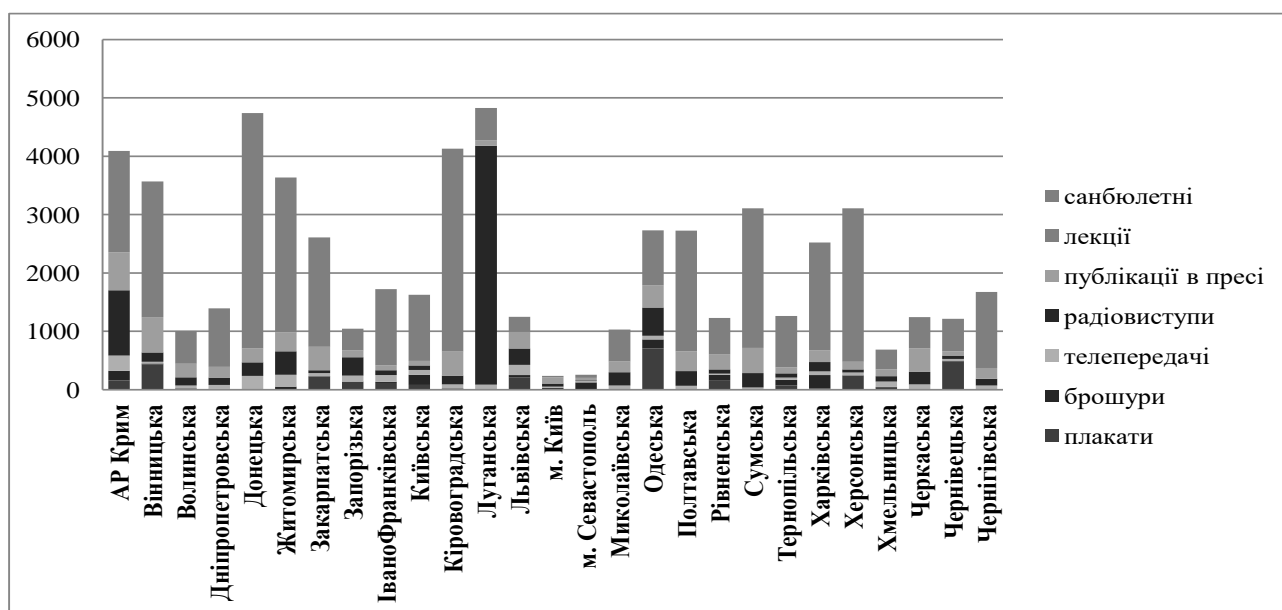


Рис. 2.14 Активність регіонів у підготовці та поширенні інформаційних матеріалів з профілактики стоматологічних захворювань

В Україні збережена і функціонує мережа стоматологічних кабінетів у навчальних та дошкільних закладах. У Херсонській дитячій стоматологічній поліклініці створено Центр профілактики стоматологічних захворювань у дітей, розроблено програми з гігієнічного догляду за порожниною рота. У дошкільних закладах і школах регулярно проводяться уроки здоров'я з метою навчання гігієнічним навичкам з догляду за порожниною рота, для дітей двічі на рік проводиться планово-профілактична санація порожнини рота.

З метою профілактики стоматологічних захворювань серед дітей Черкаської області в школах на уроках біології лікарями-стоматологами проводяться уроки здоров'я у вигляді диктантів на тему: "Догляд за порожниною рота та первинна профілактика стоматологічних захворювань". Разом із компанією "Colgate" відбулась акція "Світ здорової усмішки разом з "Colgate". Проводились індивідуальні навчання серед вагітних жінок, молодих матерів і пацієнтів, які прийшли на прийом до лікаря-стоматолога, з питань організації коригуючого раціонального харчування та вітамінопрофілактики.

На виконання завдання з організації спеціалізованих служб для людей із стоматологічною патологією з 2003 р. в регіонах розроблені численні пропозиції щодо доцільності організації вузькоспеціалізованих міжрегіональних центрів надання медичної допомоги людям із стоматологічною патологією, організовано 28 таких центрів (Вінницька, Донецька, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Одеська, Сумська області).

У рамках розбудови єдиного медичного простору протягом звітнього періоду в Харківській області у 2011 р. збільшено кількість міжрайонних стоматологічних центрів з 9 до 13, що дозволить в 7 районах області та 1 місті обласного значення повністю зняти чергу (а тим самим й соціальну напруженість) серед інвалідів війни та учасників бойових дій, які потребують зубопротезування.

У Чернігівській області прийнято програму забезпечення медичною стоматологічною допомогою населення області КЛПЗ “Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка” на 2011–2015 роки.

Впродовж 8 місяців 2011 р. зміцнена матеріально-технічна база стоматологічних закладів і кабінетів Івано-Франківської області. Придбані стаціонарні та портативні стоматустановки, стоматустаткування, обладнання, інструментарій. Здійснювались планово-консультативні виїзди обласних фахівців в сільські райони області. Здійснено, зокрема, 12 бригадних планово-консультативних виїздів обласних спеціалістів-стоматологів у сільські і районні заклади охорони здоров'я. При стоматологічних закладах міст та районів Івано-Франківської області функціонують кабінети професійної гігієни порожнин рота. Організовано цілодобові стоматкабінети для надання невідкладної медичної допомоги в м. Івано-Франківську.

У Черкаській області за попередніми даними 2011 р. санація дітей-сиріт та дітей із віддалених сіл в області проводилася 3-ма пересувними стоматологічними амбулаторіями, які функціонують на базі обласної стоматологічної поліклініки.

Для забезпечення населення відповідно до потреб лікарями-стоматологами та зубними техніками згідно із заявками регіонів у 2003 р. до них направлено 460 лікарів-стоматологів (заявка на 395 осіб), що повністю задовольнило потребу в лікарях-стоматологах.

До закладів охорони здоров'я регіонів у 2005 р. на посади лікарів направлено 3758 випускників, які отримали освіту за державним замовленням.

За даними Департаменту кадрової політики, освіти та науки МОЗ України, до закладів охорони здоров'я регіонів, відповідно до заявок, на посади лікарів направлено 3 688 випускників ВМНЗ 2008 р., що становило лише 60% від потреби. За даними 2009–2011 рр. забезпеченість лікарями-стоматологами, передусім у сільській місцевості, залишається недостатньою. Хоча за даними 2011 р. у ряді областей забезпеченість лікарями-стоматологами та зубними техніками становить 100% (Рівненська область), решта регіонів намагаються усіляко забезпечити доступ населення до стоматологічної допомоги.

Прикладом є досвід Закарпатської області, де в кожній районній стоматологічній поліклініці та в обласній клінічній стоматологічній поліклініці організований прийом лікаря-ортодонта для лікування і профілактики аномалій прикусу та деформацій щелеп у дітей. Посади лікарів-ортодонтів виділяють із посад дитячих лікарів-стоматологів. При нормативі 6,0 лікарів на 10 тис. дитячого населення на ортодонтію виділяють 0,5 посади. Станом на 2011 р. у Закарпатській області ортодонтичну допомогу надають 11 лікарів-ортодонтів на 10,5 ставки, що відповідає 0,4 ставки на 10 тис. дитячого населення. Забезпеченість лікарями-стоматологами-ортопедами у Закарпатській області є найнижчою в Україні і становить усього 0,31 посади на 10 тис. дорослого населення (по Україні цей показник – 0,8). У 4-х районах області ортопедична допомога надається виключно пільговим категоріям населення, а інші хворі у державній структурі отримати її не мають можливості. У цих районах лікарі-стоматологи-ортопеди працюють на 0,5–0,25 ставки. З огляду на те, що 50% дорослого населення Закарпатської області (а це 470,5 тис. осіб) потребує ортопедичної стоматологічної допомоги, кількість осіб, що отримали зубні протези, є дуже низькою і становить всього 0,6% від потреби.

У рамках виконання Програми профільними кафедрами вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти здійснювались наукові дослідження з метою розробки сучасних медичних технологій лікування і профілактики стоматологічних захворювань та впровадження їх результатів у практику охорони здоров'я.

У стоматологічних НДІ та на кафедрах стоматології вищих медичних закладів України тривають наукові роботи щодо удосконалення лікування і профілактики карієсу та його ускладнень. На кафедрах ортопедичної стоматології впроваджуються технології відновлення втрачених при парадонтиті зубів за допомогою протезів із застосуванням напівпропіленових матеріалів.

Одеським медичним інститутом у 2001–2003 рр. виконувалась НДР “Дослідження регуляції остеогенезу в зубах та кістках за допомогою фітоестрогенів для підвищення ефективності профілактики стоматологічних захворювань”.

Науковцями АР Крим проведено дослідну роботу з питань вивчення вмісту кількості фтору в питній воді, впроваджено методи дослідження РН-середовища у 75% ЛПЗ, метод стоматологічної імплантації – в 45% ЛПЗ.

Міністерство охорони здоров'я надало пропозиції для включення до

державного замовлення на науково-технічну продукцію розробку, спрямовану на створення новітніх технологій в стоматології. НДР “Розроблення та впровадження в практику штучних зубів на композитній основі” виконує Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.

У Запорізькій області розроблено та впроваджено 6 методичних рекомендацій. Впроваджено засоби та методики профілактики і лікування стоматологічних захворювань: у Чернігівській області – 21, у Сумській – 11. В Івано-Франківській області 75% профільних закладів працюють за сучасними методиками.

В Українській медичній стоматологічній академії за кошти Державного бюджету виконувалася прикладна НДР “Вивчення імунологічного апарату м’яких тканин порожнини рота при генералізованому пародонтиті та ортопедичних втручаннях для розробки сучасних методів імунокорекції” (2002–2006 рр.).

Фахівцями ДУ “Інститут стоматології НАМН України” за позапрограмні кошти виконувались НДР: “Розробити засоби гігієни порожнини рота для підвищення ефективності профілактики та лікування ксеростомії”; “Оптимізувати методи професійної гігієни порожнини рота у осіб із захворюваннями пародонту”; “Розробити методи корекції кісткового метаболізму при проведенні лікувально-профілактичних заходів у дітей з карієсом зубів, флюорозом, захворюваннями тканин пародонту та зубощелепними аномаліями”; “Удосконалити методи комплексного лікування хворих з вродженими розщілинами верхньої губи та піднебіння з урахуванням супутньої патології”; “Розробка заходів та адаптогенного препарату для попередження ускладнень при стоматологічних втручаннях”; “Розробка принципів і засобів протимікробної терапії і профілактики основних стоматологічних захворювань”; “Дослідження структурно-функціонального стану тканин порожнини рота при цукровому діабеті та шляхи корекції їх порушень”; “Вивчити розповсюдженість стану дисбактеріозу ротової порожнини серед населення України та визначити роль засобів гігієни порожнини рота в його коригуванні”.

В ДУ “Інститут стоматології НАМН України” виконувалась НДР “Розробити методи корекції кісткового метаболізму при проведенні лікувально-профілактичних заходів у дітей з карієсом зубів, флюорозом, захворюваннями тканин пародонту та зубощелепними аномаліями” (2007–2009 рр.).

У Волинській області проведено епідеміологічне обстеження дітей у районах з радіаційним забрудненням. Протягом звітного періоду проводилися

дослідження імунного статусу пародонтологічних хворих у Львівській області.

В АР Крим, Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Сумській, Чернігівській областях і м. Севастополі запроваджено нові методи і засоби діагностики та лікування стоматологічних захворювань на 100%. У Київській області – 45%, Черкаській – до 80%.

На підставі наказу МОЗ України від 23.11.2004 р. №566 “Про затвердження “Протоколів надання стоматологічної допомоги” в ЛПЗ АР Криму запроваджено: адаптовані протоколи надання стоматологічної допомоги – на 100%, комп’ютерну R-діагностику стоматологічних захворювань – на 20%, методи дентальної імплантації – на 57%, комплексне обстеження пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта із застосуванням ортопатомографії – на 70%, хірургічні методи лікування захворювань пародонта – на 30%.

В Івано-Франківській області впроваджено рекомендації Івано-Франківського державного медичного університету з питань ефективних засобів, методів профілактики та лікування стоматологічних захворювань. У 60% стоматологічних закладів області впроваджено “Програму профілактики і лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 рр.”. У 2010 р. 12 методик і рекомендації Івано-Франківського державного медичного університету з питань ефективних засобів, методів профілактики, діагностики і лікування стоматологічних захворювань було впроваджено у практичну діяльність області.

На виконання наказу МОЗ України від 23.11.2004 р. №566 “Про затвердження “Протоколів надання стоматологічної допомоги” в ЛПЗ АР Крим на 100% впроваджені адаптовані протоколи надання стоматологічної допомоги, на 22% – комп’ютерна R-діагностика стоматологічних захворювань, на 58% – методи дентальної імплантації, на 61% – комплексне обстеження пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта із застосуванням ортопатомографії; у 35% застосовуються хірургічні методи лікування захворювань пародонта. У 2009 р. в стоматологічних відділеннях м. Києва було впроваджено в практичну діяльність 27 нових технологій та методик.

В ДУ “Інститут стоматології НАМН України” виконувалась НДР “Розробка методів корекції кісткового метаболізму при проведенні лікувально-профілактичних заходів у дітей з карієсом зубів, флюорозом, захворюваннями тканин пародонту та зубощелепними аномаліями”. Запропонована схема профілактики та лікування карієсу зубів і гінгівіту у дітей із порушеннями гепатобіліарної системи впроваджена в практику Одеського обласного центру

стоматології дитячого віку та ортодонтії, відділення стоматології дитячого віку, у навчальному процесі кафедри стоматології дитячого віку Одеського державного медичного університету.

У Донецькій області протягом звітнього року впроваджено наступні методики та препарати: зубний еліксир з вмістом хлорогенової кислоти – препарат для профілактики і лікування стоматитів; зубні еліксири з вмістом біофлаванової дії цитрусових – засіб для профілактики запальних процесів ротової порожнини; лізомукоїд – препарат для профілактики та лікування стоматологічних захворювань; гель “Софлігін” – засіб для профілактики уражень слизової оболонки порожнини рота у хворих на цукровий діабет; спосіб профілактики некаріозних уражень зубів; матриця для формування контактної поверхні дефектного зуба; стоматологічна серветка; спосіб лікування запальних захворювань пародонта. Всі запропоновані пропозиції були випробувані. Лікування одержали 11 040 пацієнтів. За результатами випробовування позитивний результат було зафіксовано у 10 696 (96%) пацієнтів, відсутній ефект застосування препаратів у 264 (2,4%) пацієнтів. Впроваджено у 100% закладів.

Наказом Житомирського УОЗ від 06.09.10 р. №539 затверджено локальні протоколи надання стоматологічної хірургічної допомоги жителям області зі змінами та доповненнями.

Впроваджено у стоматологічну практику 5 засобів та методів профілактики, діагностики і лікування стоматологічних захворювань у Рівненській області.

У м. Києві в практику лікарів-стоматологів постійно впроваджуються нові лікувальні методики та застосовуються передові стоматологічні технології. За період 2009–2010 рр. було придбано стоматологічне обладнання для стоматологічних поліклінік, підпорядкованих ТМО м. Києва “Стоматологія”, на загальну суму 463 563 грн. На кінець 2010 р. визначено перелік стоматологічних поліклінік, в яких за рахунок спеціального фонду будуть відкриватись ортодонтичні кабінети для забезпечення населення ортодонтичною допомогою. Здійснюються заходи зі створення єдиного реєстру матеріально-технічної бази ТМО з метою більш ефективного її оновлення та централізованого обслуговування стоматологічного обладнання. Ці та інші заходи щодо удосконалення діяльності стоматологічної служби міста дозволять розширити сферу надання стоматологічної допомоги, підвищити її якість та значно знизити ціни на стоматологічні послуги, що є досить актуальним фактором для надання медичної допомоги незахищеним верствам населення.



Серед інших областей більшість визначили рівень розроблення та впровадження у практику ефективних засобів, методів профілактики, діагностики і лікування стоматологічних захворювань на рівні 85–100% (Вінницька, Волинська, Закарпатська, Луганська, Сумська, Харківська, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська області та м. Севастополь). У Сумській області економічний ефект від впровадження таких заходів склав 15,2 тис. грн. У Херсонській області розроблено та розіслано в усі стоматологічні заклади області програму первинної профілактики карієсу та методичні рекомендації “Профілактика і лікування патологічного прикусу” для лікарів-стоматологів, лікарів-ортодонтів ЦРЛ, дільничних лікарень, лікарських амбулаторій.

У 2011 р. широко впроваджувалися нові методики лікування ускладненої стоматологічної патології, травматичних невритів; виготовлення зубних протезів з цирконію, а також ортопедичне лікування із застосуванням вінірів, застосування ультразвуку в ендодонтії, операції “відкритий синус-ліфтінг” при проведенні ендоссальної імплантації, нові методики лікування глосаденій, глосалгій, значно збільшено застосування фізичних методів лікування, що дозволило знизити алергічні реакції при лікуванні стоматологічних захворювань.

### **2.15. Нещасні випадки, травми та отруєння**

Проблема зниження травматизму є важливою у сфері діяльності системи охорони здоров'я. У структурі захворюваності та смертності населення України травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників стало посідають третє місце, а за смертністю серед чоловічого населення працездатного віку – перше, рівень смертності серед чоловіків перевищує смертність серед жінок у 4,5 разу.

За роки виконання Програми захворюваність за класом “Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників” зросла з 4650,9 випадків на 100 тис. населення в 2002 р. до 4684,4 в – в 2011 р., або на 0,7%, поширеність – з 4897,3 на 100 тис. населення в 2002 р. до 4985,3 – в 2011 р., або на 1,8% (рис. 2.15.1).

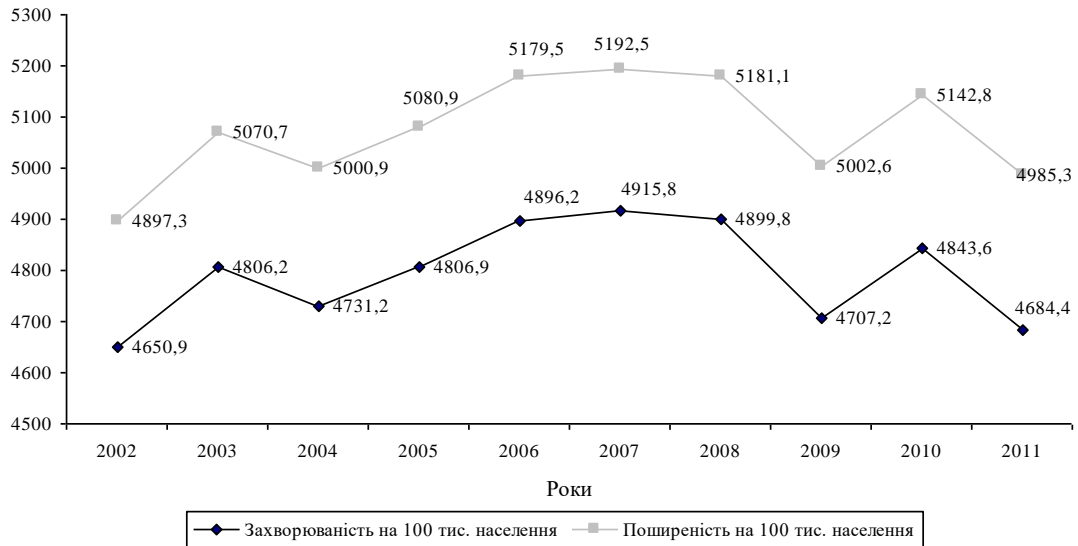


Рис.2.15.1 Динаміка захворюваності та поширеності нещасних випадків, травм та отруєнь

Водночас смертність від зовнішніх дій знизилась на 40,9% – з 154,8 випадку на 100 тис. нас. в 2002 р. до 91,5 в 2011 р. (рис. 2.15.2); серед чоловіків – від 264,7 до 163,6, або на 38,2%, серед жінок – від 60,2 до 38,6, або на 35,9%. Тобто рівні смертності від травматизму набули позитивних зрушень, що можна розцінювати у тому числі й як результат виконання Програми.

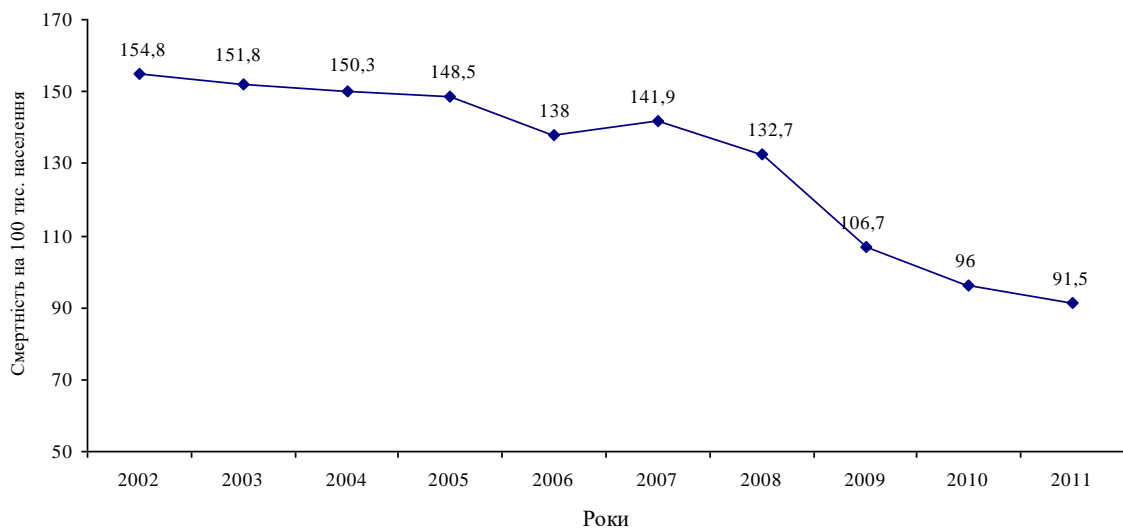


Рис. 2.15.2 Динаміка смертності населення України від нещасних випадків, травм та отруєнь

На початок дії Програми в областях України було розроблено перелік притрасових закладів охорони здоров'я та їх медичне оснащення. Такі заклади були створені у Волинській, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Одеській, Миколаївській, Рівненській, Сумській, Харківській, Хмельницькій, Черкаській областях. До притрасових об'єктів медичного призначення в більшості областей віднесені ЦРЛ, у деяких – травмпункти, в поодиноких – декілька закладів травматологічної служби.

За 10 років виконання Програми в областях України створено: 28 лікарень швидкої медичної допомоги (АР Крим (3), Вінницькій (2), Дніпропетровській (3), Донецькій (2), Запорізькій (2), Київській (1), Кіровоградській (2), Львівській (1), Миколаївській (1), Тернопільській (3), Харківській (2), Черкаській (1), Чернівецькій (2), Чернігівській (1) областях та 2 в м. Києві); 91 пункт невідкладної медичної допомоги (АР Крим (3), Вінницькій (1), Волинській (2), Донецькій (2), Закарпатській (8), Івано-Франківській (1), Київській (4), Кіровоградській (2), Луганській (2), Миколаївській (4), Одеській (5), Полтавській (3), Рівненській (3), Сумській (12), Тернопільській (4), Харківській (17), Хмельницькій (5), Чернівецькій (13) областях); 76 бригад швидкої та невідкладної допомоги в сільській місцевості (АР Крим (2), Волинській (1), Донецькій (2), Закарпатській (9), Івано-Франківській (2), Київській (8), Кіровоградській (7), Одеській (15), Полтавській (4), Рівненській (2), Сумській (6), Тернопільській (4), Хмельницькій (7), Чернівецькій (7) областях); 6 обласних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – в Донецькій, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Львівській та Хмельницькій областях. В Харківській області на базі обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф створено відділення політравм.

В областях України виконувались заходи Програми щодо удосконалення роботи цілодобових травмпунктів, забезпечення їх відповідним оснащенням, апаратурою, регламентування обсягу допомоги та штатів, уніфікації системи обліку різних видів травм.

У регіонах проводилась діяльність з покращення медичної допомоги при травмах та забезпечення медичних закладів відповідною апаратурою та оснащенням. Проводиться регулярний контроль виконання оснащення притрасових закладів охорони здоров'я. У Харківській області розроблено “Концепцію щодо медичного забезпечення учасників та вболівальників фінальної частини чемпіонату Європи з футболу в 2012 р.”.

Запроваджено у роботу систему GPS-навігації на автомобілях швидкої медичної допомоги для миттєвого визначення маршруту руху за викликом. Ведеться робота щодо укомплектування автомобілів ШМД апаратами системи “Телекард” для вчасної діагностики серцево-судинних захворювань.

Забезпеченість цілодобових травмпунктів оснащенням становить від 20% у Луганській, 50% Донецькій, Хмельницькій областях до 100% у Харківській, Київській, Волинській, Дніпропетровській областях (в середньому 81,5%); апаратурою – від 15% в Луганській, 50% в Донецькій, Чернігівській, Хмельницькій, до 100% у Волинській, Дніпропетровській, Київській, Харківській областях (в середньому 80,7%). Видатки на оснащення та апаратуру для забезпечення цілодобових травмпунктів становили біля 1 млн грн на рік.

Міністерством України з питань надзвичайних ситуацій утворено нові центральні органи виконавчої влади – Державну службу гірничого нагляду та промислової безпеки України, Державне агентство України з управління зоною відчуження, Державну інспекцію техногенної безпеки України, діяльність яких спрямовується і координується МНС. Беручи до уваги чисельність населення та техногенне навантаження регіонів, віднесення міст до відповідних груп з цивільної оборони та інші показники, що належать до питань цивільного захисту, територіальні органи управління МНС розподілено на три категорії. З метою удосконалення та оптимізації організаційно-штатної структури МНС за погодженням з КМУ 17 Головних управлінь реорганізовано в Управління МНС (у Вінницькій, Волинській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях і в м. Севастополі). З метою забезпечення комплектування пожежно-рятувальних підрозділів МНС фахівцями кваліфікаційного рівня “Технік аварійно-рятувальних робіт” наказами Мінекономіки від 14.09.2010 р. №1166 та МНС від 19.07.2010 р. № 64 збільшено обсяги прийому зазначених фахівців: здійснено набір 100 курсантів до Вінницького вищого професійного училища цивільного захисту. З урахуванням вимог наказу МОН від 26.03.2010 №243 “Про затвердження Змін до Умов прийому до вищих навчальних закладів України” розроблено та затверджено наказом МНС від 05.05.2010 р. № 313 зміни до Умов прийому та порядку відбору на навчання до вищих навчальних закладів МНС, згідно з яким спрощено порядок прийому до ВНЗ МНС за заочною формою навчання. Відповідно до Переліку спеціальностей, за якими здійснюється

підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційними рівнями спеціаліста і магістра, затвердженого постановою КМУ від 27.08.2010 р. №787, розроблено та направлено на затвердження до МОН проект стандартів вищої освіти підготовки спеціалістів та магістрів за новими спеціальностями сфери цивільного захисту 7.17020101, 8.17020101 “Цивільний захист”, 7.17020102, 8.17020102 “Управління у сфері цивільного захисту” 8.17020302 “Управління пожежною безпекою”, відповідно до чого на експертизу до Інституту інноваційних технологій та змісту освіти МОН направлено 5 нових галузевих стандартів освіти. Для забезпечення органів та підрозділів цивільного захисту підготовленими кадрами, ВНЗ МНС відповідно до наказу МНС від 19.07.2010 р. № 564 здійснено випуск молодих фахівців за різними освітньо-кваліфікаційними рівнями, всього 1015 молодих фахівців. На базі професійно-технічних навчальних закладів МНС України за планами-розрядками, затвердженими наказами МНС від 12.10.2009 р. № 903 та від 09.08.2010 р. № 638, здійснено навчання спеціалістів рятувальних професій органів і підрозділів цивільного захисту – 5759 осіб, з них: первинна професійна підготовка – 1608 осіб, перепідготовка – 324 особи, підвищення кваліфікації – 2827 осіб. На факультетах післядипломної освіти вищих навчальних закладів МНС за планами-графіками, затвердженими наказами МНС від 25.12.2009 р. № 884 та від 19.08.2010 р. № 686, здійснено підвищення кваліфікації осіб середнього та старшого начальницького складу, всього 617 осіб. На підставі потреби комплектуючих підрозділів МНС затверджено План комплектування ВНЗ МНС у 2010 році наказом МНС від 31.12.2009 р. № 910, відповідно до якого, за результатами відбору кандидатів на навчання, здійснено набір на перший курс навчання: 730 курсантів та 650 студентів. Видатки на підготовку кадрів передбачено за бюджетною програмою 3201360 “Підготовка кадрів у сфері цивільного захисту” у сумі 203763,5 тис. грн, фінансування виділено у повному обсязі.

Забезпеченість аварійно-рятувальних загонів та протипожежних служб спеціальними автотранспортними засобами та оснащенням, які за своїм технічно-якісним станом готові до виконання завдань за призначенням, становить 103,8% від потреби, засобами та обладнанням – 90% від потреби (залежно від виду обладнання). Більше 42,9% технічного парку становлять зразки з терміном експлуатації від 20 до 45 років. Державним бюджетом на 2010 р. видатки на придбання аварійно-рятувальної та пожежної техніки не було передбачено. МНС станом на 2011 р. укомплектовано особовим складом на 93,8%, у тому числі

державними службовцями – на 90,5%; особами рядового і начальницького складу – на 93,5%; службовцями і працівниками робітничих професій – на 94,1%. Укомплектованість особовим складом функціональних та територіальних підсистем єдиної державної системи запобігання та реагування на надзвичайні ситуації становить: організаційних структур територіальних органів управління МНС, їх аварійно-рятувальних та пожежно-рятувальних підрозділів – 94,5%; організаційних структур Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту – 90,7%; організаційних структур спеціалізованих аварійно-рятувальних формувань (Державна спеціальна (воєнізована) гірничорятувальна (аварійно-рятувальна) служба МНС, Державна спеціалізована аварійно-рятувальна служба пошуку і рятування туристів МНС, Державна спеціалізована аварійно-рятувальна служба на водних об'єктах України) – 81,7%.

Міністерством внутрішніх справ України з метою поліпшення нагляду за транспортними потоками, недопущення використання зношених, аварійно небезпечних транспортних засобів систематично використовувалися пересувні діагностичні станції ДАІ з метою недопущення до експлуатації технічно несправного автотранспорту. Крім того, Державтоінспекцією МВС постійно та планомірно проводиться робота з технічного нагляду в автогосподарствах підприємств, установ та організацій різних форм власності за утриманням автотранспортного парку в технічно справному стані, а також з реалізації заходів щодо забезпечення дорожнього руху та профілактики аварійності на автотранспорті. Так, упродовж 2011 р. працівниками ДАІ здійснено перевірки 42,3 тис. автогосподарств, зокрема проведено 10,9 тис. комплексних обстежень, 8,9 тис. контрольних і 13,6 тис. цільових перевірок. Під час проведення зазначених заходів загалом оглянуто 954,9 тис. транспортних засобів, при цьому виявлено 92,3 тис. одиниць транспорту з технічними несправностями, що безпосередньо загрожують безпеці дорожнього руху. За випуск на лінію технічно несправних транспортних засобів 10,2 тис. відповідальних посадових осіб притягнуто до адміністративної відповідальності, працівниками ДАІ видано 46,0 тис. приписів ДАІ щодо усунення виявлених недоліків. Посилено контроль працівників ДАІ за технічним станом пасажирського автотранспорту, дорожньо-транспортні пригоди за участю якого особливо часто мають тяжкі наслідки. Так, поточного року перевірено 42,3 тис. підприємств різних форм власності, що надають послуги з перевезення пасажирів, при цьому оглянуто 265,1 тис. одиниць пасажирського автотранспорту, виявлено з технічними несправностями 29,2 тис.

автобусів та мікроавтобусів. При проведенні державного технічного огляду автотранспорту працівниками Державтоінспекції проводилась робота зі списання транспортних засобів, що вичерпали свій технічний ресурс та непридатні до подальшої експлуатації. За 2011 р. списано 35,8 тис. автотранспортних засобів та 7,5 тис. мототраспортних засобів.

Організовано систематичне навчання учителів та водіїв з питань надання невідкладної долікарської допомоги. За звітний період із зазначених питань в областях було охоплено навчанням 60–80% учителів та майже 100% водіїв.

Укрзалізницею постійно поліпшується стан і проводиться модернізація існуючих та здійснюється будівництво нових залізничних колій, не допускається використання зношених, аварійно небезпечних транспортних засобів та таких, що вичерпали свій технічний ресурс, проводиться державний нагляд за безпекою руху на залізничному транспорті. Поліпшено стан існуючих та здійснено будівництво нових доріг і транспортних шляхів, на автошляхах (2007 км на 8626 млн грн).

Розроблена та затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 03.08.2005 р. №710 Державна програма розвитку автомобільних доріг загального користування на 2005–2010 роки (виконавець – Міністерство транспорту та зв'язку України).

З метою удосконалення роботи цілодобових травмпунктів та забезпечення їх відповідним оснащенням МОЗ України розроблено наказ від 20.10.2010 р. №897 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при гострих отруєннях”.

Державним Українським об'єднанням “Політехмед” МОЗ України проводилися заходи з удосконалення роботи цілодобових травмпунктів, забезпечення їх відповідним оснащенням, апаратурою, регламентації обсягу допомоги та штатів, уніфікації системи обліку різних видів травм. За програмою “Розвиток служби екстреної медичної допомоги (придбання медичного автотранспорту) у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві” закуплено автомобілі для екстреної медичної допомоги (тип В) – 216 одиниць та реаніобілі (тип С) – 70 одиниць.

## **2.16. Скорочення поширеності психічних розладів, самогубств, алкоголізму та наркоманії**

За термін виконання Програми поширеність розладів психіки та поведінки в Україні збільшилась на 3,4% – з 2468,2 в 2002 р. до 2552,9 на 100 тис. населення

(табл. 2.16.1).

Захворюваність на розлади психіки та поведінки знизилась на 6,7% – з 248,8 в 2002 р. до 232,2 в 2011 р. (на 100 000 населення). Найсуттєвіше зменшення відбулося у групі «розумова відсталість» – на 38,0% (табл. 2.16.2).

Найбільш значних позитивних змін набув показник диспансерного нагляду (+46,7%) та консультативного нагляду (+28,1%).

Протягом 10 років спостерігається деяке зниження поширеності наркологічних розладів (на 5,1%), особливо помітно хронічного алкогольного синдрому (на 54,3%), водночас токсикоманія зросла на 3,5% (табл. 2.16.3).

Захворюваність на наркологічні розлади набула більш значної позитивної динаміки – зниження на 21,9%, а на алкогольні психози – на 57,1% (табл. 2.16.4).

Для захисту населення від непрофесійного лікування психічно хворих, шкідливого впливу рекламних акцій та масових оздоровчих сеансів, а також пов'язаних із заподіянням шкоди здоров'ю відправ релігійного культу проводились лекції, теле- і радіопередачі, випускались плакати, брошури, санбюлетені, виходили публікації у пресі.

В усіх регіонах на 100% впроваджено сучасні методи профілактики суспільно небезпечних дій хворих на розлади психіки і поведінки (крім Одеської області, де такі заходи впроваджено на 89%): гештальттерапія, аналітична психотерапія, трансактний аналіз, символдрама, позитивна психотерапія, когнітивна психотерапія, респіраторно-орієнтована психотерапія, арттерапія, системна терапія по Хелінгеру.

У 2011 р. в областях працювали 54 бригади для надання психолого-психіатричної допомоги постраждалим та учасникам ліквідації наслідків техногенних аварій і природних катастроф. Створено 18 психоневрологічних центрів загальною потужністю 210 ліжок, 635 відвідувань за зміну. Відкрито 71 денний стаціонар на 4553 ліжка; 16 відділень іншого профілю, в яких розгорнуто для даних хворих 1190 ліжок; відкрито 146 психотерапевтичних кабінетів.

З метою превенції суїцидів в країні створено 5 кризових стаціонарів – у Дніпропетровській, Тернопільській, Харківській областях та м. Києві. Для підлітків і молоді – 14 (по 4 – в Дніпропетровській, області та м. Києві та по 1-му – в Донецькій, Житомирській, Івано-Франківській, Рівненській, Харківській, Чернівецькій областях).



Таблиця 2.16.1 Поширеність розладів психіки та поведінки серед населення України в 2002–2011 рр.

Рік	Число хворих, які перебувають під наглядом у психіатричних закладах на кінець року									
	Всього диспансерна та консультативна групи нагляду		у тому числі						з графи “Всього” диспансерна група нагляду	
			група психотичних розладів		група непсихотичних розладів		розумова відсталість (усі ступені)			
	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення
<b>2002</b>	1190705	2468,2	314698	652,3	591480	1226,1	284527	589,8	839053	1739,3
<b>2003</b>	1181435	2472,3	312050	653,0	584685	1223,5	284700	595,8	825437	1727,3
<b>2004</b>	1177487	2481,9	311154	655,9	581770	1226,3	284563	599,9	800975	1688,3
<b>2005</b>	1176260	2497,3	311119	660,5	581086	1233,7	284055	603,1	788804	1674,7
<b>2006</b>	1178776	2521,5	311986	667,4	581705	1244,3	285085	609,8	776797	1661,6
<b>2007</b>	1175694	2530,2	312438	672,4	581299	1251,0	281957	606,8	742823	1598,6
<b>2008</b>	1175962	2545,8	311577	674,5	584875	1266,2	279510	605,1	706904	1530,3
<b>2009</b>	1171133	2548,0	309222	672,8	585089	1272,9	276822	602,3	682295	1484,4
<b>2010</b>	1168717	2552,8	309936	677,0	585531	1278,9	273250	596,8	672688	1469,3
<b>2011</b>	11644077	2552,9	310030	679,9	584142	1281,1	269905	591,9	649934	1425,4

Таблиця 2.16.2 Захворюваність населення України на розлади психіки та поведінки в 2002–2011 рр.

Рік	Число хворих з уперше в житті встановленим діагнозом, узятих під нагляд психіатричними закладами									
	Всього диспансерна та консультативна групи нагляду		у тому числі						з графи “Всього” консультативна група нагляду	
			група психотичних розладів		група непсихотичних розладів		розумова відсталість (усі ступені)			
	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення
<b>2002</b>	120012	248,8	19633	40,7	85498	177,2	14881	30,8	58112	120,5
<b>2003</b>	115842	242,4	19706	41,2	82603	172,9	13533	28,3	58133	121,6
<b>2004</b>	115456	243,4	19656	41,4	82437	173,8	13363	28,2	60570	127,7
<b>2005</b>	113619	241,2	19857	42,2	81049	172,1	12713	27,0	61178	129,9
<b>2006</b>	107963	230,9	19002	40,6	77755	166,3	11206	24,0	58833	125,8
<b>2007</b>	112575	242,3	20324	43,7	81845	176,1	10406	22,4	68283	147,0
<b>2008</b>	115089	249,2	20572	44,5	84251	182,4	10266	22,2	74422	161,1
<b>2009</b>	106801	232,4	18620	40,5	78993	171,9	9188	20,0	70152	152,6
<b>2010</b>	107407	234,6	18761	41,0	79845	174,4	8801	19,2	70547	154,1
<b>2011</b>	105877	232,2	18804	41,2	78371	171,9	8702	19,1	70327	154,2

Таблиця 2.16.3 Поширеність наркологічних розладів серед населення України у 2002–2011 рр.

Рік	Число осіб, які знаходяться під диспансерним наглядом у наркологічних закладах на кінець року											
	Усього хворих		у тому числі									
			гострі психотичні алкогольні розлади та хронічні алкогольні синдроми		з них				розлади психіки від уживання:			
					гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози)		хронічні алкогольні синдроми (алкоголізм)		наркотичних речовин (наркоманії)		ненаркотичних психоактивних речовин (токсикоманії)	
абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	
2002	755466	1566,0	668859	1386,5	16612	34,4	652282	1352,1	83868	173,9	2739	5,7
2003	747235	1563,7	658950	1378,9	15670	32,8	643302	1346,2	85448	178,8	2837	5,9
2004	744357	1569,0	655988	1382,7	16498	34,8	639503	1348,0	85006	179,2	3363	7,1
2005	738060	1567,0	650177	1380,4	16736	35,5	633452	1344,9	84325	179,0	3558	7,6
2006	729740	1561,0	643171	1375,8	14806	31,7	628379	1344,2	82863	177,25	3706	7,9
2007	721648	1553,1	636592	1370,0	15400	33,1	621208	1336,9	81179	174,7	3877	8,3
2008	716572	1551,3	633483	1371,4	15010	32,5	618473	1338,9	80145	173,5	2944	6,4
2009	700622	1524,3	618840	1346,4	10192	22,2	608648	1324,2	78909	171,7	2873	6,25
2010	688050	1502,9	607461	1326,8	8138	17,8	599323	1309,1	77840	170,0	2749	6,0
2011	677601	1486,0	597789	1311,0	7142	15,7	590647	1295,3	77105	169,1	2707	5,9

Таблиця 2.16.4 Захворюваність на наркологічні розлади населення України у 2002–2011 рр.

Рік	Число хворих з уперше в житті встановленим діагнозом, узятих під диспансерний нагляд наркологічними закладами											
	Усього хворих		у тому числі									
			гострі психотичні алкогольні розлади та хронічні алкогольні синдроми		з них				розлади психіки від уживання:			
					гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози)		хронічні алкогольні синдроми (алкоголізм)		наркотичних речовин (наркоманії)		ненаркотичних психоактивних речовин (токсикоманії)	
абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	
<b>2002</b>	63119	130,8	51919	107,6	10525	21,8	41424	85,9	10620	22,0	580	1,2
<b>2003</b>	61884	129,5	52701	110,3	10411	21,8	42303	88,5	8600	18,0	583	1,2
<b>2004</b>	63491	133,8	56157	118,4	10611	22,4	45554	96,0	6579	13,9	755	1,6
<b>2005</b>	63917	135,7	57017	121,1	10421	22,1	46604	98,9	6314	13,4	586	1,2
<b>2006</b>	60265	128,9	53910	115,3	8677	18,6	45244	96,8	5781	12,4	574	1,2
<b>2007</b>	64785	139,4	59014	127,0	9598	20,7	49424	106,4	5177	11,1	594	1,3
<b>2008</b>	66 132	143,2	60 158	130,2	9 362	20,3	50796	110,0	5 546	12,0	428	0,9
<b>2009</b>	54618	118,8	48328	105,1	6237	13,6	42091	91,6	5930	12,9	360	0,8
<b>2010</b>	48984	107,0	42733	93,3	4890	10,7	37843	82,7	5926	12,9	325	0,7
<b>2011</b>	46566	102,1	40706	89,3	4215	9,24	36491	80,0	5588	12,25	272	0,6

З метою забезпечення надання належної медико-психологічної допомоги дітям та підліткам з граничними психічними розладами за звітний період створено: 11 закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів для медико-психологічної допомоги дітям і підліткам з граничними психічними розладами; 36 центрів медико-соціальної реабілітації загальною потужністю 1470 ліжок, в середньому 42 ліжка; 23 центри сімейного консультування та психотерапевтичної корекції на 370 відвідувань за зміну; 30 стаціонарів та відділень для дітей з граничними розладами на 840 ліжок; 116 дитячих поліклінік, у штатах яких є дитячий психіатр, що складає 40,8% від загальної кількості відповідних закладів охорони здоров'я; 64,0% від загальної кількості шкіл мають у штаті дитячого психолога.

З метою своєчасного виявлення осіб з девіантними та делінквентними формами поведінки проведено облік 60577 дітей та підлітків, що виховуються у функціонально неспроможних сім'ях, залишилися без піклування батьків і утримуються в притулках для неповнолітніх чи перебувають на обліку інспекції у справах неповнолітніх.

Для надання медико-соціальної допомоги особам з тяжкими хронічними психічними розладами функціонують: 39 психоневрологічних лікарень для лікування хворих, що втратили оселю та родинні зв'язки, на 5750 ліжок; 54 будинки інвалідів для дітей з розумовою відсталістю на 5575 ліжок; 8 відділень сестринського нагляду для осіб з тяжкими хронічними психічними розладами на 252 ліжка; 41 геріатричне відділення для хворих з тяжкими хронічними психічними розладами на 2069 ліжок; 138 психоневрологічних інтернатів (в системі соціального захисту) на 23566 ліжок. Проводився патронаж 19055 хворих з тяжкими хронічними психічними розладами в амбулаторних умовах, а також 13559 дітей з тяжкими хронічними психічними розладами.

На виконання заходів щодо профілактики порушень соціально-психологічної адаптації населення до гострого і хронічного стресу в Національній академії педагогічних наук України виконано НДР за темою: "Профілактика порушень соціально-психологічної адаптації молодих людей та їхніх батьків до гострого та хронічного стресу". За результатами проведених соціально-психологічних досліджень підготовлено методичні рекомендації з питань поширення засад здорового способу життя серед молоді для практичних психологів, соціальних працівників, учителів.

Інститутом неврології, психіатрії та наркології НАМН України

виконувалась такі НДР: “Науково обґрунтувати диференціально-діагностичні критерії депресивних розладів у хворих, що знаходяться на лікуванні у загальносоматичних стаціонарах та розробити принципи їх терапії” (2005 р.). Отримані наступні результати: створені та впроваджені у практичну охорону здоров'я уніфіковані схеми лікування, психопрофілактики та психогієни соматизованих депресій та соматоформних розладів, які дозволяють проводити більш адекватну терапію в умовах сімейної медицини, загальнотерапевтичних поліклінік та стаціонарів.

У 2008 р. завершено НДР “Дослідити предиктори суїцидальної поведінки у осіб з різними формами психічної патології для розробки критеріїв їх прогнозування, діагностики та створення принципів профілактики”. Доведено, що формування суїцидальної поведінки при невротичних та ендогенних розладах обумовлено не окремо взятими особовими, демографічними, економічними або сімейними чинниками, а їх поєднанням.

У 2009–2010 рр. завершено:

1. НДР “Розробити науково обґрунтований прогноз захворюваності та розповсюдженості психічних розладів серед дорослого населення України”. Встановлені взаємозв'язки між економічними показниками (індекс людського розвитку) та організаційно-методичними заходами за період 1970–2006 рр. та урахованою захворюваністю і поширеністю психічних розладів в різних регіонах України. Визначено періодичність зареєстрованих медичними закладами піків захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення, їх зв'язок з впровадженням в психіатричні заклади України нових нормативних актів, які регламентують особливості надання психіатричної допомоги населенню, за період з 1970 по 2007 рр.

2. НДР “Розробити заходи протидії епідемії алкоголізму, наркоманій та залежності від азартних ігор на основі моніторингу процесів їхнього поширення (ПР ЗН АМ 07)”. Встановлено, що в умовах реального молодіжного середовища тютюн має найвищий адиктивний потенціал серед усіх інших об'єктів потенційного зловживання – більше ніж чверть молодиків (від загальної кількості тих, що мають досвід вживання тютюну) стають залежними від нього ще протягом перебування у підлітково-юнацькому віці; легальні психоактивні речовини (тютюн і алкогольні напої), а також азартні ігри відіграють роль “каталізаторів” розвитку залежності від нелегальних психоактивних речовин – наркотиків; узалежнена поведінка щодо вживання будь-якої нелегальної

психоактивної речовини міцно пов'язана з відповідною поведінкою щодо вживання інших нелегальних психоактивних речовин, що, вірогідно, пояснюється тим, що людина, одного разу подолавши психологічне табу на вживання певної нелегальної психоактивної речовини, починає експериментувати із вживанням інших психоактивних речовин набагато легше, ніж інтактна особа.

3. НДР “Вивчити особливості девіантної поведінки у підлітків та розробити систему психопрофілактики”, установа-виконавець – ДУ “Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України”. Встановлено, що основні варіанти девіантної поведінки (агресія, алкоголізація, тютюнопаління, характерологічні реакції, змінений стиль поведінки, аморальна поведінка) зустрічаються з однаковою частотою як серед хлопців, так і серед дівчат. У підлітків шкільного віку не виявлено достовірних відхилень від популяційних показників агресії за ступенем та характером прояву агресивності. Низький рівень контролю агресії мають 43,5% школярів. У школярів відмічаються негативістські тенденції у структурі агресивності незалежно від гендерних особливостей, але різні за якісним складом: у хлопців це показники ворожості та агресивності, а у дівчат – показники конфліктності та негативізму.

Основні результати: визначено структуру та питому вагу девіантної поведінки у підлітків, гендерні та вікові особливості різних форм девіантної поведінки; встановлено фактори ризику виникнення девіантної поведінки у підлітків; розроблено технологію діагностики клінічних і неклінічних форм девіантної поведінки та системи психопрофілактики цих станів; розроблено стандарт лікувально-профілактичної активності для підлітків з неклінічними і клінічними формами девіантної поведінки.

4. НДР “Обґрунтування створення загальнонаціональної системи охорони психічного здоров'я постраждалих внаслідок радіаційних аварій та радіологічних терористичних атак із застосуванням “брудної бомби”, установа-виконавець – ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України”.

Отримані результати: визначено характерні особливості структури нервово-психічних розладів у евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій; при оцінці існуючих протоколів лікування та реабілітації постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС визначено доцільність переходу від загальноприйнятих підходів на біопсихосоціальну модель надання допомоги постраждалим при можливих радіаційних аваріях і терористичних атаках із застосуванням радіологічного диспергуючого пристрою “брудної бомби”.

5. НДР “Розробити заходи протидії епідемії алкоголізму, наркоманій та залежності від азартних ігор на основі моніторингу процесів їхнього поширення”; установа-виконавець: ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”. За результатами отримано 8 патентів та 60 одиниць іншої науково-технічної документації; розроблені пропозиції знайшли втілення: в Законі України від 15.05.2009 №1334-VI “Про заборону грального бізнесу в Україні”; Законі України від 11.06.2009 №1512-VI “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення регулювання відносин у сфері попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров’я населення”; в постанові Верховної Ради України від 15.03.2009 №1189-VI “Про прийняття за основу проекту Закону України про внесення змін до Закону України “Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров’я населення” (щодо приведення деяких положень у відповідність із Рамковою конвенцією Всесвітньої організації охорони здоров’я із боротьби проти тютюну)”; в постанові КМУ від 03.09.2009 №940 “Про затвердження Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров’я населення на період до 2012 року”; в проекті Закону України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо впорядкування роздрібної торгівлі алкогольними напоями та протидії алкоголізму” (zareєстрований 25.09.2009 за №5168).

6. НДР “Розробити науково обґрунтований прогноз захворюваності та розповсюдженості психічних розладів серед дорослого населення України”; установа-виконавець: ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”. Отримані результати: визначено динаміку захворюваності та поширеність основних форм психічної патології серед урахованих психічних розладів (1970–2008 рр.) в різних регіонах України, забезпеченість населення лікарями-психіатрами, психіатричними ліжками, кількістю місць у денних психіатричних стаціонарах, лікарняно-трудовах майстернях; встановлені взаємозв’язки між економічними показниками (індекс людського розвитку) та організаційно-методичними заходами за період 1970–2006 рр. та урахованою захворюваністю і поширеністю психічних розладів; визначено періодичність піків, zareєстрованих медичними закладами, захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення, їх зв’язок з впровадженням в психіатричні заклади України нових нормативних актів, які регламентують особливості надання психіатричної допомоги населенню.



7. НАМН та МОЗ України у 2009 р. спільно виконувалась НДР “Розробити систему лікування та профілактики повторних суїцидів при різних формах психічної патології”; установа-виконавець: ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”. Отримані результати: сформована база даних щодо феноменології суїцидальної поведінки при різних формах психічної патології, на підставі чого виділені предиктори суїцидального ризику та патофізіологічні механізми його формування; доведено, що клініко-психологічними предикторами суїцидальної поведінки при екзогенних та ендогенних психотичних розладах є високий ступінь афективних порушень, імпульсивність та звуження міжособових контактів, звуження та розлад когнітивних функцій та міжособових контактів; встановлено, що серед патофізіологічних механізмів формування суїцидальної поведінки у хворих на екзогенні та ендогенні психотичні розлади є: переважання депресивної та депресивно-параноїдної симптоматики, ідей самозвинувачення, високий ризик повторної суїцидальної поведінки за шкалою MADRS та шкалою Цунга для самооцінки депресії, високий рівень особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна, зміщення чорного та сірого кольорів на останні позиції (за даними теста Люшера), що свідчило про можливість повторної суїцидальної спроби. Розроблено 2 методи діагностики та 1 метод лікування, створено 2 технології. Отримано позитивне рішення про видачу патенту на корисну модель по заявці.

8. Інститутом соціальної та політичної психології НАПН України виконувалася НДР “Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій”. Отримані результати: визначено основні напрямки соціально-психологічної профілактики порушень адаптації молоді до повсякденного стресу, серед яких акцентовано увагу на оптимізації значущих стосунків, розвиткові вміння прогнозувати власне майбутнє, будувати реалістичні життєві плани, ставити життєві завдання, адекватні власним можливостям, конструювати несуперечливу й динамічну особистісну ідентичність; встановлено основні структурно-функціональні характеристики адаптивності молоді до стресу; проаналізовано особливості соціально-психологічної адаптації в трансформаційний період розвитку суспільства; експериментальним шляхом вивчено індивідуальні відмінності соціально-психологічної адаптації старшокласників до постановки життєвих завдань. Серед чинників дезадаптивності молоді виділено страх за особисте і загальне майбутнє, очікування загрозливих соціальних обставин, лиха, що можуть

зруйнувати життєві плани, призвести до громадянської війни та екологічної катастрофи з огляду на теперішній політико-економічний стан країни. Намічено шляхи соціально-психологічної корекції розвитку адаптивності молоді.

У 2010 р. виконувались наступні НДР:

9. Фахівцями ДУ “Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України” виконувалась НДР “Визначити чинники, що обумовлюють трансформацію пароксизмальних станів в епілепсії”. Різноманітні пароксизмальні стани надзвичайно розповсюджені серед дітей. Були розроблені методичні підходи, які ґрунтуються на доцільності проведення обстеження хворих під час загострення патологічного процесу та після проведення курсу лікування.

10. Фахівцями ДУ “Інститут охорони здоров’я та підлітків НАМН України” виконувалась НДР “Розробити технологію психопрофілактики суїцидальної поведінки у підлітків з психічними непсихотичними розладами”. Розроблено карту-фішку для обстеження тематичного хворого з урахуванням соціо-демографічних, біологічних, психологічних, клініко-психопатологічних показників формування суїцидальної поведінки у підлітків.

Фахівцями ДУ “Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України” виконувались 2 НДР:

11. “Розробити систему лікування та профілактики повторних суїцидів при різних формах психічної патології”.

12. “Розробити медико-технологічні нормативи щодо медичної допомоги хворим з депресивними розладами”. Проаналізовано понад 150 міжнародних джерел літератури з проблеми лікування депресивних розладів. Вивчено вітчизняні та низку провідних іноземних нормативних документів щодо лікування депресивних розладів. Виявлено тенденції до уніфікації строків лікування, виявлено недостатність критеріїв індивідуалізації терапевтичних підходів.

13. Фахівцями ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України” виконувалась НДР “Оцінка психічного здоров’я і стану нервової системи жінок, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та обґрунтування заходів щодо їх поліпшення”.

Національною академією медичних наук України виконувались ряд НДР:

1. “Наукове обґрунтування надання інтенсивної нейропсихіатричної допомоги у структурі медичного реагування при надзвичайних радіаційних ситуаціях”, установа-виконавець – ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України”. Було проведено оцінку потреби у наданні інтенсивної

нейропсихіатричної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайної радіаційної ситуації, були розроблені алгоритми надання інтенсивної нейропсихіатричної допомоги, модель і положення про діяльність блоку інтенсивної нейропсихіатричної допомоги.

2. “Визначити чинники, що обумовлюють трансформацію пароксизмальних станів в епілепсії”, установа-виконавець – ДУ “Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України”. Було розроблено заходи для попередження трансформації пароксизмальних станів в епілепсії. Досліджень, які б базувалися на зіставленні клініко-соматоневрологічних, клініко-анамнестичних, електроенцефалографічних та вірусологічних показників щодо ролі цих інфекцій у трансформації пароксизмальних станів в епілепсії, до цього часу не проводилося. З’ясовано наступні закономірності процесів трансформації фебрильних судом в епілептичні напади: при наявності в структурі фебрильного нападу фокальності у подальшому відбувалася їх трансформація в епілептичні напади фокальні та вторинно-генералізовані за характером; при проявах генералізованих за характером судом мала місце їх трансформація в первинно-генералізовані епілепсії. Переходу фебрильних судом в епілептичні напади сприяє гостра або загострення хронічної герпесвірусної інфекції.

3. “Розробити технологію психопрофілактики суїцидальної поведінки у підлітків з психічними непсихотичними розладами”, установа-виконавець – ДУ “Інститут охорони здоров’я та підлітків НАМН України». Були визначені прогностичні критерії суїцидального ризику у підлітків з різними психічними захворюваннями непсихотичного рівня. Розроблено технологію надання психопрофілактичної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою. Визначено прогностичні критерії суїцидального ризику у підлітків із психічними непсихотичними розладами залежно від їх нозологічної форми. Встановлено, що для підлітків із неврастенією несприятливими прогностичними критеріями суїцидального ризику були: симптоми емоційної нестійкості та збудженості; тривожно-депресивний синдром; фактори інвалідності у одного з батьків; фактор порушення адаптації у школі і недостатня соціалізація підлітка; високий рівень соціальної дезадаптації; деструктивний тип сім’ї та відсутність роботи у батьків. Для підлітків із депресивним невротичним розладом серед факторів ризику формування суїцидальної поведінки найбільшу прогностичну значущість мали симптоми гіпотимії, дисфорії, тривоги та агресії; девіантний та тривожний синдроми; вік підлітка (15–18 років); наявність депресії у одного з батьків,

включаючи суїцидальну поведінку; порушення комунікативної активності із однолітками; психологічні патерни – високий рівень тривоги та депресії; фактор неповної сім'ї; фактор недостатнього матеріального благополуччя сім'ї та недостатній рівень соціалізації підлітка у сім'ї. Для підлітків із емоційно-лабільним розладом органічного генезу було виділено наступні чинники: наявність симптомів тривоги, дисфорії, агресії; наявність девіантного та тривожно-депресивного синдромів; молодший підлітковий вік (12–14 років); стать (чоловіча); фактор трудової міграції батьків та недостатній рівень соціалізації підлітка у школі.

4. “Розробити медико-технологічні нормативи щодо медичної допомоги хворим з депресивними розладами”, установа-виконавець – ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”.

5. “Оцінка психічного здоров'я і стану нервової системи жінок, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та обґрунтування заходів щодо їх поліпшення”. Установа-виконавець – ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України. Обстежено 103 жінки, які були евакуйовані або переселені з радіоактивно забруднених територій, та 102 жінки, які проживають на радіоактивно забруднених територіях, з нервово-психічними розладами; використані результати обстеження 108 чоловіків, які були евакуйовані або переселені з радіоактивно забруднених територій та 108 чоловіків, які проживають на радіоактивно забруднених територіях з нервово-психічними розладами. Головними чинниками ризику нервово-психічних розладів є хронічний стрес, преморбідні властивості особистості, професійна підготовка до екстремальних ситуацій, соціально-економічні чинники та наявна соматична патологія. А заходами щодо поліпшення психічного здоров'я і стану нервової системи – поєднання сучасної психофармакотерапії, психотерапії та адекватної соціальної реадaptaції постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

6. “Розробити систему лікування та профілактики повторних суїцидів при різних формах психічної патології”. Установа-виконавець – ДУ “Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України”. На підставі узагальнення результатів статистичного аналізу незавершених суїцидальних спроб, що були скоєні шляхом самоотруєння та завершених суїцидальних спроб у 2008-2010 роках були отримані дані щодо найбільш уразливих верств населення та виділення з цієї популяції осіб, що зверталися по допомогу до міських психіатричних служб. Впроваджено в лікувальну практику новий метод лікування

злякисної кататонії (Патент України на корисну модель Спосіб лікування злякисної кататонії з застосуванням краніоцеребральної гіпотермії). Завдяки застосуванню цієї методики отримана нова удосконалена корисна модель лікування злякисної кататонії шляхом проведення КЦГ в щадному режимі, що забезпечило скорочення строку лікування, підвищення його ефективності, зниження медикаментозного навантаження, безпеку для пацієнта.

Інститутом соціальної та політичної психології НАПН України під час роботи над темою “Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій” розроблено систему заходів щодо профілактики порушень адаптації молоді до стресів і кризових життєвих ситуацій, зокрема запропоновано стратегії надання психологічної допомоги відповідно до типового ставлення молоді до кризи: ігнорувального, перебільшувального, демонстративного, волюнтаристського та продуктивного. Акцентовано увагу на продуктивній стратегії копіngu, якою є перевизначення ситуації, що спровокувала стресовий стан. Розкрито механізми дореагування, наративізації та переінтерпретації як засобів профілактики та подолання стресових ситуацій.

Розкрито вплив гострих та хронічних стресів на життєздійснення особистості, показано можливості підвищення стресостійкості у сімейній, професійній, особистій сферах, особливості роботи з проблемною молоддю, викладено способи надання психологічної допомоги та самопомоги.

Розроблено рекомендації щодо самостійного підвищення стресостійкості у проблемної молоді. Запропоновано способи використання творчої візуалізації, самонавіювання, аутотренування, медитації, музики для підвищення стресостійкості людини.

Міністерство внутрішніх справ України впроваджувало сучасні методи профілактики суспільно небезпечних дій хворих на розлади психіки і поведінки. Дільничними інспекторами міліції проводиться профілактична робота з психічно хворими особами, які становлять суспільну небезпеку. Основні зусилля при цьому спрямовуються на недопущення з їх боку протиправних дій. Станом на 01.01.2012 р. на профілактичних обліках перебуває 6604 такі особи, протягом 2011 р. на облік поставлено 1328 осіб. Міськрайорганами внутрішніх справ налагоджено взаємодію з психоневрологічними диспансерами та лікарнями з метою організації спільного контролю за поведінкою осіб цієї категорії. За необхідності медичним працівникам надається допомога в їх примусовій госпіталізації.

Міністерство освіти і науки, молоді і спорту здійснювало заходи з профілактики порушень соціально-психологічної адаптації учнів до хронічного стресу. Психологічна служба діє відповідно до статей 21, 22 Закону України "Про освіту" та Положення про психологічну службу системи освіти України.

Основною метою діяльності психологічної служби є психологічне забезпечення та підвищення ефективності педагогічного процесу, захист психічного здоров'я і соціального благополуччя усіх його учасників: вихованців, учнів, студентів, педагогічних і науково-педагогічних працівників.

Соціально-педагогічний патронаж спрямований на надання соціально-педагогічної допомоги соціально незахищеним категоріям вихованців, учнів і студентів з метою подолання ними життєвих труднощів та підвищення їхнього соціального статусу.

Кількість практичних психологів за останній рік збільшилася з 13227 осіб до 13958 осіб, соціальних педагогів – з 5033 осіб до 5764 осіб, керівників районних (міських) психологічних служб – з 785 осіб до 812 осіб.

Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи проводить щорічний моніторинг забезпеченості навчальних закладів системи освіти фахівцями психологічної служби. Розрахунок потреби практичних психологів і соціальних педагогів здійснюється на основі нормативів чисельності.

Найбільшого збільшення працівників психологічної служби досягли управління освіти і науки Львівської (на 270 осіб), Дніпропетровської (на 132 особи), Полтавської (на 98 осіб) та Чернігівської (на 86 осіб) облдержадміністрацій.

Загалом найкраще забезпечення всіх типів навчальних закладів практичними психологами і соціальними педагогами відповідно до нормативів численності мають такі регіони: м. Севастополь (86,2%), Івано-Франківська область (64%), Сумська область (63%), Кіровоградська область (62,2%), Київська область (60,3%).

Найменший показник у Миколаївській (32,2%) Тернопільській (34,7%), Житомирській (37,1%), Вінницькій (37,5%), Херсонській (39,6%) областях.

Станом на кінець навчального року у навчальних закладах працює 15 тис. 441 практичний психолог, що становить 44,4% забезпеченості від загальної кількості навчальних закладів всіх типів. Слід зазначити, що міські навчальні заклади забезпечені практичними психологами краще, ніж сільські, показник становить 66,4% і 28,3% відповідно.

Найкраще забезпечення мають такі регіони: м. Севастополь – 76,8%, м. Київ – 68,3%, Івано-Франківська область – 62,6%, Сумська область – 53,4%, Чернівецька область – 50,8%.

Найгірша ситуація у Миколаївській – 30,2%, Херсонській – 30,6%, Житомирській – 31,2%, Вінницькій – 31,4%, Кіровоградській – 32,1% областях.

Серед навчальних закладів найкраще забезпечені практичними психологами спецшколи-інтернати (96,1%), загальноосвітні навчальні заклади забезпечені на 93,3%, спеціальні дошкільні навчальні заклади на 72,2%, а професійно-технічні навчальні заклади – на 71,1%, які знаходяться в місті. Водночас лише 9,5% дошкільних навчальних закладів України, які знаходяться в сільській місцевості, забезпечені практичними психологами.

У цілому найгірша ситуація щодо забезпечення практичними психологами у позашкільних навчальних закладах України: на 17,3% забезпечені міські ПНЗ та на 9,5% ПНЗ, які знаходяться в сільській місцевості.

На неналежному рівні стан справ у ВНЗ I–II рівнів акредитації: на 29,5% забезпечені практичними психологами міські та на 19,6%, які знаходяться в сільській місцевості.

Дещо гірше, ніж практичними психологами, забезпечені навчальні заклади соціальними педагогами. Їх нараховується 6 тис. 430 фахівців, що становить 32,4% від потреби.

Позитивну динаміку впродовж останніх років та найкраще забезпечення соціальними педагогами мають навчальні заклади м. Севастополя – 71,4%, Черкаської – 61,1% та Київської – 53,9% областей.

Низьким залишається забезпечення соціального патронажу у навчальних закладах сільської місцевості, Так, лише 4 із 320 сільських навчальних закладів Донецької та 29 із 498 Дніпропетровської області забезпечені соціальними педагогами.

Серед типів навчальних закладів найкращий показник мають спецшколи (інтернати): 62,4% місто та 53,8% село. Загальноосвітні навчальні заклади, які знаходяться в місті, забезпечені на 57,7%, а сільські – на 29,2%, ПТНЗ на 29,7% міські та на 37,8% сільські.

Психолого-медико-педагогічні консультації – це методичні установи системи освіти, які спрямовані на підтримку, захист прав дітей з особливими освітніми потребами та з інвалідністю на здобуття ними освіти, надання різноманітної допомоги їхнім родинам безпосередньо в місцях проживання.

Діяльність їх здійснюється відповідно до чинного Положення, законів України, Конституції України та Конвенції ООН про права інвалідів.

За період виконання Програми захворюваність населення України на психічні розлади знизилась на 6,7%, а поширеність – зросла на 3,4%, покращився диспансерний нагляд (збільшення на 46,7%).

Поширеність наркологічних розладів знизилась на 5,1%, особливо алкогольних психозів (на 54,3%). Захворюваність на наркологічні розлади знизилась на 21,9%.

## **2.17. Скорочення поширеності інфекційних хвороб**

Сьогодні інфекційні хвороби – не лише проблема здоров'я населення, але й важлива соціально-економічна проблема, що має наслідки для благополуччя як окремої людини, так і для держави та людства в цілому. Інфекційна захворюваність викликає занепокоєння не лише через поширеність, але й через загрозу здоров'ю нації, її економіці та міжнародному іміджу держави.

В Україні за звітний період здійснено поглиблений аналіз стану імунопрофілактики на всіх рівнях, інформаційні листи надсилалися до ЛПЗ та санепідстанцій. Проводилося централізоване забезпечення областей препаратами для проведення щеплень, на всіх рівнях здійснювався моніторинг використання вакцин.

У 2002–2011 рр. здійснювались заходи щодо досягнення належного рівня охоплення населення імунізацією. Кабінетом Міністрів України розроблено та затверджено постанову від 24.10.2002 р. №1566 “Про затвердження програми імунопрофілактики населення на 2002–2006 роки”; наказ МОЗ “Про затвердження плану реалізації заходів щодо імунопрофілактики населення на 2002–2006 роки”. Законом України від 21.10.2009 р. № 1658-VI затверджено “Загальнодержавну програму імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки”. Метою програм є забезпечення епідемічного благополуччя населення шляхом зниження рівня захворюваності на інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики, а також смертності та інвалідності внаслідок інфекційних хвороб.

З 2006 р., відповідно до наказу МОЗ України від 03.02.2006 р. №48 “Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів”, затверджено новий Календар щеплень, у яким запроваджено вакцинацію проти гемофільної інфекції. Нині цю вакцинацію



включено в усі Національні календарі більшості країн Європи. Впровадження вакцинації дасть змогу значно знизити захворюваність на гнійний менінгіт та пневмонію, передусім серед дітей віком до 5 років.

Проте у 2011 р. цей Календар профілактичних щеплень визнано таким, що втратив чинність. Наказом МОЗ України від 16.09.2011 р. №595 “Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів” затверджено новий Календар профілактичних щеплень в Україні, який включає обов’язкові профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на дифтерію, кашлюк, кір, поліомієліт, правець, туберкульоз. Інші обов’язкові щеплення встановлюються для груп населення: за віком; щеплення дітей з порушенням цього Календаря; щеплення ВІЛ-інфікованих осіб; за станом здоров’я; проти вірусного гепатиту В осіб із злякисними новоутвореннями, осіб, що перебувають на гемодіалізі та отримують багаторазові довготривалі переливання донорської крові або її препаратів; щеплення на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показами.

Слід зазначити, що охоплення щепленнями проти інфекційних хвороб, керованих засобами специфічної імунопрофілактики, декретованих вікових груп згідно з календарем профілактичних щеплень з року в рік знижується. Охоплення щепленнями дітей до року становило: у 2002 р. проти дифтерії 98,8%, 2009 р. – 81,1%, проти кашлюку – 98,2% і 81,4%, поліомієліту – 99,0% (80,4%), туберкульозу – 97,8% (93,5%). До початку 2011 р. спостерігається тенденція до зниження захворюваності на інфекції, керовані заходами специфічної профілактики завдяки забезпеченню у попередні роки високих показників імунізації. У 2011 р. внаслідок антивакцинальної кампанії обсяги охоплення щепленнями знижено до критичного рівня.

У 2011 р. дані звітної форми “Укрвак” свідчать про подальше погіршення охоплення щепленнями. Виконання плану щеплень становить 54,3%, не щеплено проти поліомієліту 225 тис. осіб, не ревакциновано – 120 тис. осіб. Території України, де не досягнуто необхідного рівня охоплення вакцинальним комплексом дітей першого року життя, піддаються загрозі занесення та розповсюдження поліовірусу.

Відповідно до звітної форми № 70, виконання плану щеплень за I півріччя 2011 р. з керованих інфекцій знаходиться нижче критичного рівня. Вакцинація проти гепатиту В склала 18,0%, АКДП-3 до 1 року – 15,0%, кір, паротит – 11,8%,

ІПВ-3 та ОПВ-3 до року – 22,0%. Тільки у другому півріччі розпочалися поставки імунобіологічних препаратів, що у деякій мірі покращило ситуацію, але не вирішило поставлених завдань 2011 р.

За даними моніторингу (форма “УкрВак”) у 2011 р. не щеплено проти туберкульозу 50 тис. дітей до 1 року, проти поліомієліту – 225 тис., проти коклюшу, дифтерії, правця – 267 тис. Не щеплено проти кору, краснухи, епідпаротиту – 165 тис. дітей.

Від своєчасності прийнятих рішень щодо створення можливостей для забезпечення та підтримки необхідного рівня охоплення плановою імунізацією дітей в усіх вікових групах залежить у майбутньому здоров'я нації, її епідемічне благополуччя.

Зниження обсягів специфічної імунопрофілактики може призвести до зниження популяційного імунітету та росту спалахів захворюваності. Результати вивчення напруженості та тривалості імунітету до кору та краснухи серед дітей та дорослих свідчать, що найбільший відсоток незахищених спостерігався серед дорослого населення.

Проведення профілактичних щеплень залишається пріоритетним завданням охорони здоров'я у справі подолання ризику захворювання та смертності населення від таких небезпечних інфекційних хвороб, як туберкульоз, дифтерія, правець, поліомієліт, кір, краснуха тощо. Сьогодні необхідно сконцентрувати увагу і зусилля на всіх заходах, пов'язаних із забезпеченням якості та ефективності проведення профілактичних щеплень, підвищувати відповідальність та професіоналізм медичних працівників. Необхідно забезпечити надійний контроль та відповідальність за безпечністю імунобіологічних препаратів, що надходять до споживача, – як вітчизняного виробництва, так і імпортованих зарубіжних вакцин – на етапах реєстрації та запровадження.

Міністерство освіти і науки України (наказом №651 від 14.11.2002 р.) зобов'язало управління освіти і науки включити питання імунопрофілактики населення до медико-педагогічного навчання батьків з проблем охорони здоров'я у навчальних закладах.

За звітний період проводилося навчання курсантів-бактеріологів КМАПО з питань організації роботи лабораторій полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР-лабораторій) та методів ПЛР-діагностики. В країні діють затверджені постановою Головного державного санітарного лікаря України ДСП 9.9.5.080-2002 “Правила влаштування і безпеки роботи в лабораторіях (відділах, відділеннях)

мікробіологічного профілю”, методичні вказівки МВ 9.9.5.101-2003 р. “Полімеразна ланцюгова реакція для виявлення збудників патологічних процесів” (від 09.07.03 р. №24). МОЗ України видано накази “Про розподіл комплектів обладнання для проведення досліджень методом ПЛР та ІФА для вірусологічних лабораторій” від 05.05.2009 р. №301, “Про забезпечення функціонування Центральної Референс-лабораторії МОЗ та лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу” від 20.05.2009 р. №337/42.

Протягом звітних років здійснювались атестація центрів ПЛР, заходи щодо розмежування прав та обов’язків закладів охорони здоров’я усіх форм власності, визначено механізми їх взаємодії при наданні медичної допомоги хворим на венеричні захворювання.

Проведено стовідсоткову атестацію лабораторій і центрів ПЛР у Вінницькій, Волинській, Рівненській, Хмельницькій областях, м. Києві та Севастополі, на 50% – в АР Крим та Полтавській області. У ЛПЗ за звітний період бактеріологічних лабораторій не створено через недостатнє фінансування.

У 2002–2011 рр. в Україні проводяться комплексні заходи щодо профілактики сказу у людей. На вітчизняних біофабриках налагоджено випуск антирабічних вакцин (Сумська, Херсонська біофабрики). Сьогодні вітчизняні антирабічні вакцини повністю перекривають потребу. У рамках французько-українського співробітництва французькою стороною запропоновано допомогу в проведенні діагностики сказу та застосуванні пероральних вакцин для імунізації диких хижаків. Ця програма розпочата у грудні 2002 р. Постійно проводилась санітарно-освітня робота щодо попередження сказу.

У Міністерстві аграрної політики України для забезпечення благополучної епізоотичної ситуації та ліквідації природних вогнищ сказу проводиться широкомасштабна імунізація диких тварин із застосуванням пероральної вакцинації. Нині в Україні проводилися випробування таких вакцин: у Одеській області випробовується вакцина “Рабіліс”, яка розроблена Одеським протичумним інститутом. У Полтавській області випробовувалася вакцина “Рабівак ХТТ”, яка розроблена Державним науково-дослідним контрольним інститутом біотехнології і штамів мікроорганізмів. У АР Крим проводилося випробування вакцини “VRG” виробництва фірми “Серіал” (Франція). В Україні діяла “Комплексна програма основних заходів профілактики та боротьби із сказом на 2000–2010 рр.”.

Спеціалістами ветеринарної медицини проведено 8,1 млн щеплень

домашніх та сільськогосподарських тварин; пероральну вакцинацію диких м'ясоїдних тварин у Донецькій, Київській, Луганській, Полтавській, Сумській, Харківській та Дніпропетровській областях.

Проведення пероральної імунізації разом з іншими ветеринарно-санітарними заходами дало можливість значно поліпшити епізоотичну ситуацію щодо сказу.

За звітний період в Україні здійснювався моніторинг захворюваності населення на інфекційні хвороби з аналізом епідемічної ситуації, проведених заходів з попередження захворювань та пропозиціями, які необхідно здійснювати для виконання відповідних нормативно-правових документів з цих питань. Під керівництвом ВООЗ здійснювалася робота з профілактики та ліквідації захворюваності населення на поліомієліт, дифтерію, кір.

У 2002–2011 рр. виявлено тенденцію до зниження захворюваності на інфекційні хвороби. У 2011 р. всього без носіїв, грипу та ГРВІ зареєстровано 525,5 випадку на 100 тис. населення захворюваності на інфекційні хвороби, що майже у 2 рази нижче, ніж у 2002 р. (1024,7).

Незважаючи на те, що у 2011 р. порівняно з 2010 р. зареєстровано зниження захворюваності на дифтерію, правець, сальмонельозні інфекції (на 13,3%), шигельози (17,9%), вірусний гепатит А (36,2%) та вірусний гепатит В (7,9%), відмічається ріст захворюваності – на кір у 34,2 разу (2,9 на 100 тис. населення; кашлюк – у 2,7 разу (6,4), краснуху – на 57,2% (8,0), ротавірусний ентерит – на 28,3% (18,9), менінгококову інфекцію – на 13,9% (1,2), хронічний вірусний гепатит – на 10,6%.

Серйозною проблемою для охорони здоров'я є вірусні гепатити. За даними ВООЗ, щороку це захворювання забирає понад 1 млн осіб, понад 2 млрд осіб є інфіковані вірусом гепатиту В, близько 200 млн – вірусом гепатиту С.

Серед загальної кількості гострих вірусних гепатитів питома вага вірусного гепатиту А (ВГА) складає у середньому 16%, вірусного гепатиту В (ВГВ) – 19%, гепатиту С – 6%, на долю інших, етіологічно не розшифрованих, гепатитів припадає 1%, а на долю хронічних гепатитів – 58%.

Останнім часом залишається загальна тенденція до зниження захворюваності на гострі вірусні гепатити. У 2010–2011 рр. захворюваність знизилась на 21,5% – з 6193 випадків до 4860, інтенсивний показник – з 13,5 до 10,6 на 100 тис. населення.

У 2011 р. порівняно з 2010 р. спостерігається деяке зниження

захворюваності на гострі форми вірусного гепатиту В – на 7,9%, С – на 10,69%. Разом з тим реєструється ріст хронічних форм захворюваності на вірусний гепатит В – на 9,4%, С – 12,2%. Хоча офіційна статистика хронічних випадків вірусного гепатиту, яка розпочалася у 2010 р., не відображає сьогодні фактичного стану епідемічної ситуації, все ж ріст захворюваності вірусними гепатитами за рахунок хронічних форм свідчить про неповне виявлення гострих форм захворювання через різні причини.

До 2011 р. з часу введення вакцинації проти вірусного гепатиту В спостерігалось зниження захворюваності більш ніж у 4 разу серед дітей віком 0–2 роки. У 2011 р. у цій віковій групі реєструється ріст захворюваності на гострі форми вірусного гепатиту В у Вінницькій області – на 5,6%, Донецькій – 4,7%, Київській – 4,9%, Одеській – 6,9%, Харківській – 3,7%, м. Києві – 9,3% та в цілому по Україні – на 1,9% на фоні загального зниження захворюваності на вірусний гепатит В. Це свідчить про недостатній захист новонароджених за допомогою специфічної профілактики – виконання плану щеплень дітей до 1 року проти гепатиту В становить 53,0%.

Високий ризик зараження парантеральними вірусними гепатитами існує повсякчас під час медичних маніпуляцій, косметичних та перукарських послуг, проте в Україні такі випадки виявляються у Вінницькій, Дніпропетровській, Харківській, Хмельницькій, Черкаській, Закарпатській, Івано-Франківській областях, мм. Києві та Севастополі.

У 2011 р. Кабінетом Міністрів України схвалено Концепцію державної цільової соціальної програми з профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 р., яка передбачає зниження рівня захворюваності на вірусні гепатити В і С у 2–3 разу, рівень інвалідності та смертності – на 40%, зменшення ризику інфікування під час переливання крові – на 90%. Серед першочергових заходів – підготовка стандартів надання медичної допомоги хворим на вірусні гепатити В і С, розробка порядку акредитації для установ, які надають спеціалізовану медичну допомогу, перукарські та косметичні послуги, забезпечення лікувальними та імунобіологічними засобами.

Сьогодні однією з головних загроз для здоров'я людства серед інфекційних хвороб є туберкульоз. Сьогодні ця хвороба не ліквідована в жодній країні, тому послаблення боротьби з нею у багатьох економічно розвинутих країнах було передчасним і призвело до виходу ситуації з-під контролю.

Протягом останніх років відмічалось повільне зниження показника захворюваності на туберкульоз. У 2011 р. захворюваність населення України на активний туберкульоз становила 30 тис. 659 випадків (67,2 на 100 тис. населення). Порівняно з 2010 р. показник захворюваності знизився на 1,8%, а порівняно з 2002 р. – на 11,1%. Високі показники захворюваності зареєстровано у Дніпропетровській (95,4), Миколаївській (89,3), Одеській областях (77,4 на 100 тис. населення). Одним із показників, які характеризують епідемічну ситуацію з туберкульозу, є показник смертності. З 2006 р. зафіксовано зниження показника смертності. У 2011 р. смертність від туберкульозу становила 6972 випадки (15,3 на 100 тис. населення), що порівняно з 2010 р. менше на 7,8%, а порівняно з 2002 р. – на 25,4%. Високі рівні смертності зареєстровано у Херсонській (22,0), Кіровоградській(21,7), Луганській областях (21,3 на 100 тис. населення).

Тенденція до зниження смертності хворих на туберкульоз останніми роками підкреслює стабілізацію епідемії. Також позитивним є те, що покращується ефективність лікування хворих на туберкульоз, це є основною передумовою поліпшення епідемічної ситуації щодо туберкульозу.

Захворюваність населення України на активний туберкульоз та смертність внаслідок туберкульозу у 2002–2011 рр. наведені на рис. 2.17.1

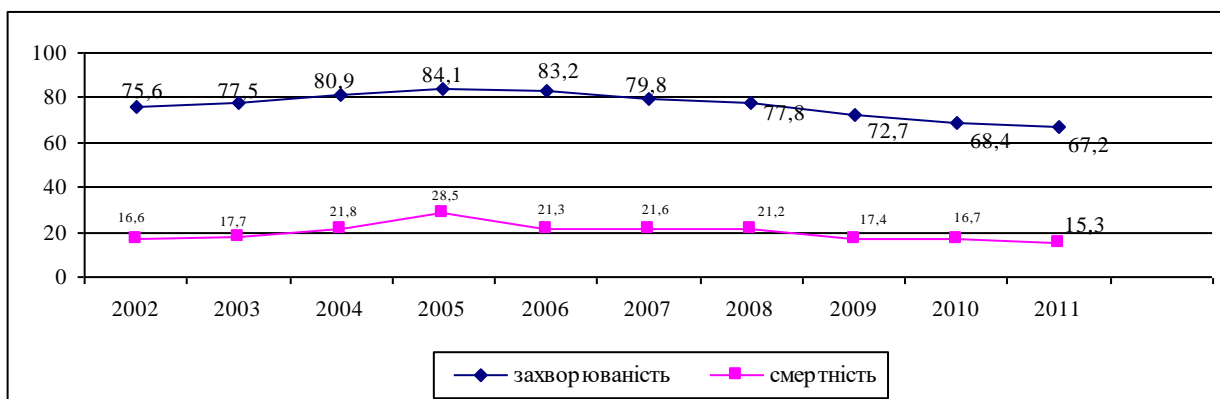


Рис. 2.17.1 Захворюваність та смертність населення України на активний туберкульоз у 2002–2011 рр. (на 100 тис. населення)

У 2011 р. захворюваність на активні форми туберкульозу органів дихання становила 29014 випадків (63,6 на 100 тис. населення), що порівняно з 2010 р. її рівень знизився на 1,4%, з 2002 р. – на 11,5% (рис. 2.17.2).

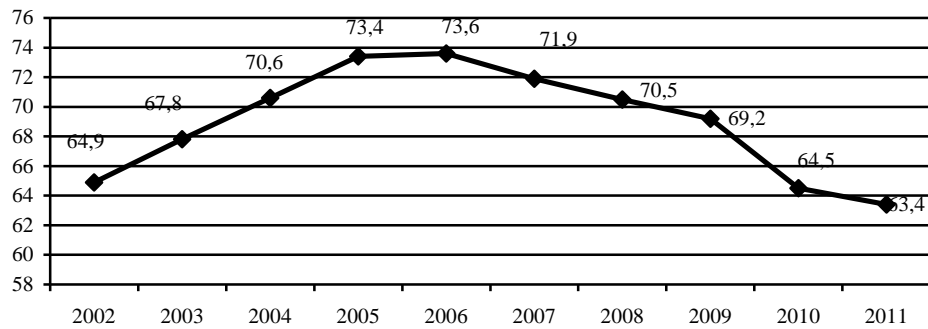


Рис. 2.17.2 Захворюваність населення України на туберкульоз органів дихання у 2002–2011 рр. (на 100 тис. населення)

Держава вперше за багато років може продемонструвати позитивні результати своєї роботи, адже незважаючи на збереження епідемії в країні, протягом останніх років медики змогли зупинити зростання поширеності туберкульозу та досягли зниження смертності: покращено фінансування, удосконалено нормативно-правову та матеріально-технічну базу медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД та туберкульоз.

Ситуацію щодо поширення епідемії туберкульозу в Україні взято під контроль завдяки комплексу організаційних заходів та суттєвому збільшенню фінансування. Необхідно ефективно впроваджувати всі прийняті нормативні акти, підвищувати якість лабораторної діагностики туберкульозу та надання медичної допомоги хворим на туберкульоз.

У зв'язку із закінченням дії Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 рр. розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2011 р. схвалено Концепцію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 рр.

Фахівцями Всеукраїнського центру контролю за туберкульозом МОЗ України спільно з міжнародними організаціями адаптована до вимог чинного законодавства України електронна система управління в галузі контролю за туберкульозом – Національний комп'ютерний реєстр хворих на туберкульоз.

В Україні діє наказ МОЗ від 28.01.2004 р. №49 “Про виконання постанови Кабінету Міністрів України від 10.12.2003 №1906 “Про затвердження Державної програми будівництва сучасних інфекційних лікарень (відділень) в обласних центрах та великих містах на 2004–2010 роки”. В усіх областях України проводилася робота з питань поліпшення матеріально-технічної бази інфекційних

відділень. У Донецькій області поліпшено матеріальну базу у 4 протитуберкульозних закладах, у Сумській – у 3 інфекційних стаціонарах.

До 2011 р. у більшості областей медичні установи повністю забезпечені одноразовим інструментарієм, у тому числі і за рахунок пацієнтів, проте у Кіровоградській, Одеській, Тернопільській, Київській, Рівненській, Хмельницькій, Львівській, Полтавській областях відмічено недостатнє забезпечення (40–95%) у зв'язку з обмеженим фінансуванням.

У 2011 р. медичне обладнання та одноразовий інструментарій для інфекційних лікарень не закуповувалися.

Таким чином, за звітний період не в достатньому обсязі здійснювались щеплення проти епідемічного паротиту, краснухи і вірусного гепатиту В у зв'язку з недостатньою забезпеченістю вакцинними препаратами.

Державною службою ветеринарної медицини вживалися заходи для поступового оздоровлення тварин від лейкозу, лептоспірозу. Проведення пероральної імунізації разом з іншими ветеринарно-санітарними заходами дало можливість значно поліпшити епізоотичну ситуацію щодо сказу.

В Україні здійснювався моніторинг захворюваності населення на інфекційні хвороби з аналізом епідемічної ситуації, проведених заходів з попередження захворювань та пропозиціями, які необхідно здійснювати для виконання відповідних нормативно-правових документів з цих питань.

Держава вперше за багато років може продемонструвати позитивні результати своєї роботи, адже незважаючи на збереження епідемії в країні, протягом останніх років медики змогли зупинити зростання поширеності туберкульозу та домоглися зниження смертності: покращено фінансування, удосконалено нормативно-правову та матеріально-технічну базу медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД та туберкульоз.

## **2.18. Охорона здоров'я постраждалих внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС**

Найбільша еколого-техногенна катастрофа сучасності – аварія на Чорнобильській АЕС – уже впродовж 25 років впливає на здоров'я людей та довкілля не тільки на радіоактивно забруднених територіях, але й на території всієї України. Заходи щодо радіаційного захисту населення та вирішення медичних проблем аварії на ЧАЕС, передбачені Програмою, були спрямовані на вивчення стану здоров'я потерпілих, удосконалення системи



надання їм медико-санітарної допомоги, оптимізацію мережі спеціалізованих медичних закладів, диспансерів, центрів тощо.

Управління радіаційного захисту населення та медичних проблем аварії на ЧАЕС МОЗ України займалось оптимізацією мережі спеціалізованих медичних закладів з надання медико-санітарної допомоги постраждалим. Внесені зміни до Переліку спеціалізованих медичних закладів.

Вінницькій області надано підтримку в організації при обласній дитячій клінічній лікарні Онкогематологічного центру з Центром радіаційного захисту дітей. Головною установою став у 2002 р. диспансер радіаційного захисту.

У Сумській області при дитячій обласній лікарні відкрито для постраждалих дітей поліклінічне відділення.

У 2002 р. було відкрито діагностично-лікувальні центри для надання медико-санітарної допомоги постраждалому населенню у Волинській, Житомирській, Дніпропетровській, Закарпатській областях.

У Запорізькій, Львівській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Івано-Франківській, Київській та Кіровоградській областях створені спеціалізовані медичні заклади для проведення диспансеризації, лікування та реабілітації постраждалих контингентів, виділені ліжка для надання спеціалізованої медичної допомоги.

У Рівненській, Харківській, Сумській, Хмельницькій, Чернігівській, Тернопільській областях координатором та організаційно-методичним центром у 2002 р. став обласний диспансер радіаційного захисту населення. Для надання медичної допомоги постраждалим контингентам задіяна вся мережа медичних закладів, починаючи з районних поліклінік і закінчуючи клініками науково-дослідних інститутів.

МОЗ України вивчалась робота обласних спеціалізованих медичних закладів, були надані рекомендації з оптимізації їх роботи, ліжкового фонду, функцій.

Переглянуті вимоги до проведення диспансеризації постраждалих контингентів, удосконалені технології обстеження. Разом з фахівцями наукового центру радіаційної медицини НАМН України (НЦРМ) розроблено та видано методичні інструкції щодо обсягів оглядів постраждалих. Створені програми діяльності спеціалізованих медичних закладів, диспансерів, центрів для надання медико-санітарної допомоги постраждалим.

Обласними управліннями охорони здоров'я розроблені комплексні плани медико-санітарної допомоги постраждалим.

Питання оздоровлення постраждалих належало до компетенції МНС України. Процес відбору хворих на санаторно-курортне лікування контролює МОЗ, воно також бере участь у перегляді переліку санаторно-курортних закладів, в яких оздоровлюються постраждалі, насамперед діти.

МОЗ разом із спеціалістами НЦРМ НАМН України і Українським Центром інформаційних технологій та національного реєстру опрацювало наказ “Про ведення та функціонування Державного реєстру України осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”, в якому передбачається удосконалення організації та ведення Реєстру.

На виконання Програми МНС розробило і затвердило “Програму заходів з організації оздоровлення осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи” та “Програму заходів з організації оздоровлення дітей-сиріт та дітей-інвалідів, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”.

Було прийнято Закон України “Про Загальнодержавну програму подолання наслідків Чорнобильської катастрофи на 2006–2010 роки” від 14.03.06 р. №3522-IV, яким визначено наступні пріоритети вирішення найважливіших проблем:

- необхідність проведення робіт з вивчення детермінованих і стохастичних ефектів, особливо серед осіб, які зазнали загального опромінення в дозах понад 250 мЗв та на щитоподібну залозу понад 200 сГр та недопустимість припинення їх державної підтримки;
- розробку заходів щодо підвищення ефективності науково обґрунтованого лікування радіаційноасоційованих і радіаційноіндукованих захворювань;
- розробку профілактичних заходів, спрямованих на зменшення онкологічної та онкогематологічної захворюваності;
- диспансеризацію і моніторинг порушень найбільш чутливих до радіаційного впливу органів і систем у віддалений період;
- медичну реабілітацію постраждалих контингентів;
- дозиметричний супровід програм щодо вивчення медичних наслідків Чорнобильської катастрофи у віддаленому періоді, особливо на радіаційно забруднених місцевостях, де у населення спостерігаються аномально високі рівні інкорпорованих радіонуклідів.

Згідно з цим законом медична допомога мешканцям областей, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, надається усіма лікувально-профілактичними закладами України.

За програмою “Комплексне медико-санітарне забезпечення постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи” відбувається фінансування роботи Українського центру інформаційних технологій та Національного реєстру МОЗ України, який веде Державний реєстр осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. На утримання УЦІТ та НР України у 2010 р. виділено 819,9 тис. грн.

На сучасному етапі подолання наслідків Чорнобильської катастрофи основна частина дози додаткового опромінення населення, яке проживає на радіаційно забруднених територіях, обумовлена внутрішнім опроміненням за рахунок забруднених харчових продуктів.

Головним дозоутворюючим радіонуклідом на переважній більшості забруднених територій сьогодні та в найближчі роки залишатиметься цезій-137, у той час коли стронцій-90 буде мати суттєве значення тільки на суміжній із зоною відчуження території (північна частина Київської та західна частина Чернігівської областей).

Основними дозоформуєчими продуктами харчування й на 25-му році подолання наслідків Чорнобильської катастрофи залишаються молоко, м'ясо та гриби з радіоактивно забруднених територій.

Проблема захисту населення від іонізуючого випромінювання є однією з актуальних медико-біологічних проблем сьогодення. До заходів такого захисту відносять не тільки запобігання проникненню радіонуклідів у організм, але і зниження накопичення їх у організмі шляхом призначення елімінаційної дієти, введенням у раціон різноманітних радіозахисних продуктів харчування та біологічно активних речовин. Проте традиційні радіопротектори, які були розроблені для захисту від опромінення у великих дозах, виявилися непридатними при хронічному опроміненні у малих дозах, оскільки вони токсичні, дають побічні ефекти та можуть застосовуватись лише протягом короткого часу.

Установлено, що надходження  $^{137}\text{Cs}$  до організму людини з харчовими продуктами в реальних умовах того чи іншого населеного пункту залежить не стільки від щільності його випадіння, скільки від повноти та ретельності

проведених протирадіаційних заходів, особливостей харчових раціонів, їх збалансованості за мікро- та макронутрієнтним складом.

Основними гігієнічними заходами попередження внутрішнього опромінення є нормування допустимих рівнів вмісту радіонуклідів у харчових продуктах та сировині, заборона виробництва та вживання місцевих сільхозпродуктів, контроль рівнів забруднення харчових продуктів та вилучення із раціонів харчування найбільш забруднених грибів, лісових ягід, молока, м'яса.

Актуальним залишається розробка способів кулінарної обробки харчових продуктів з метою зниження забруднення радіонуклідами, підвищення профілактичних властивостей харчових раціонів, адже порушення принципів раціонального харчування веде до підвищення засвоєння радіонуклідів.

З часу аварії рівні вмісту основних дозоутворюючих радіонуклідів у продуктах харчування знизились у десятки разів, поступово змінюється співвідношення  $^{137}\text{Cs}$  та  $^{90}\text{Sr}$  у харчових продуктах, що потребує корегування порядку проведення радіаційного контролю харчових продуктів та питної води, його методичного забезпечення, вдосконалення гігієнічних нормативів, поліпшення раціонів харчування населення, яке проживає на радіоактивно забруднених територіях.

Ураховуючи значний ріст захворюваності серед населення радіоактивно забруднених територій, а також те, що харчовий фактор є домінуючим у забрудненні організму людини, питання оптимізації харчування осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, проблеми захисту населення від іонізуючого випромінювання радіоактивно забруднених територій залишаються актуальними медико-біологічними проблемами сьогодення.

Міністерство постійно коригує порядок та обсяги здійснення радіаційного моніторингу об'єктів довкілля шляхом перегляду кожні 5 років комплексної програми. На сьогодні в рамках "Комплексної програми здійснення державного санітарного нагляду в галузі радіаційної безпеки України, радіаційного моніторингу довкілля установами та закладами Державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України із залученням НДІ АМН України" (наказ МОЗ України від 20.03.2006 р. № 137) здійснюється радіаційний контроль продуктів харчування місцевого походження, випадінь, донних відкладень тощо, поверхневих вод відповідно до "Програми спостережень за радіологічними показниками на транскордонних водних

об'єктах з Росією та Білоруссю" та "Тимчасовою програмою моніторингу якості води басейнів рік Південний Буг, Дніпро, Дністер і Сіверський Донець в межах України".

Щорічно установами державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України проводиться близько 200 тисяч гамма- та бета-спектрометричних досліджень продуктів харчування на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90. Аналіз отриманих результатів свідчить, що радіаційна ситуація в Україні залишається стабільною, проте продовжують фіксуватись перевищення допустимих рівнів вмісту радіонуклідів у молоці, м'ясі, овочах та дикорослих грибах та ягодах місцевого походження областей, що найбільш постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС (Волинської, Житомирської, Рівненської, Київської та Чернігівської).

Також закладами державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України проводиться щороку близько 5 тисяч досліджень води господарсько-питного водопостачання та близько 2 тисяч досліджень поверхневих вод на вміст радіонуклідів. Аналіз результатів моніторингу свідчить, що перевищень контрольних рівнів за останні роки не виявлено.

Вертикальна міграція радіонуклідів у ґрунті сьогодні така, що переважна частина їх ще не досягла водоносних горизонтів, тому водна компонента не відіграє істотного впливу на дозоутворення. Не викликає також стурбованості ситуація, що склалась у водосховищах Дніпровського басейну, оскільки рівні вмісту радіонуклідів у воді не перевищують допустимих рівнів. Але залежно від кількості води, яка виходить на заплаву річок на територіях з високими рівнями радіоактивного забруднення і вимиває з поверхневих шарів ґрунту досить значні кількості радіонуклідів, може підвищуватися колективна доза додаткового опромінення населення.

Крім цього, радіоактивне забруднення водних об'єктів відбувалося як унаслідок прямого випадіння радіоактивних аерозолів на водну поверхню, так і внаслідок вторинних ефектів: змивання радіонуклідів з поверхні забрудненої території водозабірних басейнів і їх перенесення у більш чисті регіони, масообміну між донними відкладами і водними масами, надходженням у поверхневі водойми забруднених підземних вод тощо.

Водний шлях поширення радіонуклідів залишається домінуючим шляхом масового переносу радіонуклідів чорнобильського походження із значно

забруднених територій зони відчуження ЧАЕС у чисті або незначно забруднені регіони.

Дніпровська річкова система – найважливіше джерело води для України і друга за протяжністю та стоку ріка Європи. Як питну дніпровську воду використовує близько 8 млн людей, продукти поливного землеробства і рибу споживають понад 30 млн осіб, що проживають на території басейну Дніпра. Річний комерційний вилов риби в Дніпровських водоймищах складає понад 25 000 т. В даний час річний винос  $^{137}\text{Cs}$  і  $^{90}\text{Sr}$  чорнобильського походження може досягати 2-4 ТБк і 10-20 ТБк.

Ураховуючи, що більш ніж 80% площі лісів українського Полісся зазнали значного забруднення, вони і сьогодні залишаються критичними ландшафтами з погляду формування доз внутрішнього опромінення населення, обумовлюючи у деяких районах до 50% додаткової дози внутрішнього опромінення.

Діти, які мають статус постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, забезпечуються харчуванням відповідно до фізіологічних норм, встановлених МОЗ України (постанова КМУ від 21.05.1992 р. № 258 “Про норми харчування і часткову компенсацію вартості продуктів для осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”), та у порядку, визначеному ст. 29 та 30 Закону України “Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”. Відповідно до вимог цього Закону діти зазначеної категорії, які відвідують організовані дитячі колективи, забезпечуються безоплатним харчуванням, діти, які не відвідують такі заклади, отримують грошову компенсацію на суму середньої вартості харчування в цих закладах, що встановлюються місцевими адміністраціями.

Фахівцями державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ перевірка стану забезпечення безоплатним харчуванням потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи дітей здійснюється щоквартально, і результати цих перевірок свідчать, що норми харчування для дітей зазначеної категорії відповідно до постанови КМУ від 21.05.1992 № 258 не виконуються у середньому по молоку та молокопродуктах на 20–33%, по рибі та рибопродуктах – на 10–20%, по м'ясу та м'ясопродуктах – на 10–15%, свіжих фруктах – на 10–15%, овочах – на 5–10%, яйцях – на 10,1%. Це не може не викликати занепокоєння, адже така організація харчування постраждалих дітей, безумовно, впливає на рівень їхньої захворюваності.

Державною санітарно-епідеміологічною службою МОЗ продовжувалися роботи з радіаційного контролю за продуктами харчування та сировини місцевого походження на території всієї України, у тому числі і на територіях, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. З метою вдосконалення нормативно-правового забезпечення здійснення радіаційного контролю продуктів харчування, лікарської сировини Міністерством переглянуто та затверджено “Допустимі рівні вмісту радіонуклідів  $^{137}\text{Cs}$  і  $^{90}\text{Sr}$  у продуктах харчування та питній воді” (наказ МОЗ від 03.05.2006 р. №256), встановлені державні гігієнічні нормативи у лікарській сировині та деревині (“Гігієнічний норматив питомої активності радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90 у рослинній лікарській сировині (субстанції), що використовується для виготовлення лікарських засобів” (наказ МОЗ від 08.05.2008 р. №240); “Гігієнічний норматив питомої активності радіонуклідів  $^{137}\text{Cs}$  і  $^{90}\text{S}$  у деревині та продукції з деревини” (наказ МОЗ від 31.10.2005 р. № 573)), методичні вказівки “Відбір проб, первинна обробка та визначення вмісту цезію-137 та стронцію-90 в харчових продуктах” (наказ МОЗ від 11.08.2008 р. № 446), методичні рекомендації “Здійснення контролю за дотриманням радіаційно-гігієнічних параметрів у будівництві” (наказ МОЗ від 29.12.2007 р. №883), розроблено та затверджено гігієнічні нормативи “Рівні звільнення радіоактивних матеріалів від регулюючого контролю”.

З метою встановлення вимог протирадіаційного захисту персоналу на всіх етапах здійснення протиаварійних заходів щодо ліквідації та мінімізації наслідків Чорнобильської катастрофи, а також практичної діяльності у зоні відчуження і зоні безумовного (обов’язкового) відселення з метою обмеження опромінення персоналу МОЗ та МНС розроблені Правила радіаційної безпеки при проведенні робіт у зоні відчуження (спільний наказ від 04.04.2008 р. № 179/276).

На контролі Міністерства постійно знаходиться своєчасність проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи проектів будівництва на об’єкті “Укриття” під час реалізації проектів міжнародної технічної допомоги на майданчику Чорнобильської АЕС.

У рамках дослідження життєдіяльності населення, яке проживає на радіоактивно забруднених територіях, ДУ “Науковий центр радіаційної медицини НАМН України” проведено аналіз та оцінку його смертності та її статеві-вікових особливостей. Зазначено суттєве скорочення людності на усіх

територіях України – на 5,7 млн громадян, переважно за рахунок природного убутку. На радіоактивно забруднених територіях втрати населення були більш виразні у зв'язку з неможливістю чи обмеженням проживання за радіаційним чинником.

За досліджуваний період в Україні повсюдно відбулися негативні зміни у статеві-віковій структурі населення. У порівнянні з 1981 р. значно зменшилася чисельність осіб у молодших вікових групах, у т.ч. новонароджених, і збільшилася чисельність осіб у віці старше 70 років, що є ознакою значного постаріння населення. На радіоактивно забруднених територіях, крім того, спостерігається порушення статевої пропорції, яке проявляється при народженні дітей, посилюється в працездатному віці та стає загрозливим серед осіб старших вікових груп.

У післяаварійний період формування рівня смертності на радіоактивно забруднених територіях відбувається за умов прискореного демографічного старіння, яке за швидкого збільшення контингентів старшого віку не тільки структурно підвищує цей рівень, але й посилює темпи його зростання. Смертність на радіоактивно забруднених територіях у 2008 р. порівняно з 1986 р. зросла на 73%, у т.ч. внаслідок зміни вікового складу населення – майже на 8%, а за рахунок погіршення повікової інтенсивності виживання – на 42%.

Встановлені рівні смертності населення радіоактивно забруднених територій у цілому підтверджують раніше виявлені залежності від категорій зон забруднення, рівнів радіоактивного забруднення та накопичених доз опромінення населення.

На сьогодні МОЗ та МНС створена та функціонує система медичного нагляду за постраждалими, яка складається із щорічної диспансеризації, амбулаторного, стаціонарного (за показаннями) лікування і реабілітаційних заходів у санаторно-курортних умовах та реабілітаційних центрах.

За впровадженням порядком щорічні медичні огляди інвалідів та учасників ліквідації аварії максимально проводяться до роковин Чорнобильської катастрофи, дітей – до початку літнього оздоровчого сезону.

Показники охоплення щорічними медичними оглядами є стабільними протягом останніх 4-х років і складають серед учасників ліквідації 97,3–97,8%, серед дорослого населення – 95,2% і серед постраждалих дітей – 99,2%.

У зв'язку із збільшенням віку осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, зменшується кількість визнаних здоровими за результатами



диспансеризації. Частка визнаних здоровими серед “ліквідаторів” за чотири останні роки зменшилась на 2% і становить лише 4,37%. Аналогічна ситуація спостерігається і в інших групах спостереження, включаючи дітей (20,96% визнаних здоровими).

За результатами щорічної диспансеризації постраждалих контингентів на обліку в Державному реєстрі України станом на 01.01.2011 р. знаходиться 2 349 164 осіб, з них: учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС (далі – учасників ЛНА, 1 група первинного обліку) – 315502 особи; евакуйованих (2 група первинного обліку) – 80821 особа; які проживають на радіоактивно-забруднених територіях (3 група первинного обліку) – 1529363 особи; особи, які на момент аварії були дітьми (4 група первинного обліку) – 298205; діти, народжені від батьків 1–3 груп первинного обліку, – 423478 осіб, у тому числі 125273 особи – діти віком до 14 років (включно).

Питання наповнення Державного реєстру України осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, постійно знаходиться на контролі Міністерства. Затверджено методичні рекомендації “Реконструкція індивідуальних доз опромінення суб’єктів державного реєстру України (ДРУ) осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської аварії і проживають на радіоактивно-забруднених територіях”.

Епідеміологічними дослідженнями після аварії встановлено наявність в учасників ЛНА зростання частоти та радіаційних ризиків стохастичних та нестохастичних ефектів опромінення – лейкемії, окремих форм солідних раків, непухлинних захворювань. За результатами дескриптивного аналізу довгострокового моніторингу злоякісних новоутворень у групах постраждалого населення встановлено перевищення національних показників захворюваності на цю патологію тільки у ЛНА 1986–1987 років участі. Серед усіх форм найбільшим було зростання захворюваності на рак щитоподібної залози – у 5,6 разу. Захворюваність на рак молочної залози у ЛНА 1986–1987 років жіночої статі – у 1,5 разу.

За останні 5 років спостерігалось незначне зростання показника захворюваності дитячого населення із 1382,6 до 1449,7 на 1 тис. Зростання відбулось, насамперед, за рахунок таких класів хвороб, як хвороби органів дихання, які завжди посідають перше місце у структурі захворюваності, незначного зростання хвороб шкіри та підшкірної клітковини, вроджених вад розвитку. Останніми роками спостерігається деяка стабілізація показників

захворюваності постраждалих дітей за такими класами, як хвороби органів травлення, нервової системи, ендокринної системи, крові та кровотворних органів, хоча за 24 роки в цілому відмічалось їх зростання в 2–2,5 разу.

Окрема увага приділяється вивченню поширеності та захворюваності на рак щитоподібної залози. Аварія на ЧАЕС визнана світовим медичним суспільством однією з незаперечних причин його поширення.

На сьогодні остаточно доведено значне зростання захворюваності на рак щитоподібної залози після Чорнобильської катастрофи серед осіб групи підвищеного ризику (0–18 років на час аварії), яке визнане як головний медичний наслідок аварії на ЧАЕС провідними і науковими установами світу.

Після аварії на ЧАЕС минає 25 років, і на сьогодні діти і підлітки, які зазнали найбільш значного впливу радіоактивного йоду, перейшли до категорії дорослих, тому зараз слід приділяти особливу увагу інформації щодо раку щитоподібної залози саме серед молодих дорослих пацієнтів. У Державному реєстрі осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зберігається інформація на 1529363 особи, які на момент аварії були дітьми.

Аналіз даних клініко-морфологічного реєстру ДУ “Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренко НАМН України” показав, що за період 1986–2010 рр. в Україні з приводу раку щитоподібної залози прооперовано 6021 особу, яким на момент аварії було від 0 до 18 років, з морфологічно підтвердженим діагнозом “рак щитоподібної залози”, серед яких 4461 (74,0%) перебували у дитячому віці (0–14 років на час аварії) і 1560 (26,0%) – у підлітковому (15–18 років на час аварії).

Захворюваність на 100 тис. дітей 0–14 років на час аварії в цілому по Україні в 2006–2009 рр. становила 3,62, а у підлітків – 4,27, що перевищувало показники попередніх 2002–2005 рр. (2,41 і 3,50) відповідно у 1,5 і 1,2 разу.

Підтверджує зв'язок зростання захворюваності на рак щитоподібної залози з Чорнобильською катастрофою також географічний розподіл випадків даної патології у дітей України. Більш як 60% осіб, які захворіли на рак в дитячому віці, проживали на час аварії в найбільш забруднених північних регіонах країни, серед яких на перші місця виступають Житомирська, Київська, Чернігівська області. Первинна захворюваність на рак щитоподібної залози у цих областях після аварії в 10 разів перевищує цей показник на решті території України. На користь зв'язку між аварією на ЧАЕС та зростанням

захворюваності на рак щитоподібної залози говорить також і наявність залежності рівня даної патології від дози опромінення залози: у більшості хворих, прооперованих з приводу цього захворювання, доза була більшою за 100 сГр.

Наведені дані переконливо свідчать про необхідність проведення довгострокового скринінгового обстеження осіб, які на момент аварії були у дитячому та підлітковому віці та проживали на територіях, забруднених радіоактивним йодом. Тим більше, що за науковим прогнозом післядія «чорнобильського» йоду триватиме ще приблизно 10–15 років. МОЗ, МНС та НАМН України розроблено та затверджено спільний наказ від 29.01.2010 р. №62/45/5 «Про вдосконалення ендокринологічної допомоги потерпілим внаслідок Чорнобильської катастрофи», яким передбачено обов'язкові огляди осіб, які на момент Чорнобильської катастрофи були у дитячому та підлітковому віці (1968–1986 рр. народження), та осіб, які зазнали опосередкованого опромінення щитоподібної залози під час внутрішньоутробного розвитку. Наказом визначено головний науково-методичний, консультативний та лікувальний заклад країни щодо координації наукових пошуків з проблем патології ендокринної системи в осіб 1968–1986 рр. народження – ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України».

Україна завжди належала до країн з пріоритетним розвитком використання ядерної енергії. На початку 30-х років минулого століття були розгорнуті ядерні дослідження, а з кінця 40-х років – промисловий видобуток та збагачення урану. Застосування ядерних технологій супроводжувались неконтрольованим збільшенням опромінення персоналу та населення при відставанні медичного захисту. Найдраматичнішим прикладом такого ставлення стала Чорнобильська катастрофа.

Населення, яке отримало опромінення від штучних джерел іонізуючого випромінювання, в Україні можна поділити на наступні групи:

- персонал та пожежники ЧАЕС, військові – учасники ядерних випробувань в колишньому СРСР з діагнозом “гостра променева хвороба”;
- інші групи постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи (учасники ЛНА, населення радіоактивно-забруднених територій, діти, які були опромінені до народження або народились від опромінених батьків);
- оперативний персонал діючих АЕС;
- персонал 30-кілометрової зони, а також персонал, зайнятий на

роботах у перетворенні об'єкту «Укриття» в екологічно-безпечну систему;

- персонал заводів, шахт ядерного циклу та населення, яке проживає в зонах АЕС та хвостосховищ.

Сучасна ситуація не залишає Україні іншого шляху, ніж подальшого розгортання повного ядерно-паливного циклу та розширення застосування ядерної енергії. Проте розвиток галузі можливий тільки при застосуванні міжнародно визнаних технологій та досвіду радіаційного медичного захисту населення.

Такий досвід в Україні отримано під час ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи, цей досвід є унікальним для всього світу і є пріоритетним міжнародним надбанням України:

- вивчення основних закономірностей міграції радіонуклідів у навколишньому природному середовищі у післяаварійний період;

- довгострокове вивчення впливу дозоформуєчих радіонуклідів на здоров'я населення після аварії;

- проведення моніторингу осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, з першочерговим обстеженням дітей та осіб дітородного віку;

- вивчення закономірностей розвитку та перебігу хвороб, смертності від захворювань, які визначають стан здоров'я контингентів населення, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, розробка медичних засобів, спрямованих на пом'якшення негативних наслідків катастрофи у віддаленому періоді після опромінення;

- вивчення факторів ризику розвитку найбільш поширених захворювань, які призводять до інвалідності, серед осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

- удосконалення існуючих і розроблення нових економічних та малоінвазивних методів діагностики і лікування, реабілітації та профілактики, спрямованих на збереження та відновлення стану здоров'я осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

- розроблення принципів комплексної оцінки ефективності заходів щодо подолання наслідків техногенних аварій;

- гострі ефекти (гостра променева хвороба (ГПХ) в учасників ліквідації наслідків аварії без ГПХ і пов'язані фатальні ефекти в загальній популяції, опроміненій у значно менших дозах;

- радіаційно індуковані катаракти в учасників ліквідації наслідків аварії, які опромінені у відносно високих дозах і, можливо, підвищений ризик катаракти в осіб, опромінених у дозах, що перевищують 0,25 Гр;
- рак щитоподібної залози в осіб, опромінених  $^{131}\text{J}$  у молодому віці;
- підвищений ризик лейкемій серед учасників ліквідації наслідків аварії раннього і більш віддалених періодів.

Система охорони здоров'я, її лікувально-профілактичні заклади, медичні працівники докладають зусиль для максимального забезпечення хворих постраждалих лікувально-профілактичною допомогою. Однак коштів державного та місцевих бюджетів не вистачає для повного забезпечення потреб постраждалих ефективними лікувальними заходами, з року в рік зменшуються видатки на пільгове забезпечення постраждалих лікарським засобами. Це негативно позначається на моральному стані постраждалих, затримує терміни отримання медичної допомоги, збільшує кількість звернень до центральних органів виконавчої влади.

## 2.19. Формування здорового способу життя

Формування здорового способу життя (далі – ЗСЖ) в Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації” на 2002-2011 роки представлено спеціальним розділом, що складався із 17 пунктів. Концептуально заходи розділу загалом відповідали концепції і цілям програмного документу ВООЗ “Основи політики досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті”.

Загалом картина виконання запланованих заходів цього розділу представлена у таблиці 2.19.1

Таблиця 2.19.1 Виконання заходів з формування ЗСЖ

Блок питань	
№ пункту	Стан виконання
<b>Нормативно-правове забезпечення роботи з формування ЗСЖ</b>	
п.ХІХ.1	1. Прийнятий Закон України “Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення” від 22.09.2005 № 2899-IV. 2. Законопроект “Зміцнення здоров'я” не розроблено, тому що охорона здоров'я України досі ґрунтується на концепції лікування хвороб.
п.ХІХ.9	В територіальних та галузевих програмах соціального розвитку вибірково включаються заходи щодо створення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, виховання тощо.

<b>Організація проведення гігієнічного виховання населення, пропаганди ЗСЖ</b>	
п. XIX. 2	Формування ЗСЖ в Україні в 2002–2011 рр. формально проводилося з використанням усіх 3-х форм гігієнічного виховання населення (індивідуального, групового та масового) та різноманітних його засобів за основними напрямками системи гігієнічного виховання населення (гігієнічне навчання у процесі загальноосвітнього та професійного навчання, професійна гігієнічна підготовка за цільовим призначенням, гігієнічне навчання за медико-оздоровчими показами, гігієнічне навчання у процесі культурологічної та пропагандистської роботи) і з урахуванням так званого “Календаря знаменних дат”.
п. XIX. 4	Акцент у роботі з гігієнічного виховання робився на використанні ЗМІ, тому що вони вимагають відносно незначних коштів та охоплюють переважну більшість населення (лише 1% респондентів нерегулярно охоплюються ЗМІ).
п. XIX. 10	Для привернення уваги населення до актуальних питань ЗСЖ щорічно в регіонах організуються від 7–8 до 20–30 і більше пропагандистських кампаній.
<b>Створення матеріально-технічних передумов для проведення пропаганди ЗСЖ</b>	
п. XIX. 13	Кількість установ та закладів галузі, що підключені до мережі Інтернету та мають веб-сайти з питання ЗСЖ, станом на 31.12.2011 у всіх регіонах становлять менше 50% від загальної кількості підключених до мережі Інтернету зазначених установ і закладів, зокрема в АР Крим – 13,6%, Волинській обл. – 39,1%, Закарпатській – 43,1%, Дніпропетровській – 9,1%, Рівненській – 5,2%, Тернопільській – 2,4% (1 заклад з 42 установ та закладів усіх рівнів). В Харківській обл. установи та заклади всіх рівнів на 100% охоплені мережею Інтернет, однак відповідні веб-сайти з питання ЗСЖ мають тільки 10% закладів і лише обласного підпорядкування, а в Одеській обл., незважаючи на те, що всі установи та заклади всіх рівнів приєднані до цієї мережі, жодна з установ чи закладів досі не мають таких веб-сайтів.
п. XIX. 15	Мережа центрів здоров'я (далі – ЦЗ) за останні 10 років помітно скоротилася: з 73 установ у 2002 р. до 55 – на початок 2011 р. У ряді областей (Житомирській, Івано-Франківській, Сумській, Чернігівській та інших) під виглядом реорганізації фактично ліквідовані обласні ЦЗ, які перетворилися на відділи інформаційно-аналітичних центрів або лікарсько-фізкультурних диспансерів, втративши власний штат і кадри, втративши самостійність у своїх діях, фінансування на санітарно-освітні заходи тощо. У деяких містах намагаються об'єднати заклади ПМСД і центри організаційно-методичної роботи з формування ЗСЖ шляхом поглинання міських ЦЗ, що зовсім не відповідає призначенню закладів ПМСД.
п. XIX. 16	Централізоване видання санітарно-освітньої літератури, випуск кіно- та відеоматеріалів, наочних посібників тощо, що існувало в Україні до кінця 1996 р., через ліквідацію Українського ЦЗ (листопад 1996 р.) – головного закладу з організаційно-методичного забезпечення роботи з формування ЗСЖ галузі наразі відсутнє. Звернення МОЗ до КМУ про необхідність відновлення його діяльності не задовільнено: в постанові КМУ від 16.05.2011 р.

	<p>№ 510 “Про затвердження переліку закладів охорони здоров’я та програм у галузі охорони здоров’я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету, та визнаних такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України” до такого переліку Український ЦЗ не було включено.</p>
<b>Методичне забезпечення роботи з формування ЗСЖ</b>	
п.ХІХ.17	<p>1. Були розроблені та затверджені постановами КМУ “Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки” від 04.06.2003 р. № 877 та “Про затвердження Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров’я населення на період до 2012 р.” від 3.09.2009 р. № 940 (скасована п.31 дод. 1 постанови КМУ №704 від 22.06.2011 р.).</p> <p>2. Видано наказ МОЗ України від 18.01.2007 р. №15 “Про затвердження заходів МОЗ України з розвитку фізичної культури і спорту на 2007-2011 роки”.</p> <p>3. Цільові комплексні програми поліпшення стану психічного здоров’я та статевого виховання населення не розроблено, тому що їх необхідно вирішувати загальнодержавними програмами.</p>
<b>Оптимізація учбового процесу в загальноосвітніх закладах</b>	
п.ХІХ.3	<p>З метою підвищення рухової активності учнів, поліпшення здоров’я та фізичної підготовленості, відповідно до Державного стандарту початкової, основної і загальної середньої освіти, Типового навчального плану для учнів 1–4 класів впроваджено 3 уроки фізичної культури на тиждень, на викладання фізичної культури в 5–6 класах відведено 2,5 години. Учні 5–6 класів стали працювати за новою програмою “Фізична культура” для 12-річної школи. Наказом від 22.10.2008 р. №956 МОН зобов’язало органи управління освітою на місцях, керівників навчальних закладів забезпечити пріоритетність технологій та методик, які оберігають, підтримують і розвивають здоров’я дітей; забезпечити проведення занять з фізичної культури з 1 вересня по 1 жовтня без виконання контрольних нормативів.</p>
п.ХІХ.6	<p>З метою створення оптимального соціально-психологічного клімату та ослаблення соціальної напруги проведено унормування навчального навантаження в ЗОНЗ, зокрема шляхом зменшення тривалості уроків у початковій школі (у 1 класі – до 35 хвилин, у 2 класі – до 40 хвилин) та збільшення тривалості часу для перерви.</p>
п.ХІХ.7	<p>У ЗОНЗ відповідно до методичних рекомендацій МОН (лист від 17.02.04 р № 1/9-74) щодо проведення Всеукраїнського уроку здоров’я, у Всесвітній День здоров’я 7 квітня проводяться уроки здоров’я із залученням відомих діячів у галузі науки, культури, спорту; конкурси малюнків, плакатів, літературних творів на тему ЗСЖ.</p>
п.ХІХ.8	<p>Для популяризації фізичної культури, підвищення рухової активності учнів, якісної організації навчально-виховного процесу з фізичного виховання та проведення гурткової, секційної та спортивно-масової роботи виявлення рівня фізичної підготовки випускників, перевірки їхніх знань щодо фізкультурно-спортивної діяльності та вміння використовувати їх для збереження свого</p>

	здоров'я МОН здійснено: - з 2009/2010 навчального року запроваджено Державну підсумкову атестацію з фізичної культури в 11 класі за вибором учнів; - надані практичні рекомендації вчителям та фахівцям фізичної культури (методичний лист МОН від 22.05.09 № 1/9353).
<b>Міжнародне співробітництво з питань ЗСЖ, участь у здійсненні міжнародних проектів і програм</b>	
п.ХІХ.14	Для залучення міжнародного технічного ресурсу для вирішення завдань розвитку галузі Україна співпрацювала з Агентством США з міжнародного розвитку щодо реалізації проекту “Разом до здоров'я”, з урядом ФРН – щодо “Українсько-Німецького проекту з профілактики ВІЛ/СНІДу” тощо. В Україні реалізуються міжнародні проекти “Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю” (бере участь 4,0 тис. шкіл), “Європа без тютюну” тощо.
<b>Впровадження в повсякденну практику заходів соціально-економічного стимулювання і підтримки ЗСЖ</b>	
п.ХІХ.11	Впровадження в повсякденну практику заходів стимулювання ЗСЖ неможливе через відсутність відповідної законодавчої бази
<b>Скринінг-тестування здоров'я</b>	
п.ХІХ.5	В Україні впроваджуються методи скринінг-тестування рівня фізичного здоров'я населення, в т.ч. дітей та підлітків: в 2011 р. діагностикою рівня фізичного здоров'я серед дітей та підлітків було охоплено понад 1,4 млн осіб, з них майже 1,0 млн осіб було обстежено первинно, а близько 0,5 млн осіб – вторинно.
<b>Наукове супроводження формування ЗСЖ</b>	
п.ХІХ.12	Підвищення рівня наукових розробок щодо ЗСЖ практично не відбулося, тому що охорона здоров'я України досі ґрунтується на концепції лікування хвороб.

Складність вирішення проблеми ЗСЖ полягає в тому, що він є похідним від багатьох складових в їх взаємозв'язку та взаємообумовленості. Саме тому механізм вирішення проблеми має передбачати комплекс соціально-економічних, правових, екологічних, санітарно-гігієнічних, просвітницьких, пропагандистських, виховних, організаційних та інших заходів. Формування ЗСЖ населення – справа соціальна, а не суто медична.

Формування ЗСЖ в Україні протягом 2002–2011 рр. проводилося з використанням усіх 3-х форм гігієнічного виховання населення (індивідуального, групового та масового) та різноманітних його засобів за основними напрямками системи гігієнічного виховання населення і з урахуванням так званого “Календаря знаменних дат” (рис. 2.19).



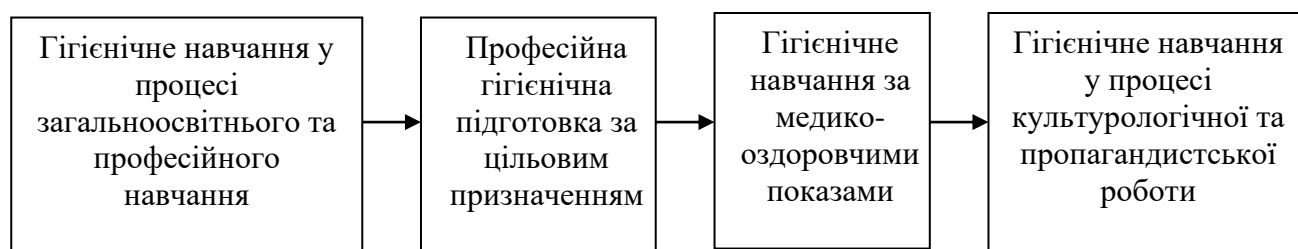


Рис. 2.19 Основні напрямки системи гігієнічного виховання населення в Україні

Провідним у першому напрямку залишалася валеологічна освіта в процесі загальноосвітнього навчання підростаючого покоління, що є реалізацією стратегії “Здоров’я через освіту”. Якщо на початку ХХІ ст. інтегрований курс “Основи здоров’я”, який входить до державного компоненту освіти, викладався лише для учнів початкової школи, то у 2009/2010 навчальному році здійснювався за навчальною програмою, затвердженою МОН України “Основи здоров’я. Програма для 5–9-х класів середніх загальноосвітніх навчальних закладів”. Вивченню предмета “Основи здоров’я” у 5–7-х класах відводиться 1 год. на тиждень, а у 8–9-х класах – 0,5 год. на тиждень. У 10–11-х класах у 2009/2010 навчальному році, як і в попередні роки, вивчався предмет “Основи безпеки життєдіяльності” по 0,5 години на тиждень за навчальною програмою “Основи безпеки життєдіяльності”. Учні старших класів здобувають медичні знання під час викладання предмету “Основи життєдіяльності”, а також хімії, біології тощо. Однак слід зазначити, що викладання першого через його специфіку здійснюється переважно не з позиції первинної профілактики, а вторинної.

Вибіркові соціологічні дослідження щодо інформованості підростаючого покоління свідчать, що гігієнічне навчання в процесі загальної освіти для них є не головним джерелом інформації про ЗСЖ та профілактику захворювань. Це підтверджено, наприклад, результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту “Здоров’я та поведінкові орієнтації учнівської молоді” (2010 р.) (табл. 2.19.2).

Таблиця 2.19.2 Джерела інформації учнівської молоді з окремих аспектів ЗСЖ (%)

Джерела інформації	10-11 класи	ПТНЗ	ВНЗ I – II р.а.	ВНЗ III-IV р.а.
Профілактика ВІЛ/СНІДу				
Телебачення	75,0	68,0	74,0	79,0
Учитель	68,0	53,0	58,0	65,0
Медичний працівник	64,0	57,0	64,0	69,0
Інтернет	47,0	38,0	49,0	65,0
Статеве життя (респонденти віком 15–17 років)				
Телебачення	50,0			
Друзі, однокласники	46,0			
Інтернет	37,0			
Учитель	19,0			

Таким чином, як джерело інформації з різних аспектів ЗСЖ, профілактики захворювань учитель за рангом займає не перше місце, як це повинно бути, а лише 2–4 місця серед різних груп респондентів з числа учнівської молоді. Певною мірою це пояснюється тим, що, як засвідчили результати опрацювання теми “Формування здорового способу життя учнів загальноосвітніх навчальних закладів на основі розвитку життєвих навичок” (№ 0107U003129) в Університеті менеджменту освіти НАПН України, формування і розвиток життєвих навичок учнів ЗОНЗ не набули ознак системності; керівники ЗОНЗ та педагогічні працівники недостатньо компетентні для забезпечення впровадження інноваційних технологій набуття життєвих навичок протидії життєвим небезпекам, профілактики дитячого травматизму, інфікування ВІЛ та ПСШ, тютюнопаління, алкоголізму та наркоманії.

Опитування директорів ЗОНЗ щодо оцінювання навчальних досягнень учнів під час навчання основ здоров’я на основі життєвих навичок, нормування питань формування ЗСЖ учнів засвідчило, що оцінювання навчальних досягнень учнів під час навчання основ здоров’я не відображає вироблення життєвих навичок. Ці наукові дослідження послужили основою як для розробки сучасної методики проведення уроків з основ здоров’я для учнів з метою набуття та розвитку здоров’язберігаючих життєвих навичок, так і для створення навчально-методичного комплексу для предмету “Основи здоров’я”; та удосконалення методики оцінювання навчальних досягнень учнів з основ здоров’я на основі життєвих навичок. Наразі вже розроблено та апробовано навчальні курси для підвищення кваліфікації керівних і педагогічних кадрів освіти за методикою навчання ЗСЖ на основі життєвих навичок.

Серед другого напрямку названої системи не втрачає своєї актуальності професійно-гігієнічна підготовка за цільовим призначенням так званих декретованих контингентів: працівників торговельно-продовольчої мережі, громадського харчування, продовольчої промисловості (молокозаводи, м’ясокомбінати), житлово-комунального господарства, дитячих дошкільних закладів та фахівців, які постійно працюють з отрутохімікатами. Щорічно таким навчанням охоплюється від 900,0 до 950,0 тис. осіб. Незважаючи на значний обсяг такого навчання, воно до 2010 р. залишалося неефективним. Про це свідчить як виникнення спалахів гострих кишкових інфекцій, викликаних вживанням продукції харчових об’єктів, так і значна кількість заходів адміністративного впливу СЕС щодо працівників сфери виробництва і реалізації продуктів харчування,

працівників дитячих закладів тощо. Основний недолік цільової гігієнічної підготовки декретованих контингентів полягає в її архаїчній організації через відсутність повноцінного учбового процесу: здійснюється уривками, під час перерви на обід або до чи після закінчення роботи осіб, які навчаються, при гострому дефіциті наочних, методичних і популярних санітарно-освітніх матеріалів. З 2010 р. в цій системі відбулися значні зміни. Наказом МОЗ України від 17.03.2010 р. № 238 “Про заходи щодо проведення гігієнічного навчання закладами санітарно-епідеміологічної служби” запроваджена нова система гігієнічного навчання так званих декретованих контингентів. Організаційно-методичне, технічне тощо забезпечення такого навчання покладено на ДП “Навчально-методичний центр проблем гігієни” МОЗ України (далі – Центр). Були розроблені програми для очного гігієнічного навчання обсягом від 25 годин (працівники побутового обслуговування населення) – 28 год (працівники продовольчої торгівлі) до 32 год (працівники дошкільних навчальних закладів) – 33 год (працівники громадського харчування). Навчання закінчується складанням заліку у вигляді усної співбесіди або тестового контролю (не менше 35 питань). Таке навчання є платним відповідно до тарифів, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2003 р. №1351. Принципово новим стало запровадження дистанційного індивідуального навчання згідно з комп’ютерними курсами дистанційного навчання, а також єдиного електронного реєстру осіб в Україні, які пройшли гігієнічне навчання. Однак впровадження гігієнічного навчання декретованих контингентів за новими програмами здійснюється досить повільно. За інформацією Центру, у 2011 р. до Електронного реєстру громадян, які пройшли гігієнічне навчання, було внесено 25313 осіб, з них працівників громадського харчування – 10648 чол., продовольчої торгівлі – 9238 осіб, дошкільних навчальних закладів – 2650 чол., побутового обслуговування населення – 2777 чол.

Впровадження нової системи гігієнічного навчання має певні труднощі. Обсяг для групового навчання працюючих досить значний, вимагає відриву від роботи на кілька днів, що можуть дозволити собі тільки великі підприємства. Воно потребує певних коштів (без урахування ПДВ складає за 1 навчальну годину майже 9,0 грн при індивідуальному та 2,48 грн при груповому навчанні). Тому нова система гігієнічного навчання декретованих контингентів потребує певних корективів.

Навчання пацієнтів за медико-оздоровчими показаннями (факультативна

гігієнічна підготовка окремих груп та контингентів населення), яке проводиться силами медичних працівників, залишалося найбільш масовою ланкою системи гігієнічного навчання населення у 2002–2011 рр. Її кількісні показники наведені у таблиці 2.19.3.

Таблиця 2.19.3 Охоплення факультативним гігієнічним навчанням окремих контингентів населення у 2003–2005, 2008–2011 рр.

Контингенти	2003		2004		2008		2009		2010		2011	
	Усього (абс. число)	% від осіб, які підлягають навчанню	Усього (абс. число)	% від осіб, які підлягають навчанню	Усього (абс. число)	% від осіб, які підлягають навчанню	Усього (абс. число)	% від осіб, які підлягають навчанню	Усього (абс. число)	% від осіб, які підлягають навчанню	Усього (абс. число)	% від осіб, які підлягають навчанню
Реконвалесценти	4,65 млн	75,4	4,62 млн	71,1	5,39 млн	76,0	5,16 млн	76,2	6,38 млн.	79,4	5,32 млн	76,6
Вагітні	353,9 тис.	93,2	353,3 тис.	94,1	474,3 тис.	92,0	458,8 тис.	95,2	484,9 тис.	95,5	427,2 тис.	95,1
Породіллі	331,4 тис.	96,8	330,0 тис.	95,6	424,6 тис.	94,2	404,7 тис.	95,6	457,8 тис.	98,8	411,4 тис.	97,8
Матері дітей 1-го року	297,8 тис.	94,8	321,7 тис.	94,6	399,6 тис.	93,5	403,3 тис.	96,3	438,7 тис.	96,7	432,5 тис.	95,4
Матері, які госпіталізовані з хворою грудною дитиною	179,1 тис.	90,5	216,3 тис.	91,7	222,6 тис.	92,2	224,7 тис.	93,0	213,2 тис.	92,8	220,1 тис.	93,8

Однак якісних змін в організації та проведенні навчання населення за медико-оздоровчими показаннями протягом 2003–2011 рр. не відбулося. Спостерігається лише щорічне незначне коливання показників охоплення таким навчанням тих чи інших груп населення. Як і в попередні роки, це навчання за браком будь-якого фінансування здійснюється при гострому дефіциті наочних, методичних та популярних санітарно-освітніх матеріалів і ґрунтується тільки на вербальних методах навчання. Тому застосування візуальних методів навчання практично виключається. Жодним чином не сприяє якісному навчанню і те, що воно проводиться переважно силами середнього медичного персоналу, який не має спеціальної підготовки з формування ЗСЖ, методики гігієнічного виховання населення тощо. Більше того, ця робота тримається на «голому» ентузіазмі виконавців. Ефективність такого навчання мізерна: за літературними джерелами, рівень засвоєння інформації не може перевищувати 5%.

Реальний стан справ щодо профілактичної роботи спонукав до

впровадження на місцях таких форм роботи, які не передбачені офіційною галузевою статистикою. Наприклад, за медико-оздоровчими показаннями за 2–3 останні роки стало проводитися гігієнічне навчання батьків у “Школах імунізації” та “Школах здорового харчування дітей” (при дитячих поліклініках), пацієнтів у “Школах гіпертоніків” та “Школах самоконтролю для хворих на цукровий діабет” при закладах ПМСД тощо. Так, у м. Харкові у дитячих поліклініках функціонувало в 2010 р. 13 “Шкіл імунізації”, в яких проведено 442 заняття з охопленням 6549 батьків. У Волинській обл. у 3 “Школах для хворих на цукровий діабет” пройшли навчання 910 осіб, на Івано-Франківщині в “Школах гіпертоніків”, що функціонують у 15 районах, та 9 «Школах для хворих на цукровий діабет» було охоплено навчанням понад 5,2 тис. осіб та 2,6 тис. осіб відповідно. В АР Крим в загальноосвітніх школах регіону за сприяння та участі Республіканського ЦЗ і Державної телерадіокомпанії “Крим” впроваджується DVD-проект “Азбука здоров’я”. Без зміни шкільного розкладу в рамках проведення класних годин проводяться “уроки здоров’я” з DVD-демонстрацією відповідно до тематики заняття та участю кваліфікованого спеціаліста. Наразі розроблено понад 10 тем: здоровий спосіб життя, фізична активність, екологія, генетичні хвороби, очні хвороби, милосердя тощо. Крім того, щотижня по четвергам ДТРК “Крим” демонструє одну з тем DVD-проекту “Азбука здоров’я”. Досвід АР Крим з 2010 р. за ініціативи Запорізького ОЦЗ став впроваджуватися і на Запоріжжі. У Полтавській обл. реалізується медичний профілактично-просвітницький проект Громадської Ради МОЗ та Всеукраїнського лікарського товариства “Майстерні здоров’я”. У рамках цього проекту у звітньому році було охоплено акціями: “Здоров’я дорослих” майже 5,0 тис. осіб, “Здоров’я дитини” – 1,0 тис. осіб, “Здоров’я жінок” – 1,5 тис. осіб, “Здорове серце” – 4,5 тис. осіб, “Профілактика ГРВІ” – майже 10,0 тис. батьків, педагогів та дітей. На Херсонщині у листопаді 2010 р. в 49 загальноосвітніх школах проведено місячник “Здоровим бути модно”, яким було охоплено майже 7,3 тис. учнів. На Хмельниччині в ЛПЗ та навчальні заклади направлені відеоматеріали (диски) з питань ЗСЖ та профілактики захворювань: “Шкідливість паління”, “Щоденник Насті” (профілактика ВІЛ/СНІДу), “Раннє статеве життя. Наслідки – шкідливість абортів, контрацепція тощо”. У 2010 р. м. Хмельницький отримало офіційний сертифікат ВООЗ на участь в якості одного з 1000 міст у Всесвітньому дні здоров’я 2010 р. “1000 міст – 1000 життів”.

Недоліком такої одночасно вкрай необхідної роботи є відсутність

централізованої системи інформаційно-методичного забезпечення закладів охорони здоров'я з питань пропаганди ЗСЖ та гігієнічного навчання населення в Україні у зв'язку з ліквідацією в кінці 1996 р. головного організаційно-методичного центру з проблем формування, збереження та зміцнення здоров'я населення (Український центр здоров'я). Тому у кожному регіоні проблема формування ЗСЖ вирішується по-своєму: розробляються методичні матеріали (програми підготовки пацієнтів, матеріали на допомогу лектору, відповідні методичні матеріали тощо), наочні засоби, анкети (опитувальні листи) тощо, проводиться підготовка медичних кадрів з організації та методики гігієнічного навчання, розробляється та видається тематична санітарно-освітня література (пам'ятки, листівки, буклети тощо). Крім того, не вивчається ефективність таких форм гігієнічного навчання населення, зокрема вивчення поглядів, інтересів та потреб населення щодо інформації, яка надається, мотивів поведінки, ступеня довіри населення до тих чи інших методів і засобів інформації, поінформованості населення з тієї чи іншої проблеми в динаміці, думки населення регіону про якість проведених санітарно-освітніх заходів (теле- і радіопередачі, публікації в пресі) тощо.

З індивідуальних форм гігієнічного виховання на Україні поступово зростає популярність “телефону довіри” (майже 130,3 тис., 95,9 тис., 94,2 тис. у 2011, 2010 та 2008 роках. та 67,6 тис. у 2003 р. відповідно) та “гарячої лінії” (85,1 тис., 71,3 тис. 58,2 тис. та 27,3 тис. звернень відповідно у 2011, 2010, 2008 та 2003 рр.). Загальним недоліком такої роботи є відсутність її аналізу щодо тематики, змісту, ефективності тощо, а також відсутність методичного забезпечення.

Обсяг видання популярної санітарно-освітньої літератури з нагальних питань охорони здоров'я населення протягом 2003–2011 рр. залишався недостатнім через відсутність як системи централізованого забезпечення закладів охорони здоров'я різноманітною санітарно-освітньою літературою, так і механізму фінансування роботи з гігієнічного навчання населення. В усіх регіонах така діяльність фінансується за залишковим принципом. Як наслідок – гострий дефіцит будь-яких санітарно-освітніх матеріалів для населення. Водночас значущість цього засобу гігієнічного навчання незаперечна, тому що відсутність відповідних популярних матеріалів позначається на ефективності будь-яких інтервенцій з різноманітних питань ЗСЖ, що повинні здійснюватися у закладах ПМСД, насамперед щодо відмови від куріння, зменшення вживання алкоголю, раціонального харчування, профілактичних обстеженнях тощо. Так, у 2002 р.

зкладами системи МОЗ було видано 1,3 тис. найменувань пам'яток, буклетів, плакатів тощо накладом 1,17 млн примірників, тобто 900 примірників на одне найменування, а у 2011 р. майже 1,9 тис. найменувань накладом близько 1,4 млн примірників (майже 740 прим. на 1 найменування). Тому відчувався гострий дефіцит у наочних матеріалах і в різноманітній санітарно-освітній літературі (буклетах, пам'ятках, листівках тощо). Слід вказати на ряд недоліків у видавничій діяльності органів і закладів охорони здоров'я (зокрема ЦЗ). Популярна література переважно була не диференційована, тобто не розраховувалася на певну аудиторію, що негативно відбивалося на її змісті. Вона відзначалася багатотемністю, що виключало будь-яку можливість забезпечити видання масовим накладом інформаційних матеріалів навіть з окремих питань ЗСЖ.

Рівень інформованості суспільства в цілому і окремих його членів з питань здоров'я є одним з найважливіших чинників передумови успіху цієї діяльності формування ЗСЖ. Зараз найбільш масовим та доступним джерелом інформування є ЗМІ. Вони сприяють формуванню у людей ціннісних орієнтацій у різних сферах, у тому числі щодо здоров'я, та водночас є своєрідною системою неформальної освіти різних верств населення. Завдяки здебільше зусиллями ЦЗ системи МОЗ через ЗМІ вдалося забезпечити досить значний обсяг інформації з питань охорони здоров'я: щорічно з цієї проблеми організовувалися від 17,0 до 32,0 тис. теле- і від 74,0 до 120,0 тис. радіопередач, публікувалися 43–68 тис. статей тощо (табл. 2.19.4).

Таблиця 2.19.4. Масова санітарно-освітня робота у 2003–2004, 2008–2011 рр. \*

ЗМІ	Кількість заходів (тис.)																	
	Рік																	
	2003			2004			2008			2009			2010			2011		
1**	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
Обласні	7,4	7,6	10,9	8,5	7,3	13,7	11,1	11,1	15,2	14,0	9,2	21,2	14,2	11,0	22,3	15,4	10,6	22,7
Міські	9,9	59,6	30,2	10,5	33,0	27,9	13,5	22,0	33,3	18,3	25,1	33,9	18,4	23,8	33,4	15,9	24,6	41,6
Відомчі, багатотиражки	–	62,1	2,4	–	53,4	3,8	–	40,9	6,4	–	50,5	4,2	–	48,5	3,6	–	46,3	5,3
Всього	17,3	129,3	43,5	19,0	93,7	45,4	24,6	74,0	54,9	32,3	84,8	59,3	32,6	83,3	59,3	31,3	81,5	69,6

Примітки: \* – дані узагальненої ф. № 51-здоров за 2003, 2004, 2008–2011 рр.

\*\*1 – телепередачі, 2 – радіопередачі, 3 – публікації.

У період з 2002–2011 рр. спостерігалися такі тенденції у використанні ЗМІ:

- загальний обсяг інформації з питань ЗСЖ і профілактики захворювань по телебаченню та в пресі в динаміці поступово зростає, на відміну від радіо;

- серед джерел радіоінформації із здоровоохоронної тематики для широких верств населення, як і в попередні роки, превалує відомча (локальна) радіомережа;

- обсяг інформації як по обласному, так і міському телебаченню, а також в обласній пресі має тенденцію до зростання;

- значущість багатотиражок як джерела інформації зі здоровоохоронної тематики останніми роками має тенденцію до падіння та залишається незначною.

Незважаючи на значний обсяг інформації зі здоровоохоронної тематики, не проводився моніторинг її змісту та якості, не вивчалось ставлення широких верств населення до різноманітних джерел інформації тощо. Однак головним недоліком інформування населення через ЗМІ є спорадичність надання матеріалів з цієї проблеми замість систематичних інформаційних проектів з актуальних аспектів індивідуального і громадського здоров'я.

У переважній більшості періодичних видань відкрито рубрики “Твоє здоров'я”, “Сторінка здоров'я”, “Консультує лікар”, “Формула здоров'я” тощо. Однак через відсутність фінансування заходів з інформування населення з питань ЗСЖ в умовах ринкових відносин є майже неможливим запровадження спецвипусків, добірки матеріалів тощо (тобто найбільш ефективних форм інформування населення) з цієї тематики у періодичних виданнях. Такі форми використовувалися час від часу в медичних виданнях УОЗ обласних (міських) держадміністрацій. Наприклад, в “Медичній газеті Полтавщини” в 2010 р. був випуск з добіркою відповідних матеріалів щодо профілактики куріння (№ 21 (388). від 4 червня), в газеті ГУОЗ КМДА “Здоров'я киян” у 2010 р. було розміщено 7 добірок відповідних матеріалів (3 – профілактика ССЗ, 2 – профілактика гіпертонічної хвороби, 1 – запобігання куріння, а також один випуск газети був цілком присвячений профілактиці ССЗ) тощо.

З метою привернення уваги населення до актуальних проблем охорони здоров'я у регіонах України щорічно проводиться від 10 до 20 та більше пропагандистських акцій, присвячених знаменним датам, насамперед Всесвітньому дню здоров'я, Всесвітній кампанії боротьби з ВІЛ/СНІДом, Всесвітньому дню боротьби з туберкульозом, Всесвітньому дню боротьби з наркоманією, Міжнародному дню непаління. Масовість та організація проведення зазначених акцій, зокрема в період гострого епіднеблагополуччя, потребує певного фінансового забезпечення, механізм якого дотепер не розроблений. Однак ще у 90-х рр. ХХ ст. ВООЗ звернула увагу громадськості, що для



досягнення позитивних результатів у пропаганді ЗСЖ розмір асигнувань на неї повинен бути не менше 3% від обсягу бюджету на охорону здоров'я.

Основна умова провадження ефективної політики з проблеми формування ЗСЖ – багатогалузевий і різноманітний підхід до її вирішення. Таким чином, міжсекторальна координація діяльності та практична взаємодія секторів має стратегічне значення щодо реалізації заходів у сфері ЗСЖ. Незважаючи на актуальність проблеми, до цього часу не створено будь-якого міжгалузевого механізму координації роботи органів державної влади і громадських організацій на вищому рівні. Відсутня послідовність між програмами, що покликані вирішувати проблему формування ЗСЖ. Хоча заходи з формування ЗСЖ представлено у багатьох державних програмах (майже у 20 з діючих в 2010 р.), однак вони погано координувалися між собою, іноді дублювали одна одну, а головне, не вирішували найбільш важливі питання стосовно формування ЗСЖ. Невизначеність механізму щодо фінансування заходів з формування ЗСЖ (у переважній більшості програм не передбачено не тільки необхідні розміри фінансування, а навіть джерела фінансування), відсутність в очікуваних результатах виконання показників, що пов'язані із суб'єктивним фактором, що виключає можливість запровадження системи моніторингу, недостатність використання заходів горизонтального і вертикального векторів профілактики, виняткова обмеженість засобів вирішення проблеми формування ЗСЖ (від 1 до 4 у більшості програм), акцент на використанні ЗМІ та на інші пасивні стратегії профілактики тощо не здатні забезпечити формування ЗСЖ та підвищення рівня санітарно-гігієнічної культури серед широких верств населення, що по суті ставить під сумнів дієвість такої роботи в українському суспільстві.

Негативно позначається на роботі закладів охорони здоров'я з гігієнічного виховання населення той факт, що не приділяється належна увага профілактичним структурам галузі. Протягом багатьох років спостерігається тенденція до їх скорочення. Відділення (кабінети) профілактики, мережа яких у 1991 р. складала 694, скоротилися до 529 у 2010 р. В деяких регіонах їхня кількість наразі мізерна: в 12 регіонах коливається від 5 до 10 відділень (кабінетів), зокрема по 5 в Сумській та Тернопільській областях, 6 – у м. Севастополі, 7 – у Волинській, по 8 – в Закарпатській, Херсонській, Чернівецькій та Чернігівській областях тощо. Кабінетів антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги при наркодиспансерах у 2010 р. залишилося лише 17, причому в 15 регіонах таких профілактичних структур при закладах охорони

здоров'я взагалі немає, зокрема в таких великих областях, як Дніпропетровська, Запорізька, Луганська, Львівська, Харківська. Мережа ЦЗ за останні 20 років помітно скоротилася: з 99 установ у 1989 р. до 55 на початок 2011 р. У ряді областей (Житомирській, Івано-Франківській, Сумській, Чернігівській та інших) під виглядом реорганізації фактично ліквідовані обласні ЦЗ, які перетворилися на відділи інформаційно-аналітичних центрів або лікарсько-фізкультурних диспансерів, втративши власний штат і кадри, будь-яку самостійність у своїх діях, фінансування на санітарно-освітні заходи тощо. У деяких містах намагаються об'єднати заклади ПМСД і центри організаційно-методичної роботи з формування ЗСЖ шляхом поглинання міських ЦЗ, що зовсім не відповідає призначенню закладів ПМСД.

Заходи розділу “Формування здорового способу життя” Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки в переважній більшості формально виконані. Робота з формування ЗСЖ в Україні у 2002–2011 рр. здійснювалася з використанням усіх 3-х форм гігієнічного виховання населення та різноманітних його засобів за основними напрямками системи гігієнічного виховання населення і з урахуванням так званого “Календаря знаменних дат”. Гігієнічне навчання за медико-оздоровчими показами та професійна гігієнічна підготовка за цільовим призначенням населення, використання ЗМІ наразі залишаються домінуючими напрямками системи гігієнічного виховання населення. Відсутність чіткого механізму фінансування роботи з формування ЗСЖ обмежує арсенал використаних засобів гігієнічного виховання населення. Загалом масові та групові форми гігієнічного навчання наразі залишаються найбільш поширеними та доступними в роботі з формуванням ЗСЖ. Індивідуальні форми гігієнічного виховання, незважаючи на свою високу ефективність, наразі відіграють в гігієнічному вихованні населення допоміжну роль. Практика гігієнічного виховання населення змушує використовувати форми та засоби гігієнічного виховання населення, які не передбачені офіційною галузевою статистикою. В регіонах продовжується скорочення мережі ЦЗ, що здійснюють організаційно-методичне забезпечення роботи з формування ЗСЖ. Валеологічне виховання підростаючого покоління в процесі загальноосвітнього навчання наразі не стало головним джерелом інформації про ЗСЖ для дітей та підлітків. Система неформального гігієнічного навчання різноманітних верств населення неефективна і потребує радикальних змін. Впровадження нової системи професійній гігієнічній підготовці так званих декретованих контингентів відбувається досить повільно.

Новітні інформаційні технології для інформування населення з питань ЗСЖ використовуються слабо. У сфері формування ЗСЖ спостерігається недостатність міжвідомчої координації дій. Незважаючи на значну кількість загальнодержавних програм з охорони здоров'я, проблема формування ЗСЖ вирішується незадовільно. Чинне законодавство не передбачає чітких механізмів створення матеріально-технічних передумов для розгортання діяльності з формування ЗСЖ, гігієнічного виховання населення. Вирішення питання формування ЗСЖ потребує прийняття спеціальної інтегрованої державної програми.

Формування ЗСЖ населення – складний, тривалий за часом процес. Його механізм у нас досі ще не відпрацьований до функціонування в оптимальному режимі. Він потребує суттєвої корекції, щоб відповідати сучасним реаліям.

## **2.20. Політика з питань довкілля та охорони здоров'я**

Стан навколишнього природного середовища протягом останніх років залишається небезпечним для здоров'я населення. Антропогенне забруднення природи призвело до порушення рівноваги в біосфері та стало суттєвою проблемою нашого часу. Встановлено, що населення багатьох міст і сіл України піддається дії факторів навколишнього природного середовища в рівнях, що перевищують гранично допустимі концентрації (ГДК) і негативно впливають на здоров'я людей.

У 2002–2011 рр. у всіх регіонах України тривало виконання національних, державних, галузевих програм з оцінки впливу на здоров'я населення забруднення атмосферного повітря, води у водоймах та питної води, харчових продуктів, ґрунту промисловими і побутовими відходами, пестицидами, а також комбінованої дії хімічних та радіоактивних речовин. Результати впровадження чинних програм та регіональних планів з охорони навколишнього природного середовища та здоров'я населення подавалися до Кабінету Міністрів України, МОЗ України у повному обсязі та згідно з указаними в них термінами.

За звітний період розроблено та впроваджено заходи з виконання загальнодержавних програм поводження з токсичними відходами, проводилася інвентаризація діючих сміттєзвалищ для захоронення твердих побутових і промислових відходів. Підприємства, що входять до сфери управління Мінпромполітики, постійно здійснювали заходи щодо рекультивації (регенерації) та охорони місць захоронення і ліквідації промислових відходів та рекультивації порушених гірничими роботами земель. Так, враховуючи складну техногенно-

екологічну ситуацію в зоні діяльності гірничо-хімічних підприємств Львівської області, в Мінпромполітики розроблений та вживається комплекс заходів щодо її стабілізації, відновлення екологічної рівноваги в регіоні.

У Міністерстві екології та природних ресурсів у рамках заходів бюджетних програм КПКВК 2401040 “Прикладні наукові та науково-технічні розробки, виконання робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням у сфері природоохоронної діяльності, фінансова підтримка наукових кадрів” та КПКВК 2401270 “Комплексна реалізація державної екологічної політики, здійснення природоохоронних заходів” протягом 2011 р. виконувались наукові розробки з визначення територій спеціального інтересу щодо їх збереження в межах та за межами природно-заповідного фонду України згідно з Конвенцією про охорону дикої флори і фауни та природних середовищ існування в Європі (розроблено методику для визначення територій спеціального інтересу щодо їх збереження); з оцінки стану та перспективи виконання Україною Ромсарської конвенції про водно-болотні угіддя; з розробки методики ефективності реалізації регіональних природоохоронних та державних цільових екологічних програм (що сприятиме здійсненню прогнозування та обґрунтування управлінських рішень з питань природоохоронної діяльності та регіонального розвитку); зі створення національної моделі спостереження та прогнозування антропогенного впливу на довкілля для оцінки раціонального і транскордонного переносів забруднювальних речовин та парникових газів; наукове опрацювання описів, схем, розроблення концепції Дністровського, Південно-Українського, Сіверсько-Донецького, Бузького, Галицько-Слобожанського природних коридорів як складових екомережі України.

У Національній акціонерній компанії “Нафтогаз України” розроблено науково-дослідну роботу “Програми охорони навколишнього природного середовища та раціонального використання природних ресурсів Національної акціонерної компанії “Нафтогаз України” на 2009–2013 рр.”, в якій передбачено відповідні заходи.

Міністерством енергетики та вугільної промисловості України розроблено “Галузеву програму підвищення енергоефективності на 2010–2014 роки”. У Програмі визначено стратегічні завдання, напрямки та механізми впровадження заходів, головною метою яких є зниження енергоемності виробництва одиниці продукції і наближення енергоемності до світового рівня і, тим самим, зменшення навантаження на довкілля.

Фахівцями науково-дослідних установ НАМН України ДУ “Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України” у 2008–2010 рр. виконувалась НДР “Наукове обґрунтування сучасних підходів до визначення класу небезпеки промислових відходів за комплексними інтегральними показниками”. За даними паспортів відходів розраховано класи небезпеки, проаналізовано та узагальнено характерні показники вмісту небезпечних інгредієнтів та чинників впливу на довкілля та здоров’я населення при поводженні з ними. Розроблено шкали по кожній групі з використанням діючих гігієнічних нормативних вимог і показників.

У Міністерстві надзвичайних ситуацій України проведено атестацію сектора охорони навколишнього природного середовища ДСП “Чорнобильський спец комбінат” в Укрметртестстадарті України та отримано свідоцтво про атестацію №ПТ-244/11 від 15.07.2011 р. на право вимірювання показників викидів забруднювальних речовин в атмосферне повітря.

ДСП “Чорнобильський спец комбінат” отримано в Мінприроди реєстраційне свідоцтво №618 від 13.10.2011 р. на розробку документів, що обґрунтовують обсяги викидів забруднювальних речовин в атмосферне повітря.

У 2011 р. виконана інвентаризація викидів забруднювальних речовин в атмосферне повітря, розроблено документи, що обґрунтовують обсяги викидів та отримані дозволи на викиди для 3-х об’єктів ЗВ і ЗБ(О)В.

У Міністерстві охорони навколишнього природного середовища схвалено Концепцію реалізації державної політики щодо скорочення викидів забруднювальних речовин в атмосферне повітря, які призводять до підкислення, евтрофікації та утворення приземного озону. Виконувалися роботи з реалізації Програми поетапного припинення використання етилованого бензину в Україні. Це дозволило скоротити викиди свинцю у навколишнє природне середовище.

У ДУ “Інститут гігієни і медичної екології імені О.М. Марзєєва НАМН України” за даними паспортів відходів розраховано класи небезпеки, проаналізовано та узагальнено характерні показники вмісту небезпечних інгредієнтів та чинників впливу на довкілля та здоров’я населення при поводженні з ними. Схвалено Концепцію реалізації державної політики щодо скорочення викидів забруднювальних речовин в атмосферне повітря.

У Мінприроди впровадили роботу з розробки стратегічного документу “Стратегія національної екологічної політики. Національний План дій з охорони навколишнього середовища”. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від

25.05.2011 р. №577-р затверджено Національний план дій з охорони навколишнього природного середовища на 2011–2015 рр. Зазначеним документом передбачено залучення понад 4,4 млрд грн, у тому числі: 2,5 млрд грн коштів Державного бюджету, 1,5 млрд грн – Державного фонду охорони навколишнього природного середовища, 0,4 млрд грн коштів, що виділяються в рамках секторальної бюджетної підтримки Європейського Союзу.

У 2011 р. з метою удосконалення нормативної бази у сфері моніторингу довкілля підготовлено проект постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку здійснення моніторингу навколишнього природного середовища та надання екологічної звітності підприємствами, установами та організаціями, діяльність яких призводить або може призвести до погіршення стану навколишнього природного середовища”.

Розроблено проект базового переліку екологічних індикаторних показників для оцінки та представлення інформації про стан навколишнього природного середовища України, затвердження якого сприятиме удосконаленню та підвищенню узгодженості національної системи оцінки стану навколишнього природного середовища та антропогенного впливу на нього з міжнародними системами оцінки стану довкілля.

Упродовж 2011 р. забезпечено функціонування Інформаційно-аналітичного центру державної системи моніторингу довкілля Мінприроди – об’єднуючої складової державної системи моніторингу навколишнього середовища, а також безперервне ведення банків даних про стан навколишнього природного середовища та надання доступу до екологічної інформації заінтересованим користувачам.

У МНС розпочато виконання заходів Державної цільової екологічної програми ліквідації наслідків надзвичайної ситуації на території військової частини А0829 (м. Лозова Харківської області) на 2011–2013 рр. (постанова Кабінету Міністрів України від 09.03.2011 р. №237). У 2011 р. піротехнічними підрозділами МНС всі завдання визначені Програмою на 2011 р виконано в повному обсязі: проведено очистку 100 га технічної території арсеналу від боєприпасів; знешкоджено 6 тис. 800 т боєприпасів, у тому числі: знешкоджено шляхом ідентифікації на вибухонебезпечність та сортуванням – 5 тис. 500 т; знищено контрольованим підривом – 1 тис. 300 т.

У Міністерстві аграрної політики та продовольства України з метою попередження виникнення надзвичайних ситуацій при експлуатації об’єктів, які

застосовують у технологічних процесах небезпечні хімічні речовини на підприємствах галузей промисловості, координації дій центральних органів виконавчої влади, забезпечення оперативного реагування органів управління, державних комунальних та об'єктових аварійно-рятувальних служб був прийнятий спільний наказ Мінпромполітики, Мінприроди, Мінагрополітики та МНС від 27.03.2008 р. №172/184/158/239 “Про затвердження Комплексного плану заходів із забезпечення техногенно-екологічної безпеки на хімічно небезпечних об'єктах України на 2008–2013 роки”.

У Міністерстві охорони навколишнього природного середовища України прийнято розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.12.2008 р. №1571-р “Про схвалення концепції підвищення рівня хімічної безпеки”. Розроблено регламент оперативного моніторингу стану довкілля при виникненні (загрозі виникнення) надзвичайних екологічних ситуацій для територіальних органів міністерства та засобів надання інформації оперативного моніторингу довкілля в Інформаційно-аналітичний центр Мінприроди. Наказом Мінпаливенерго від 09.06.2008 р. №322 затверджено “Положення про систему професійної підготовки, перепідготовки, підтримання та підвищення кваліфікації фахівців з фізичного захисту, охорони та сил реагування”. З метою реалізації положень Енергетичної стратегії України на період до 2030 р., наказом Мінпаливенерго від 13.05.2008 р. №261 затверджено “Стратегічні напрями поводження з відпрацьованим ядерним паливом АЕС України в рамках Енергетичної стратегії України на період до 2030 року”.

У 2011 р. в Україні отруїлося дикорослими грибами 222 людини, серед яких 43 дитини; з них померло 23 особи, у т.ч. 3 дитини (відповідно у 2010 р. – 583 людини, серед яких 60 дітей; з них померло 51 особа, у т.ч. 5 дітей). Найбільша кількість людей, що отруїлись грибами, у 2011 р. реєструвалася у Донецькій (30 осіб проти 23 у 2010 р.), Київській (28 проти 23), Вінницькій областях (20 проти 39). У 2002 р. внаслідок отруєння грибами в Україні постраждало 1397 осіб, з них 293 дитини, померло 108 осіб, з них 29 дітей.

Протягом звітних років для радіо- та телевізійної трансляції вченими Інституту ботаніки імені М.Г. Холодного НАНУ надавалась роз'яснювальна інформація про правила збирання і заготівлі їстівних грибів, а також рекомендації щодо вжиття невідкладних заходів у разі отруєння грибами.

Розроблено виробничо-наукову програму “Родючість – 2005–2010”, якою визначено заходи, спрямовані на відтворення та охорону земель, раціональне

використання земель сільськогосподарського призначення, стабілізацію агропромислового виробництва з метою забезпечення продовольчої безпеки держави.

Обласні радіологічні служби здійснювали інформаційно-дорадчу роботу з питань організації ведення агропромислового виробництва на території України, забрудненої радіонуклідами.

У Міністерстві аграрної політики розроблено “Положення про моніторинг ґрунтів на землях сільськогосподарського призначення”. Моніторинг ґрунтів на землях сільськогосподарського призначення є складовою державної системи моніторингу довкілля і являє собою систему спостережень, збирання, оброблення, передавання, збереження та аналізу інформації про зміни показників якісного стану ґрунтів, розроблення науково обґрунтованих рекомендацій щодо прийняття рішень про відвернення та ліквідацію наслідків негативних процесів.

Мінпромполітики України, з метою забезпечення екологічної безпеки і підтримки екологічної рівноваги на підприємствах гірничо-металургійного та хімічного комплексів, що добувають корисні копалини, здійснювало рекультивацію порушених земель. Так, на ВАТ “Інгулецький гірничо-збагачувальний комбінат” щорічно рекультивується приблизно 35–40 га землі. Всі витрати на природоохоронну діяльність здійснювалися за рахунок коштів підприємства.

Крім того, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Положення про державну систему моніторингу довкілля” від 30.03.1998 р. №391 (п. 8), Мінагрополітики здійснювало моніторинг поверхневих вод сільськогосподарського призначення (токсикологічні та радіологічні визначення, залишкова кількість пестицидів, агрохімікатів і важких металів).

Систематичні аналізи ґрунту і рекультивації порушених земель у місцях накопичення відходів виробництва здійснювали практично всі підприємства хімічної галузі, зокрема ЗАТ “Кримський титан”, ВАТ “Сумхімпром”, ВАТ “Рівнеазот”, ВАТ “ДніпроАЗОТ”.

Відновлення екологічної рівноваги та рекультивація порушених земель відбувалися у зонах діяльності гірничо-хімічних підприємств Львівської та Івано-Франківської областей: Новояворівське ДП “Екотрансенерго”, Стебницьке ДГХП “Полімінерал”, Роздільське ДГХП “Сірка”, ДГРП “Подорожненський рудник” та ДП “Калійний завод” ВАТ “Оріана”. Ці підприємства проводили заходи за бюджетною програмою “Реструктуризація та ліквідація об’єктів підприємств



гірничої хімії і здійснення невідкладних природоохоронних заходів в зоні їх діяльності” згідно із затвердженими проектами, проте через відсутність належного фінансування темпи виконання зазначених робіт уповільнено, що зумовило підвищення рівня техногенної безпеки у даному регіоні.

Підприємства машинобудівної та інших галузей промисловості постійно здійснювали заходи щодо рекультивації (регенерації) та охорони місць захоронення і ліквідації промислових відходів та рекультивації порушених гірничими роботами земель. Так, на ВАТ “Запорізький абразивний комбінат” та ЗАТ “ЗАЗ” м. Запоріжжя проводилися роботи з підвищення ефективності експлуатації полігонів захоронення відходів виробництва.

Указом Президента України від 19.12.2008 р. №1177/2008 створено Академію екологічних наук України як державну наукову організацію, основною метою якої є забезпечення комплексного розвитку екологічної науки, проведення фундаментальних і прикладних досліджень з питань екологічної безпеки, раціонального природокористування та охорони довкілля, науковий супровід впровадження результатів прикладних досліджень у галузі екології.

МОН України спільно з НАПН розроблено та затверджено Концепцію екологічної освіти. Для забезпечення ефективності екологічної освіти у змісті навчальних програм із більшості предметів ґрунтовно розкриваються проблеми навколишнього середовища, формуються практичні екологічно грамотні навички взаємодії з об’єктами природи, екологічно безпечної поведінки. Ці тенденції знайшли своє відображення у формуванні системи екологічної освіти в Україні, яка розпочинається із дошкільного віку, продовжується у загальноосвітній школі, професійно-технічному навчальному закладі та ВНЗ, а потім здійснюється впродовж життя за рахунок післядипломної та дистанційної освіти.

У навчальних закладах різних рівнів створювалася і поступово вводилася єдина інформаційна система медико-екологічної освіти. Щорічно в період збирання грибів велося інформування населення усіма державними ЗМІ. Контроль за рекламою на телебаченні і радіомовленні здійснювала Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення.

У рамках заходів бюджетної програми Державного фонду охорони навколишнього природного середовища КПКВК 2401040 “Прикладні наукові та науково-технічні розробки, виконання робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням у сфері природоохоронної діяльності, фінансова підтримка наукових кадрів” Державною екологічною академією

післядипломної освіти та управління Мінприроди виконано наукову роботу “Розроблення рекомендацій щодо національної системи освіти для збалансованого (сталого) розвитку”.

У рамках НДР розроблено:

- рекомендації щодо формування національної системи освіти для збалансованого (сталого) розвитку (далі – ОЗ(С)Р), адекватної Стратегії ЄЕК ООН з ОЗ(С)Р;

- проект структури Концепції ОЗ(С)Р України;

- проект структури Національної стратегії з ОЗ(С)Р за визначеними пріоритетами та ключовими завданнями на національному, регіональному і місцевому рівнях;

- проект структури Національного плану дій з ОЗ(С)Р;

- систему інтегрованих індикаторів оцінка результативності впровадження ОЗ(С)Р.

Прийнято Закон України “Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року” від 21.12.2010 р. №2818-VI. Основні положення Стратегії спрямовані на розроблення ефективної національної екологічної політики, що має забезпечити охорону та оздоровлення довкілля, раціональне використання природних ресурсів, екологічно безпечну життєдіяльність.

У 2011 р. в Мінприроди організовано та проведено координаційну нараду за проектом ENPI-SEIS “На шляху до створення спільної системи екологічної інформації (SEIS) в регіоні європейського добросусідства” за участі представників Європейського агентства з навколишнього середовища, Європейської Економічної Комісії ООН, міжнародних екологічних організацій, заінтересованих органів виконавчої влади України, наукових інституцій та громадських організацій. У ході семінару було проведено огляд системи екологічної інформації в Україні, а також обговорено перспективи інтеграції до спільної системи екологічної інформації в Європейському регіоні. Реалізація проекту ENPI-SEIS сприятиме вдосконаленню механізмів збору даних та оцінки стану навколишнього середовища, розширенню можливостей доступу громадян до екологічної інформації та покращенню партнерства на національному та міжнародному рівнях. Взято участь у засіданні керівного комітету ENPI-SEIS в Європейському агентстві з навколишнього середовища, що відбулося 24–25 листопада 2011 р. в м. Копенгаген.

Протягом 2011 р. проводились консультації з громадськістю та системна роз'яснювальна робота з пріоритетних питань державної політики у сфері охорони навколишнього природного середовища.

До заходів Державного фонду охорони навколишнього природного середовища 2401240 “Міжнародне співробітництво у сфері охорони навколишнього природного середовища, сприяння сталому розвитку, екологічній освіті та поширенню екологічної інформації” на 2006 р. включено наукові дослідження з питань екологічної освіти та інформації. Функціонування та модернізація державної системи моніторингу докільля будується на принципі відкритих систем, сумісних з європейськими подібного класу.

У 2008 р. розпочато міжнародний проект з Королівством Нідерланди “Удосконалення системи моніторингу ґрунтів та гармонізація національних стандартів згідно з вимогами ЄС”. Проект має назву міжурядового проекту G2G07UA61 “Гармонізація національних стандартів щодо моніторингу стану земель відповідно до вимог ЄС”.

Щороку територіальними органами Держекоінспекції проводилися перевірки додержання вимог природоохоронного законодавства суб'єктами господарювання. На кінець виконання Програми у 2011 р. проведено майже 87 тис. таких перевірок, у тому числі 360 перевірок на об'єктах, що входять до “Переліку 100 об'єктів, які є найбільшими забруднювачами довкілля в Україні”.

За порушення вимог природоохоронного законодавства складено 86,2 тис. протоколів про адміністративні правопорушення, у т.ч. згідно з чинним законодавством передано для розгляду до судових органів 2,8 тис. протоколів.

До адміністративної відповідальності у вигляді штрафу притягнуто 80 тис. осіб. На порушників природоохоронного законодавства накладено штрафів на загальну суму 17,643 млн грн, з яких стягнуто 15,733 млн грн.

Загальна сума розрахованих збитків за порушення вимог природоохоронного законодавства становить 1 979,960 млн грн.

До правоохоронних органів передано 1489 матеріалів, за результатами розгляду яких вже порушено 324 кримінальні справи.

У ДУ “Інститут гігієни і медичної екології імені О.М. Марзєєва НАМН України” проводилися наукові дослідження, до яких залучалися санепідслужба, промислові підприємства тощо, зокрема з наступних напрямків: гігієна атмосферного повітря, гігієна води та водопостачання, гігієна ґрунту, радіаційна гігієна, оцінка впливу хімічних та фізичних факторів на здоров'я.

Таким чином, за звітні роки виконано заходи загальнодержавної програми поводження з токсичними відходами, програми щодо оцінки впливу на здоров'я населення забруднення атмосферного повітря, води у водоймах та питної води, харчових продуктів, ґрунту промисловими і побутовими відходами, пестицидами.

## **2.21. Якість води**

В Україні склалася ситуація, коли практично всі поверхневі (а в окремих регіонах і підземні) води за рівнем забруднення не відповідають вимогам стандарту щодо джерел водопостачання. Очисні споруди і технологія очищення води застаріли і не оновлюються. Значна кількість проб води з джерел водопостачання та водопроводів має відхилення від вимог чинного стандарту за фізико-хімічними та бактеріологічними показниками. Залишається вкрай незадовільним стан водопровідних мереж. Немає ефективної технології демінералізації шахтних вод з видалення та повної утилізації продуктів демінералізації.

У Міністерстві екології та природних ресурсів України відповідно до Концепції Загальнодержавної цільової програми розвитку водного господарства на період до 2020 року, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 03.09.2009 р. №1029-р, розроблено проект Загальнодержавної цільової програми розвитку водного господарства та екологічного оздоровлення басейну р. Дніпро на період до 2020 року, зокрема за напрямом екологічного оздоровлення басейну Дніпра та поліпшення якості питної води. Відповідний законопроект підготовлено Держводагентством (головним розробником) та Мінприроди, схвалено Кабінетом Міністрів України, зареєстровано у Верховній Раді України 13.12.2011 р. №9584.

У 2002–2011 рр. в ДУ “Інститут гігієни та медичної екології імені О.М. Марзєєва НАМН України” проводились дослідження щодо обґрунтування сучасних технологій опріснення високомінералізованих вод та критеріїв оцінки ефективності таких технологій, що дозволило розробити відповідні гігієнічні вимоги та рекомендації. На сьогодні вимоги та рекомендації використовуються при експертизі проектів технологій опріснення високомінералізованої води з метою отримання води питної якості.

Нові технології опріснення високомінералізованих вод активно використовувалися в АР Крим, Миколаївській, Полтавській, Київській, Чернівецькій областях. В інших регіонах не використовувалися нові технології

опріснення високомінералізованих вод у зв'язку з відсутністю коштів та необхідних технологій, а також через те, що для господарсько-побутових цілей використовується виключно вода підземних джерел, яка не потребує опріснення.

У ДК “Укргазвидобування” впроваджено технологію захоронення високомінералізованих стічних вод у надра з використанням нафтогазових свердловин, яка регламентується погодженням із Державним Комітетом природних ресурсів України стандартом ДК “Укргазвидобування” СОУ 90.0–30019775–041:2005. Застосування цієї технології на газопромислових об'єктах дозволить значно зменшити забруднення навколишнього середовища.

У ході виконання Програми постійно здійснювались заходи щодо оснащення лабораторій, відомчих і контролюючих організацій сучасною аналітичною апаратурою та реактивами для постійного контролю за якістю води. Проте у Житомирській, Донецькій, Львівській, Одеській, Харківській і Херсонській областях рівень забезпечення ними залишається недостатнім, що пов'язано з фінансовими можливостями областей.

Перспективні плани розвитку матеріально-технічної бази санітарно-гігієнічних лабораторій санепідслужби розроблені майже у всіх областях. Лабораторії закуповували устаткування та оснащення самостійно, централізована програма оснащення відсутня. Загалом оснащеність лабораторій сучасною аналітичною апаратурою становить 40–100%, реактивами – 60–100%.

З 2002 р. впроваджувались нові технології очищення питної води. Забезпечено проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи при впровадженні нових методів очищення питної води у Київській, Миколаївській, Полтавській, Тернопільській, Хмельницькій областях і м. Севастополі. Фахівцями держсанепідслужби м. Києва здійснювався держсанепідгляд за роботою очисних споруд централізованого водопостачання міських водопроводів, вода яких (р. Дніпро і р. Десна) проходить двоступеневу очистку та знезараження. Завдяки активному використанню хлораміачної технології обробки води в останні 3 роки у воді, що подається міським водопроводам, практично зменшувалося використання хлору в 1,5–2 рази, зменшені дози хлорування. На водопровідних станціях впроваджені автоматичні системи дозування хлору, які забезпечують високу надійність, точність та безпеку роботи.

ДУ “Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України” є головною установою з реалізації наукової частини Загальнодержавної програми “Питна вода України” на 2006–2020 рр. У 2011 р. на виконання наукової

частини програми “Питна вода України” на 2006–2020 рр. виконувалась НДР “Порівняльна гігієнічна оцінка традиційних і сучасних хлорагентів нового покоління щодо здатності до утворення канцерогенних хлорорганічних сполук (ХОС) в процесі водопідготовки та розробка рекомендацій з мінімізації до безпечних рівнів їх надходження до питної води”. Досліджено реакційну спроможність традиційних і нових сучасних хлорагентів до утворення токсичних ХОС в процесі водопідготовки, обґрунтувати оптимальні умови хлорування, які мінімізуватимуть утворення ХОС до безпечних рівнів при забезпеченні достатньої ефективності методу щодо знезараження. Надано гігієнічну оцінку сучасним новим колективним установкам (пристроєм) щодо їх ефективності до видалення з питної води ХОС. Визначено об’єкти досліджень, проаналізовано дані щодо вмісту ХОС у питній воді та онкозахворюваності населення у контрольному та дослідному населених пунктах України. Проведено аналіз даних відносно моніторингу хлорованої питної води населених пунктів України пріоритетними токсичними ХОС. Так, було досліджено реакційну спроможність окремих хлорагентів (хлорна вода, хлораміачна вода, гіпохлорит натрію, діоксид хлору), включаючи нові хлорвмісні препарати (“Аквахлор”, “СТЕЛ-3”, “СТЕЛ-4”), до утворення канцерогенних хлорорганічних сполук (ХОС) залежно від концентрації органічних речовин у воді, дози окисника, експозиції, сезону. Показано, що найменша кількість ХОС утворюється при використанні для обробки води діоксиду хлору, але при цьому утворюються небезпечні для здоров’я хлорити, вміст яких зростає з підвищенням дози діоксиду хлору. Такі нові хлорвміщуючі оксиданти, як “Аквахлор”, СТЕЛ-3, СТЕЛ-4 щодо активності до утворення ХОС практично не відрізняються від агресивних хлорагентів (хлорна вода, гіпохлорит натрію). Натомість ці хлорокисники мають більш високий ОВП, ніж традиційні хлорокисники, і тому за рахунок зменшення дози по активному хлору та часу, необхідному для забезпечення потрібного очищувального ефекту, можливо очікувати утворення невисоких рівнів ХОС у воді. В результаті лабораторного експерименту підтверджено, що при застосуванні методу хлорування з преамонізацією, порівняно із застосуванням інших традиційних та нових хлорокисників, рівні ХОС у питній воді не перевищують встановленої ГДК. За результатами виконання НДР підготовлено, затверджено МОЗ та зареєстровано у Мінюсті остаточну редакцію змін та доповнень до чинних ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною». Розглянуто Національний план дій з

охорони навколишнього природного середовища на 2011–2015 рр. та надано пропозиції до МОЗ щодо реалізації плану дій з водних проблем.

На виконання наукової частини Загальнодержавної програми “Питна вода України” на 2006–2020 рр. у 2011 р. виконувалась НДР “Наукове обґрунтування гігієнічних принципів та підходів до розробки промислових технологій очищення шахтних вод до рівня питної води”. Показано, що шахтні води є основним забруднювачем поверхневих та підземних вод в Луганській області. При скиді у поверхневі водойми вони збільшують у воді вміст солей до критичних рівнів (понад 1000 мг/дм<sup>3</sup>).

Наводяться науково обґрунтовані рекомендації щодо можливості виключення негативного впливу шахтних вод на довкілля шляхом залучення їх як альтернативне джерело після очищення та демінералізації у питне водопостачання. Підтверджена надійність та висока гігієнічна ефективність першої в країні промислової водоочисної технології з баромембранним модулем, що експлуатується на Алчевському водоочисному заводі та забезпечує очищення та демінералізацію солонуватої води водойм (Ісаківське водосховище), що живиться за рахунок шахтних вод, до вимог на питну воду. Така технологія може розглядатися як один із варіантів можливих технологій очищення та демінералізації шахтних вод, які потребують розробки та наукового обґрунтування.

За напрямом “Охорона і раціональне використання водних ресурсів” бюджетної програми Державного фонду охорони навколишнього природного середовища КПКВ 2401270 “Комплексна реалізація державної екологічної політики, здійснення природоохоронних заходів” профінансовано виконання заходу “Каналізаційна насосна станція №4 з колектором, м. Бердянськ – будівництво” на суму 1170,314 тис. грн, за рахунок чого було виконано бетонні роботи з улаштування перегородок стакану насосної станції; вентиляція; установка залізобетонних кілець під опори приймального лотка; виконано роботи з монтування шафи управління та насоса “Vilo”. У рамках бюджетної програми КПКВК 2401330 “Заходи щодо очистки стічних вод в м. Одеса” профінансовано виконання заходу “Реконструкція та очистка системи водовідведення зливових та стічних вод на території мікрорайону Пересип Суворовського району м. Одеси” на суму 9228,093 тис. грн, за рахунок чого було виконано земляні роботи; роботи з очищення колекторів та улаштування технологічних колодязів на 4 ділянках.

МОЗ України видано позитивний висновок на проект “Завод з виробництва

питної води в м. Алчевськ для потреб господарсько-питного водопостачання Алчевського металургійного комбінату” та запроваджено водоочисну технологію в експлуатацію відповідно до чинного законодавства. Узагальнено вітчизняний та зарубіжний досвід використання локальних установок доочищення питної води. Дана гігієнічна оцінка окремим багатофункціональним системам доочищення питної води колективного призначення, що впроваджуються в країні (фірм “ЮР–АКВА”, “Тала вода”, “С.К.І.–АКВА”). Встановлено, що досліджувані багатоступеневі водоочисні установки дозволяють, при дотриманні вимог технологічного регламенту, поліпшити якість питної води та довести значення показників її складу до нормативних вимог чинних санітарних норм і правил.

Технологія доочищення питної води, що реалізована у відповідних установках, впроваджувалася в різних регіонах країни.

Розроблено інформаційні листи “Багатофункціональна модульна установка нового покоління з доочищення водопровідної питної води”, “Мобільна водоочисна станція з бюветом для розливу очищеної питної води”.

Затверджено постанову Президії Національної академії наук України від 09.06.2010 р. №168 “Про наукові засади забезпечення населення України якісною питною водою”.

Постійно здійснювався державний санітарно-епідеміологічний нагляд за станом джерел водопостачання. Державною санепідслужбою у 2011 р. здійснено 37 тис. 252 обстеження водопровідних споруд, з них при 5203 (14% проти 12,5% за минулий рік) виявлені грубі порушення режиму їх утримання. За бактеріологічними показниками досліджено 299,7 тис. проб питної води централізованого водопостачання, відхилення від санітарних норм встановлено у 8328 пробах (2,78% проти 3,25% за минулий рік). На відповідальних осіб об’єктів водопостачання накладено 4712 штрафів. Тимчасово припинялася робота 2881 об’єкта водопостачання, за виявлені порушення в забезпеченні населення питною водою 81 справу передано до органів прокуратури.

Територіальними органами Держекоінспекції постійно здійснюється контроль за додержанням вимог природоохоронного законодавства у сфері використання та охорони водних ресурсів, у тому числі і джерел питного водопостачання.

Держсанепідслужбою здійснювався нагляд щодо виконання заходів, передбачених “Національною програмою оздоровлення басейну Дніпра та поліпшення якості питної води”.



З метою забезпечення санітарно-екологічного режиму річок Саксагань і Інгулець за пропозиціями фахівців Асоціації “Укррудпром” та Державної екологічної інспекції організовувалася та забезпечувалася постійна подача дніпровської води по каналу “Дніпро–Інгулець”. Вирішення низки цих питань дозволить впровадити раціональну і найбільш екологічно безпечну схему використання шахтних вод Кривбасу, а також оптимізувати обсяги скидів зворотних вод у річки Інгулець і Саксагань і тим самим забезпечити зменшення забруднення вод річки Дніпро.

У Міністерстві екології та природних ресурсів Кабінетом Міністрів України прийнято розпорядження від 02.11.2011 р. №1097-р “Про скидання надлишків зворотних вод р. Інгулець”.

У Міністерстві промислової політики посилився державний нагляд та контроль за дотриманням режиму у зонах водозабору та режиму господарювання у прибережних смугах і водоохоронних зонах річок, водойм і джерел водопостачання. Розроблено Загальнодержавну програму екологічного оздоровлення басейну р. Сіверський Донець, що спрямована на відновлення та забезпечення сталого функціонування екосистеми р. Сіверський Донець, якісного водопостачання, екологічно безпечних умов проживання населення і господарської діяльності, захист водних ресурсів від забруднення і виснаження, збереження ландшафтного та біологічного різноманіття.

Сучасний екологічний стан водних об’єктів Мінпромполітики України за більшістю показників оцінюється як незадовільний, що зумовлено техногенним навантаженням внаслідок діяльності підприємств гірничо-металургійного, хімічного комплексів, машинобудування та інших галузей промисловості. Зменшення скидів для поліпшення екологічного стану водних об’єктів, передусім басейну Дніпро, є однією з найважливіших проблем водного басейну галузі. З метою зменшення скидів високомінералізованих шахтних вод гірничорудними підприємствами ведеться будівництво систем інженерного захисту і впровадження нових потужностей з перехоплення фільтраційних втрат шляхом локалізації найбільш концентрованих вод з подальшим їх використанням у виробничому циклі та інші заходи. У 2008 р. впроваджено установку біологічної очистки стічних вод.

В Україні виконувалася «Комплексна програма здійснення державного нагляду в галузі радіаційної безпеки України, радіаційного контролю об’єктів довкілля та індивідуального дозиметричного контролю установами

держсанепідслужби МОЗ України та науково-дослідними інститутами АМН України на 2001–2005 роки». На всіх вітчизняних АЕС за звітний період не зафіксовано перевищення контрольних та адміністративно-технологічних рівнів вмісту радіонуклідів та хімічних речовин у водних скидах у відкриті водойми. Обсяги та методи контролю визначено узгодженими в установленому порядку із регулюючими органами Регламентами радіаційного контролю.

Майже в усіх областях проводилось випробування іноземних та вітчизняних високоєфективних реагентів, матеріалів і вітчизняних водоочисних технологій (сульфат заліза, “Полвак” ВПК-420, “Магнофлок”, алюмінію сульфат). У Закарпатській, Запорізькій, Сумській областях випробування не впроваджувалось у зв’язку з ненадходженням нових типів реагентів, матеріалів та технологій, а також з відсутністю звернень з боку зацікавлених підприємств і організацій.

У рамках Національної програми екологічного оздоровлення басейну Дніпра та поліпшення якості питної води санітарно-епідеміологічною службою МОЗ України та за програмою, розробленою за участю ІГМЕ АМНУ, щорічно проводився моніторинг якості води Дніпра та його основних притоків у створах.

У 2005 р. удосконалювалась розроблена у Держводгоспі інформаційна система моніторингу поверхневих вод. Розроблено блок прогнозування розповсюдження аварійного забруднення поверхневих вод, програму інсталяції у лабораторіях моніторингу вод басейнових управлінь та облводгоспів. Проводиться впровадження інформаційної програми моніторингу на місцях, програми прогнозування змін якості поверхневих вод з часом на основі існуючої багаторічної бази даних.

Інститутом гігієни та медичної екології НАМН України досліджувалося наукове обґрунтування застосування в технології водопідготовки та очистки стічних вод нових реагентів, методів, засобів, пристроїв тощо. Щорічно надавалася гігієнічна оцінка 10–15 зразкам вітчизняних та іноземних нових матеріалів, реагентів, установок тощо. Інститутом розроблявся новий Державний стандарт України (ДСТУ) “Джерела господарсько-питного водопостачання. Еколого-гігієнічна оцінка якості води” з урахуванням європейського законодавства у цій сфері.

Міністерством житлового та комунального господарства за звітний період проводилась робота з удосконалення нормативів і стандартів у сфері питної води та питного водопостачання, зокрема проект ДСТУ “Питна вода. Вимоги та контроль за якістю” приведено до основних вимог Директив ЄС 98/83 та

розроблено проект ДСТУ “Питна вода поліпшеної якості. Вимоги та методи контролювання”.

Управління охорони та раціонального використання водних ресурсів Мінприроди розглянуло та погодило національний стандарт “Джерела централізованого питного водопостачання. Гігієнічні та екологічні вимоги щодо якості води і правила вибирання” ДСТУ 4808:2007. У 2010 р. затверджено 7 національних стандартів щодо якості питної води.

За звітний період із зазначених питань в Україні діяли постанови КМУ від 27.12.2008 р. №1139 “Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності у сфері використання і охорони вод та відтворення водних ресурсів і визначається періодичність проведення планових заходів, пов’язаних з державним наглядом”; від 27.08.2008 р. №741 “Про затвердження Державної цільової соціальної програми першочергового забезпечення централізованим водопостачанням сільських населених пунктів, що користуються привізною водою, на період до 2010 року”.

Згідно з укладеними міждержавними угодами про співробітництво на прикордонних водах, Держводгосп по 77 транскордонних створах на водних об’єктах здійснював обмін інформацією про якісний стан поверхневих вод з Росією, Білоруссю, Угорщиною, Польщею, Словаччиною, Румунією та Молдовою. Проведено 57 міжнародних зустрічей зі співробітництва на прикордонних водах.

У Держводгоспомі погоджено Регламент обміну екологічною інформацією з Мінприроди відповідно до Угоди про співробітництво у сфері моніторингу навколишнього природного середовища, до якого також входить інформація про якість поверхневих вод у місцях розташування питних водозаборів. Через недостатнє фінансування неповною мірою забезпечено оперативний зв’язок з лабораторіями комітету з використанням телекомунікаційних технологій.

Держсанепідслужбою України забезпечується проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи при впровадженні нових методів очищення питної води (водопідготовка) у рамках проведення держсанепіднагляду.

З метою поліпшення якості води в УкрНДІспиртбіопроді розроблено схему універсальної установки водопідготовки, яка забезпечує одержання підготовленої води необхідної якості незалежно від складу домішок вхідної води. Ця установка включає ряд блоків, у тому числі знезалізнення, деманганації, зменшення

твердості, зменшення органічних домішок, зменшення азотвмісних сполук.

Підготовлено проект постанови КМУ «Про затвердження Положення про Державний реєстр мережі моніторингу поверхневих вод» та опрацьовано Державний реєстр мережі поверхневих вод. У Мінприроди забезпечено функціонування Інформаційно-аналітичного центру, введенням в дію якого започатковано процеси створення та ведення єдиного банку даних про стан навколишнього природного середовища, а також надано можливість суб'єктам державної системи моніторингу докiлля всіх рівнів використовувати його для збору та обробки екологічних даних.

В Україні проводиться періодичний інформаційно-науковий пошук у довідково-інформаційних фондах. Створено відповідну рубрику у фондах ВООЗ Центру (17 найменувань).

Таким чином, в Україні діяли галузеві програми з питань охорони довкілля і здоров'я населення. Впроваджено технологію захоронення високомінералізованих стічних вод у надра з використанням нафтогазових свердловин. З метою поліпшення якості води в УкрНДІспиртбіопроді розроблено схему універсальної установки водопідготовки, яка забезпечує одержання підготовленої води необхідної якості незалежно від складу домішок вхідної води. Впроваджувались нові технології очищення питної води. Забезпечено проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи при впровадженні нових методів очищення питної води. У 2010 р. підтверджено безпечність хлорування з преамонізацією (м. Київ), на відміну від хлорування хлор-газом (м. Кривий Ріг), щодо утворення ХОС у воді. Організовується та забезпечується постійна подача дніпровської води по каналу “Дніпро–Інгулець”. Майже в усіх областях проводилось випробування іноземних та вітчизняних високоефективних реагентів, матеріалів і вітчизняних водоочисних технологій (сульфат заліза, “Полвак” ВПК-420, “Магнофлок”, алюмінію сульфат). Держсанепідслужбою України забезпечувалося проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи при впровадженні нових методів очищення питної води (водопідготовка) у рамках проведення держсанепіднагляду.

## **2.22. Якість повітря**

В Україні у 2002–2011 рр. постійно здійснювався контроль за станом забруднення атмосферного повітря. У більшості областей проведено оцінку впливу забруднення атмосферного повітря на стан здоров'я населення з метою

виділення категорії “зон пріоритетної уваги для боротьби із забрудненням повітряного басейну”.

У 2011 р. у ДУ “Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України”. виконувалась наступна НДР: “Розробити науково-методичні засади довгострокового спостереження за пиловим забрудненням атмосферного повітря”. Було проведено дослідження зразків атмосферного повітря на вміст пилових алергенів у пілотних мм. Києві, Запоріжжі і Вінниці. Розроблено модель прогнозування аеропалінологічної ситуації у мм. Києві та Запоріжжі за допомогою аналізу циклонічної діяльності атмосфери. Підготовлено та затверджено у встановленому порядку методичні рекомендації щодо уніфікованої методики здійснення пилового спостереження. Створено банк даних щодо результатів проведення моніторингу пилового забруднення атмосферного повітря, який вмістив 1120 записів у 2009 р., 1284 – у 2010 р. та 1470 – у 2011 р. з математичною обробкою масивів даних досліджень, реєстрацією в електронному вигляді, як те передбачає Стандарт Всесвітнього алергологічного товариства (WAO) та збереженні їх, як інформації першого порядку. Модель покладено у розробку та наукове обґрунтування системи прогнозування появи алергенних чинників біологічного походження у атмосфері для здійснення профілактики щодо їх впливу на стан здоров'я міського населення України. За результатами виконання НДР отримані наступні впровадження: створено 1 банк даних, опубліковано 1 методичні рекомендації щодо методики визначення пилових аероалергенів в атмосферному повітрі, опубліковано 10 статей, опубліковано 10 тез, зроблено 9 доповідей на наукових форумах, 5 виступів по радіо.

У Мінприроди розроблено та затверджено низку технологічних нормативів допустимих викидів забруднювальних речовин для окремих типів обладнання, споруд, устаткування: наказ від 17.11.2008 р. №1110/15801 “Технологічні нормативи допустимих викидів забруднюючих речовин із теплосилових установок, номінальна теплова потужність яких перевищує 50 МВт”; наказ від 09.02.2009 р. №120/16136 “Технологічні нормативи допустимих викидів забруднюючих речовин із устаткування (установок) для виробництва цементного клінкеру в обертових випалювальних печах, виробнича потужність яких перевищує 500 т на день»; наказ від 15.10.2009 р. №965/16981 “Технологічні нормативи допустимих викидів забруднюючих речовин від коксових печей”; -наказ від 26.10.2009 р. №982/16998 “Технологічні нормативи допустимих викидів забруднюючих речовин із устаткування (установок) для виробництва

нормального електрокорунду в дугових трифазних руднотермічних печах при плавленні “на випуск”; наказ від 04.11.2009 р. №1023/17039 “Технологічні нормативи допустимих викидів забруднюючих речовин у атмосферне повітря із котелень, що працюють на лушпинні соняшника”.

Впровадження технологічних нормативів допустимих викидів забруднювальних речовин в атмосферне повітря дасть можливість скоротити викиди за рахунок впровадження екологічно чистих технологій, оздоровити повітряний басейн, особливо у містах з підвищеними рівнями забруднення.

Реальне скорочення викидів забруднюючих речовин можливе через 5–10 років за умови впровадження нового механізму регулювання викидів у разі досягнення суб’єктами господарювання встановлених нормативів граничнодопустимих викидів відповідно до законодавства.

Затверджено наказом Мінприроди від 17.09.2010 р. №407 “Методичні рекомендації щодо оформлення дозволу на викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами для суб’єктів господарювання з урахуванням технологічних нормативів допустимих викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря”.

В Мінпромполітики підготовлено технологічні нормативи на викиди забруднювальних речовин для підприємств теплоенергетики. Вживаються заходи для поступового зменшення підприємствами викидів шкідливих речовин в атмосферне повітря до встановлених нормативів. Розробляються механізми узгодження рівня допустимих викидів з темпами модернізації технології і структурної перебудови в різних галузях промисловості. Забезпечується перехід до міжнародних стандартів і нормативів якості атмосферного повітря.

Так, за договором ДК “Укргазвидобування” з Українським науково-дослідним інститутом природних газів (УкрНДІгаз) проведено роботу з інвентаризації з розрахункам викидів парникових газів від основних виробничих і технологічних процесів підприємств Компанії на виконання положень Національного плану заходів щодо реалізації положень Кіотського протоколу до Рамкової конвенції Організацій Об’єднаних Націй (ООН) про зміну клімату.

У підрозділах Національної акціонерної компанії “Нафтогаз України” існує система моніторингу (інвентаризації) викидів в атмосферне повітря основних забруднювальних речовин, у тому числі парникових газів (метан, діоксид вуглецю), яка проводиться згідно із Законом України “Про охорону атмосферного повітря” з обґрунтуванням об’ємів викидів і отриманням філіями Компанії

дозволів на викиди з установленими лімітами та наданням до Держкомстату щоквартальних звітів про охорону атмосферного повітря за формою 2ТП (повітря).

Спостереження за станом атмосферного повітря та вмістом забруднювальних речовин, у тому числі радіонуклідів здійснюють 3 суб'єкти державної системи моніторингу довкілля: МНС, Мінприроди, МОЗ.

Забезпечено функціонування Інформаційно-аналітичного центру державної системи моніторингу довкілля Мінприроди, а також безперервне ведення банків даних про стан навколишнього природного середовища, у тому числі банк даних "Атмосферне повітря".

З метою припинення негативного впливу на навколишнє природне середовище внаслідок порушень вимог законодавства у сфері охорони атмосферного повітря при здійсненні виробничої діяльності у 1039 випадках обмежувалася та призупинялася (до усунення виявлених недоліків та порушень) діяльність суб'єктів господарювання

Суб'єкти господарювання, які здійснюють викиди забруднювальних речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами, проводять інвентаризацію викидів.

Об'єкти, які взяті на державний облік територіальними органами Мінприроди за місцезнаходженням складають форми державних статистичних спостережень за станом атмосферного повітря №2-ТП (повітря)(річна) та №2-ТП (повітря) (квартальна).

У Міністерстві енергетики та вугільної промисловості організація контролю за викидами від установок спалювання на теплових електростанціях здійснюється згідно з чинними нормативними документами, зокрема СОУ-Н МПЕ 40.1.02.307. Для проведення інструментальних вимірювань використовуються сертифіковані прилади. Підприємствами Національної акціонерної компанії "Нафтогаз України" протягом 2011 р. проводилася інвентаризація якісних та кількісних характеристик забруднювальних речовин, які викидаються в атмосферне повітря; головними підприємствами та структурними підрозділами отримано дозволи на викиди забруднювальних речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами та ліміти на викиди забруднювальних речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами; газопроводи і споруди, які знаходяться на них, перевіряються відповідно до графіків з метою попередження витoku газу в атмосферу; планами локалізації і ліквідації можливих аварій передбачено конкретні дії при

ушкодженні різних ділянок газопроводів, споруд і обладнання з метою мінімізації негативного впливу на довкілля; виконуються заходи щодо недопущення, виявлення, усунення зловмисних втручань в роботу газопроводів; виконуються заходи з модернізації опалювальних котелень, переведення їх з твердого на газове паливо та котли малої потужності; проводиться озеленення прилеглих територій; систематично проводяться перевірки викидів виробничого автотранспорту.

Атестація робочих місць працівників підприємств Національної акціонерної компанії “Нафтогаз України” проводиться у відповідні терміни, за результатами атестації розробляються та виконуються заходи щодо покращення умов праці.

Експлуатація АЕС в Україні здійснюється відповідно до вимог Законів “Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку”, “Про захист людини від впливу іонізуючих випромінювань”, Норм радіаційної безпеки України (НРБУ-97) та інші.

Метою чинного законодавства у цій сфері є визначення основних вимог до охорони здоров'я від можливої шкоди, пов'язаної з опроміненням джерелами іонізуючого випромінювання, вимоги до безпечної експлуатації АЕС, а також вимоги до охорони навколишнього природного середовища.

У 2011 р. реальні рівні викидів та скидів радіоактивних речовин на АЕС у відсотковому відношенні до допустимих не перевищували одиниць відсотку. Квартальна середня індивідуальна доза опромінення персоналу АЕС, який обслуговує ядерні установки (категорія А), не перевищувала 0,4 міліЗіверти за рік, що не перевищує 20% від ліміту річної дози опромінення для персоналу категорії А (20 міліЗіверт). Для порівняння: доза зовнішнього опромінення населення від природного радіаційного фону становить 1 міліЗіверт на рік.

Радіаційні параметри, що характеризують роботу АЕС, у 2011 р. не перевищували нормативних значень, а радіаційний захист персоналу та населення забезпечувалися на достатньому рівні. Експлуатація АЕС за останні роки не викликала ніяких екологічних змін, які б свідчили про погіршення стану навколишнього середовища у районі їх розташування порівняно з попередніми роками.

Крім того, в рамках Державної цільової екологічної програми приведення в безпечний стан уранових об'єктів ВО “Придніпровський хімічний завод”, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 30.09.2009 р. №1029 у 2010 р. завершено роботи з інвентаризації та паспортизації уранових об'єктів, розташованих на промисловому майданчику колишнього ВО “Придніпровський



хімічний завод” та за його межами. Зараз здійснюється аналіз проведених обстежень з метою складання переліку найбільш забруднених об’єктів та визначення черговості виконання дезактиваційно-рекультиваційних робіт на них.

Управління охорони та раціонального використання водних ресурсів погодило наказом Мінприроди від 29.09.2009 р. №507 “Технологічні нормативи допустимих викидів забруднювальних речовин від коксових печей”; від 05.10.2009 р. №524 “Технологічні нормативи допустимих викидів забруднювальних речовин із устаткування (установок) для виробництва нормального електрокорунду в дугових трифазних руднотермічних печах при плавленні “на випуск”; від 13.10.2009 р. №540 “Технологічні нормативи допустимих викидів забруднювальних речовин у атмосферне повітря із котелень, що працюють на лушпинні”. Впровадження технологічних нормативів допустимих викидів забруднювальних речовин в атмосферне повітря дозволило скоротити викиди забруднювальних речовин в атмосферне повітря за рахунок впровадження екологічно чистих технологій, оздоровити повітряний басейн, особливо у містах з підвищеними рівнями забруднення.

З метою зменшення забруднення повітряного середовища шкідливими речовинами на підприємствах Мінпромполітики за рахунок підвищення культури виробництва розроблено і реалізуються відповідні заходи. На ВАТ “Запорізький завод феросплавів” розроблено та затверджено Програми підвищення рівня культури виробництва для зменшення повітряного середовища шкідливими речовинами. На ВАТ “Миколаївський глиноземний завод” проводяться роботи з впровадження на підприємстві системи екологічного менеджменту та сертифікації на відповідність вимогам міжнародного стандарту ISO 14001.

У рамках зазначених програм проводиться оновлення основних виробничих фондів та впроваджуються ресурсозберігаючі, безвідходні та високотехнологічні технології, спрямовані на підвищення культури виробництва. Це сприяє зменшенню виробничого травматизму, у тому числі зі смертельним наслідком, та профзахворювань.

У Міністерстві охорони навколишнього природного середовища України для основних типів устаткування, перелік яких визначено наказом Мінприроди від 16.08.2004 р. №317, встановлено нормативи гранично допустимих викидів та технологічні нормативи.

За звітний період постійно проводилась державна санітарно-гігієнічна експертиза устаткування підприємств щодо викидів, введення екологічних паспортів підприємств і атестації робочих місць незалежно від форми власності та видів господарювання. У більшості областей України впроваджено оновлену систему моніторингу показників забруднення атмосферного повітря, принципів оцінки сумарного забруднення атмосферного повітря і ступеня його небезпеки для людини.

Фахівцями лабораторії гігієни атмосферного повітря та оцінок ризику Інституту гігієни та медичної екології НАМН України постійно проводиться державна санітарно-епідеміологічна експертиза діючих підприємств, проектів будівництва, перебудови та реконструкції підприємств – забруднювачів атмосферного повітря. Виконувалися роботи з гігієнічного регламентування поллютантів. На замовлення Міністерства охорони навколишнього середовища виконана НДР “Розроблення нормативів якості атмосферного повітря з урахуванням вимог директив ЄС”. Надано 55 експертних висновків. Проведено обстеження викидів для п’яти підприємств. Розроблено та атестовано чотири методики вимірювання забруднювачів повітря.

За звітні роки проводилась атестація робочих місць у АР Крим на 100%, Тернопільській – 99,0%, Луганській – 97,1%, Івано-Франківській – 85,0%, Рівненській – 84,9%, Сумській – 81,7% областях тощо. Не проводилась атестація робочих місць у Чернігівській і Чернівецькій областях.

Державна екологічна експертиза, відповідно до положень Закону України “Про екологічну експертизу”, є обов’язковою щодо об’єктів підвищеної екологічної небезпеки. Проведення такої експертизи регламентується постановою КМУ від 11.04.2002 р. №483 “Про порядок затвердження інвестиційних програм і проектів будівництва та проведення їх комплексної державної експертизи”.

Міністерством охорони навколишнього природного середовища України проведено державну екологічну експертизу проектної документації на 101 об’єкті підвищеної екологічної небезпеки, із 20 з них проектна документація повернута за зауваженнями Мінприроди на доопрацювання. Продовжується розробка “Інструкції про проведення інвентаризації викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря”.

Протягом 2011 р. Мінприроди організовано та здійснено державну екологічну експертизу 296 одиниць передпроектної і проектної документації, як у рамках комплексної державної експертизи, так і в окремому порядку.

У зв'язку з прийняттям Закону України “Про регулювання містобудівної діяльності” від 17.02.2011 р. №3038, яким передбачено, що експертиза проектів будівництва проводиться у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади з питань будівництва, містобудування та архітектури, внесено відповідні зміни до законів України “Про охорону навколишнього природного середовища” та “Про екологічну експертизу”. Пунктами 1 та 4 ст. 31 зазначеного закону визначено проекти будівництва об'єктів містобудування, щодо яких експертиза є обов'язковою, а саме: приналежність до IV–V категорії складності

Територіальними органами Держекоінспекції здійснюється контроль за додержанням вимог законодавства у сфері охорони атмосферного повітря, у тому числі додержання нормативів викидів в атмосферу.

Упродовж 2011 р. проведено понад 13 тис. перевірок стаціонарних об'єктів, у тому числі 12 тис. 945 підприємств і організацій та 63 перевірки автотранспортних підприємств.

За виявлені порушення вимог законодавства у сфері атмосферного повітря притягнуто 9449 осіб на загальну суму 1,463 млн грн, з яких стягнуто 1,359 млн грн. Загальна сума екологічних збитків становить 339,6 млн грн.

За результатом розгляду 120 матеріалів, переданих до правоохоронних органів, порушено 14 кримінальних справ.

Порушникам пред'явлено 1276 претензій та позовів на загальну суму 305 млн грн, з яких стягнуто 20 млн грн.

Під наглядом Держсанепідслужби знаходилося 144 об'єкти, що будувалися; 108 об'єктів введено в експлуатацію. Видано 15 висновків щодо вибору земельних ділянок для споруд з очищення викидів в атмосферне повітря. Розглянуто 671 проект будівництва і реконструкції, з них не відповідали вимогам НТД 49 (7,3%). Найбільшу кількість проектів розглянуто у Львівській області – 431.

Відповідно до законів України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, “Про атмосферне повітря” функцію нагляду за пилогазоочисними спорудами передано управлінням Міністерства охорони навколишнього природного середовища. Проте фахівці санепідслужби взяли участь у комплексній перевірці підприємств. У Полтавській області перевірено 2577 підприємств, Черкаській – 2515, Донецькій – 1182, Одеській – 1332 тощо.

У Закарпатській області розглянуто 92 проекти промислових об'єктів, до складу яких входили пилогазовловлювані пристрої. За об'єктами, що є джерелами пилогазовикидів при здійсненні санепіднагляду, проводився постійний контроль за ефективністю функціонування уловлюваних пристроїв та очисних споруд. Проведено 242 перевірки даних об'єктів, направлено 215 приписів, з них виконано 86%. У Одеській області Державною санепідслужбою видано 627 дозволів на викиди забруднювальних речовин від стаціонарних джерел.

У АР Крим, Хмельницькій, Волинській, Сумській, Закарпатській, Херсонській, Житомирській, Донецькій, Миколаївській, Чернігівській областях пилогазоочисними спорудами організованих джерел викидів обладнано в межах 73,0–100,0%. У Вінницькій, Київській, Тернопільській, Черкаській, Івано-Франківській, Запорізькій областях і м. Севастополі – в межах 20,0–40,5%.

Територіальні органи Мінприроди постійно здійснюють контроль за ефективністю роботи пилогазоочисного устаткування та дотримання суб'єктами господарювання встановлених нормативів на викиди забруднювальних речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами.

З метою припинення негативного впливу на навколишнє природне середовище внаслідок порушень вимог законодавства у сфері охорони атмосферного повітря при здійсненні виробничої діяльності у 1039 випадках обмежувалася та призупинялася (до усунення виявлених недоліків та порушень) діяльність суб'єктів господарювання

У Міністерстві навколишнього природного середовища з метою скорочення викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря прийнято розпорядження КМУ від 28.01.2004 №37-р “Про затвердження плану заходів щодо зменшення негативного впливу автомобільних транспортних засобів на довкілля на 2004–2010 роки”.

Не вирішеною залишається проблема врегулювання руху автомобільного транспорту через державний кордон в м. Могилів-Подільському Вінницької області, що значно погіршує екологічний стан даного регіону.

Основними недоліками в організації природоохоронної роботи на автотранспортних підприємствах залишаються: недостатнє забезпечення автопідприємств приборами контролю, використання неякісного палива у зв'язку з відсутністю його державного експрес-контролю.

Співробітниками Інституту гігієни та медичної екології НАМН України за звітний період виконувалася НДР “Розробка шкали для оцінки індивідуального

ризик у формування гострої та хронічної патології у дітей під впливом здоров'я формуючих чинників різної природи". Видано інформаційний лист "Спосіб комплексної оцінки показника шкіроподразнювальної дії косметичних засобів". Корисна модель "Спосіб оцінки цитотоксичної дії засобів на основі поверхнево-активних речовин (ПАР)".

Таким чином, в Україні проводився моніторинг (інвентаризація) викидів в атмосферне повітря основних забруднювальних речовин, у тому числі парникових газів (метан, діоксид вуглецю). Постійно проводилась державна санітарно-гігієнічна експертиза устаткування підприємств щодо викидів, введення екологічних паспортів підприємств і атестації робочих місць незалежно від форми власності та видів господарювання. Проводилась державна санітарно-епідеміологічна експертиза діючих підприємств, проектів будівництва, перебудови та реконструкції підприємств – забруднювачів атмосферного повітря. За звітний період проведено державну екологічну експертизу проектної документації.

Постійно здійснювався контроль за ефективністю роботи пилогазоочисного устаткування та дотримання суб'єктами господарювання встановлених нормативів на викиди забруднювальних речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами.

Підвищення ефективності державного контролю за діяльністю суб'єктів господарювання у галузі охорони атмосферного повітря сприятиме охороні і раціональному використанню природних ресурсів та забезпеченню прав громадян України на безпечне для життя і здоров'я довкілля, гарантованих Конституцією. У зв'язку з цим необхідно забезпечити розробку сучасної нормативно-правової бази, своєчасне впровадження нових, удосконалення існуючих технологій, матеріалів та обладнання щодо очищення пилогазоочисних споруд організованих джерел викидів, автотранспорту.

### **2.23. Якість і безпека продуктів харчування**

Останніми роками у світі та в Україні зокрема залишаються актуальними питання поліпшення харчування людства та боротьби з хворобами харчового походження. Антропогенне забруднення навколишнього середовища чинить негативний вплив на якість та безпечність харчових продуктів, що споживає населення.

В Україні за звітний період проводилась державна санітарно-гігієнічна експертиза нових видів харчових продуктів відповідно до вимог чинного

законодавства. Постійно здійснювався санітарно-епідеміологічний нагляд за продовольчою сировиною та продуктами харчування, умовами їх транспортування, зберігання та реалізацією.

В Україні виконувалися програми щодо якості і безпеки продуктів харчування. Наказами Мінагрополітики: від 16.10.2007 р. №738 затверджена “Програма розвитку спиртової галузі на 2007–2011 рр.”, метою якої є збереження виробничого потенціалу спиртової галузі та створення умов для її ефективної роботи за рахунок перепрофілювання частини надлишкових потужностей на виробництво технічного спирту, продукції технічного призначення, біоетанолу, біопалив, організації виробництва біогазу, кормопродуктів на основі післяспиртової барди та реконструкції неперспективних підприємств; у 2008 р. затверджена “Галузева програма розвитку хлібопекарської галузі на період до 2015 р.”, запровадження завдань якої дозволить підвищити рівень продовольчої безпеки України, зменшити витрати матеріально-технічних та енергетичних ресурсів на виробництво хліба та хлібобулочних виробів шляхом використання прогресивних технологій і техніки нового покоління, забезпечення всіх верств населення повноцінною продукцією відповідно до фізіологічних норм харчування.

В Інституті педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України виконувалась НДР “Розробка високоякісних спеціалізованих продуктів із заданими властивостями на основі переробки сої та інших білків для дитячого і лікувально-профілактичного харчування”. Результати досліджень довели можливість отримання та перспективність використання гідролізатів харчових білків для продуктів лікувально-оздоровчого харчування. Розроблено та затверджено проект НТД на виробництво продукту на основі гідролізованого білка на промислових умовах. Розроблено НТД на промислове виробництво продуктів прикорму (4 види каш швидкого приготування) для дітей грудного і раннього віку – здорових та хворих на алергію, захворювання шлунково-кишкового тракту.

В Інституті геронтології НАМН України в межах Програми виконувалася НДР “Розробка наукового обґрунтування збалансованого харчування людей літнього віку в Україні та його зв’язок з показниками здоров’я”. У 2005 р. було вивчено зв’язок між особливостями харчування, показниками здоров’я, біологічним віком, визначено фактори ризику розвитку вікозалежної патології і способи їх аліментарної профілактики. Представлені коефіцієнти кореляції віку з

показниками здоров'я та енергоємністю харчування, кореляції маси тіла з рівнем холестерину, артеріального тиску та енергоємністю харчування, кореляції маси тіла з рівнем холестерину та ступенем змін на ЕКГ. Детально висвітлено вміст основних груп харчових продуктів у раціоні будинків-інтернатів.

На підприємствах Мінагрополітики України постійно здійснюється відповідно до вимог чинного законодавства санітарно-епідеміологічний контроль виробництва харчових продуктів.

Для забезпечення якості та безпеки харчової продукції і недопущення випадків вироблення підприємствами неякісної та небезпечної продукції з відхиленнями від вимог нормативної документації, а також розширення асортименту продукції проведено 85 засідань Центральних дегустаційних комісій з визначення якості харчової продукції.

У 2011 р. проведено 289 тис. 479 обстежень об'єктів харчової промисловості, громадського харчування, торгівлі, у тому числі 2242 обстеження молокозаводів. У 116 тис. 654 з них виявлені порушення санітарних норм (40,3% проти 38,3% за аналогічний період 2010 р.), з них на молокозаводах – 483 (21,5% проти 18,3% за аналогічний період 2010 ).

Слід зазначити, що якість харчової продукції за мікробіологічними показниками останніми роками залишається стабільною. Проведено 494 тис. 524 дослідження проб харчових продуктів за бактеріологічними показниками, у тому числі 32 тис. 992 проби продукції молокозаводів. У 2011 р. відсоток харчових проб, що не відповідали санітарним нормам і правилам, становив 2,8%, що у 2,1 разу менше, ніж у 2002 р., коли він становив 5,95% (у 2009 р. – 2,2%; 2008 р. – 2,3%; 2007 р. – 2,7%). У пробах продукції молокозаводів не відповідали нормативам 366 проб ((1,1% проти 1,4% за аналогічний період 2010 р.

За виявлені порушення санітарного законодавства на посадових осіб накладено 114 тис. 718 штрафів, до усунення виявлених порушень припинялась експлуатація 25 тис. 557 об'єктів, передано 433 справи до органів прокуратури, у тому числі на молокозаводах – накладено 488 штрафів, до усунення виявлених порушень припинено експлуатацію 130 об'єктів, цехів, дільниць. За реалізацію недоброякісної та небезпечної продукції застосовано 12 тис. 392 фінансові санкції на суму 1370,6 тис. грн, знято з реалізації 971,9 т недоброякісних та небезпечних в епідемічному відношенні продуктів харчування з об'єктів харчової промисловості, громадського харчування, торгівлі.

Державним департаментом продовольства Мінагрополітики проведено

роботу зі створення національної нормативної документації, гармонізованої з міжнародними та європейськими стандартами. Проводилась гармонізація 147 нормативних документів для харчової промисловості, в т.ч. 2 технічні регламенти. Постійно проводилися засідання центральних галузевих дегустаційних (приймальних) комісій з визначення якості харчової продукції, яким до виробництва щорічно рекомендується понад 2000 найменувань нових видів високоякісної продукції. Постійно проводився моніторинг стану створення та впровадження на підприємствах галузі міжнародних систем управління безпечністю і якістю харчової продукції та докільям за міжнародними стандартами ISO серій 9000, 14000, 22000. Впроваджено системи менеджменту безпеки і якості продукції та докільям на 73 підприємствах: за вимогами міжнародного стандарту ISO 9000 на 67 підприємствах; на 8 підприємствах – системи управління докільям за вимогами стандартів ISO 14000; на 16 підприємствах – системи управління безпечністю харчових продуктів на основі концепції HACCP.

Обов'язкове маркування харчових продуктів, що містять генетично модифіковані організми (ГМО), передбачене п. 7 ст. 38 р. IV Закону України від 06.09.2005 р. №2809-IV “Про внесення змін до Закону України “Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини”, згідно з яким написи на етикетці харчового продукту, що становлять інтерес для споживачів, такі як “без ГМО” (генетично модифікованих організмів) тощо, та інша інформація підлягають перевірці у порядку, встановленому відповідними нормативно-правовими актами, виданими на виконання цього Закону. Проте цим пунктом не вирішується питання забезпечення населення необхідною інформацією щодо складу ГМО в харчовій продукції, оскільки контроль продовольчої сировини на вміст ГМО лабораторії підприємств виконати не в змозі через відсутність методик та необхідного обладнання. Не встановлені також показники допустимого вмісту ГМО в харчовій продукції.

Розроблено асортимент та технологічну документацію на виробництво консервованих продуктів на основі овочево-фруктової сировини для профілактичного харчування дітей із залізодефіцитною анемією, подовжено роботу зі створення технологічної документації на виробництво продуктів для дієтичного харчування дітей, хворих на фенілкетонурію.

В Україні прийнято низку нормативно-правових документів: законів України від 15.04.2010 р. №2132-VI “Про внесення змін до Закону України “Про



молоко та молочні продукти” щодо безпечності та якості молочних продуктів”, від 19.01.2010 р. №1804-VI “Про внесення змін до Закону України “Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів”; від 30.06.2010 р. №20 “Про удосконалення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за впровадженням системи НАССР”; постанову КМ України від 09.06.2010 р. №427 “Про внесення зміни до пункту 9 Порядку видачі експлуатаційного дозволу для потужностей (об’єктів) з виробництва, переробки або реалізації харчових продуктів”, розпорядження від 13.01.2010 р. №82-р “Про схвалення Концепції Державної цільової соціальної програми розвитку виробництва продуктів дитячого харчування на 2010–2014 роки”; від 19.05.2010 р. №1073-р “Про затвердження плану першочергових заходів щодо інтеграції України до Європейського Союзу на 2010 рік”; від 27.01.2010 р. №141-р “Про внесення змін до плану заходів щодо адаптації української економіки до вимог СОТ”.

Розроблено проект наказу МОЗ України “Про затвердження Порядку реєстрації харчових добавок та ароматизаторів”.

У 2011 р. проводилася робота з розробці нормативних документів щодо посилення вимог безпеки до якості харчових продуктів, передбачених медико-біологічними стандартами, вимогами СОТ, Євросоюзу відповідно до МОЗ України. Від 11.05.2011 р. №278 затверджено план заходів МОЗ України з реалізації Національного плану дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка ефективна держава” в частині забезпечення безпеки продуктів харчування (санітарні та фітосанітарні норми). Прийнята постанова Кабінету Міністрів України від 28.12.2011 р. №1378 “Про затвердження порядків видачі погодження на ввезення на територію України засобів захисту рослин, сертифіката відповідності сільськогосподарської продукції та сировини рослинного походження вимогам щодо вмісту в них залишкової кількості пестицидів, агрохімікатів та важких металів і сертифіката про дотримання регламентів застосування пестицидів і агрохімікатів”.

Виробничі лабораторії харчових підприємств забезпечені необхідним обладнанням, реактивами, відповідними методичними матеріалами та персоналом. У системі харчової промисловості на базі Українського науково-дослідного інституту спирту і біотехнологій діє Центр контролю якості харчової продукції, який акредитовано на національному та міжнародному рівнях. Центр

виконує сертифікаційні випробовування харчової продукції вітчизняних виробників та бере участь як “зразкова лабораторія” при вирішенні арбітражних питань.

У Держспоживстандарті функціонувало 29 випробувальних лабораторій. Оснащення, обладнання та акредитація Національним агентством з акредитації України на відповідність ДСТУ ISO/IEC 17025:2006 “Загальні вимоги до компетентності випробувальних та калібрувальних лабораторій” (ISO/IEC 17025:2005, IDT) здійснена за власні кошти лабораторій.

Усі лабораторії держсанепідслужби забезпечувалися методиками з проведення досліджень по мірі їх напрацювання, які узгоджувалися з Комітетом із питань гігієнічного регламентування МОЗ України і затверджувалися на рівні Головного державного санітарного лікаря України.

На підприємствах Мінагрополітики України визначено порядок надання статусу спеціальної сировинної зони з виробництва сировини, що використовується у виготовленні продуктів дитячого харчування. Мінагрополітики видано наказ від 22.01.2010 р. “Про внесення змін до Реєстру спеціальних сировинних зон”.

Пріоритетними задачами в роботі державної санепідслужби з розділу гігієни харчування залишались оцінка структури харчування, 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.

Завдання у процесі розвитку, удосконалення та гармонізації законодавства України відповідно до міжнародних вимог повинно бути спрямоване на збереження ефективної національної системи безпечності харчових продуктів. При цьому здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду є і в подальшому залишатиметься основою національної системи забезпечення безпеки харчових продуктів.

В країні діяла “Комплексна програма здійснення державного санітарного нагляду в галузі радіаційної безпеки України, радіаційного контролю об'єктів довкілля та індивідуального дозиметричного контролю установами державної санепідслужби МОЗ України та науково-дослідними інститутами НАМН України на 2006–2011 роки”, затверджена наказом МОЗ від 20.03.2006 р. №37.

У 2010 р. у ДУ “Інститут гігієни та медичної екології імені О.М. Марзєєва

НАМН України” виконувалась НДР “Розробка методології застосування дієтичних добавок з радіозахисними та протиструмними властивостями для запобігання негативних наслідків Чорнобильської катастрофи”. Результатом виконання стало створення композиції “Сорбент лігноцелюлозний” – продукту переробки натуральної сировини (виробник – Інститут хімії поверхні імені О.О. Чуйка НАН України, м. Київ). У більшості областей України не впроваджено уніфіковану систему гігієнічного контролю за вмістом радіонуклідів у продуктах харчування.

У Державному департаменті продовольства Мінагрополітики створено мережу радіаційного контролю за харчовими продуктами з 182 радіологічних підрозділів та Центру радіологічного моніторингу, які проводять постійний гігієнічний контроль за вмістом радіонуклідів у продуктах харчування відповідно до вимог чинного законодавства. Приведено у відповідність до міжнародних стандартів 154 нормативні документи, у т.ч. 12 технічних регламентів. Держспоживстандартом України затверджено 34 національні стандарти, які гармонізовані з вимогами міжнародних та європейських стандартів.

Враховуючи вищенаведене, сьогодні питання щодо організації ефективного державного та відомчого контролю на харчовому виробництві є першочерговим. В країні мають місце проблеми щодо власного виробництва продуктів дитячого харчування: не виробляються м'ясні, рибні продукти дитячого харчування, спеціалізоване гіпоалергенне харчування, харчування для дітей з патологією органів травлення для вікової групи до року життя, проблемним залишається питання харчування для дітей старшого віку. Продукція, що надходить за імпортом, через її високу вартість не може забезпечити загального попиту.

Не вирішується питання забезпечення населення необхідною інформацією щодо складу ГМО в харчовій продукції, оскільки контроль продовольчої сировини на вміст ГМО лабораторії підприємств виконати не в змозі через відсутність методик та необхідного обладнання. Не встановлені також показники допустимого вмісту ГМО в харчовій продукції.

## **2.24. Поводження з відходами і боротьба з забрудненням ґрунту, водою та підземних вод**

Проблема забруднення навколишнього природного середовища непридатними до використання отрутохімікатами та його згубного впливу на здоров'я людини залишається надзвичайно актуальною.

На підставі ДСанПіН 2.2.7.029–99 “Гігієнічні вимоги щодо поводження з промисловими відходами та визначення їх класу небезпеки для здоров’я населення” визначається клас небезпеки відходів. Віднесення до категорії небезпечних, без визначення класу небезпеки, здійснюється за списками, що додаються до Базельської конвенції про контроль за транскордонним перевезенням небезпечних відходів та їх видаленням. Ведеться робота з адаптації європейської системи поводження з небезпечними відходами в Україні.

В ДУ “Інститут гігієни та медичної екології імені О.М. Марзєєва НАМН України” виконувалась НДР “Наукове обґрунтування сучасних підходів до визначення класу небезпеки промислових відходів за комплексними інтегральними показниками”. За даними паспортів відходів розраховано класи небезпеки, проаналізовано та узагальнено характерні показники вмісту небезпечних інгредієнтів та чинники впливу на довкілля і людину при поводженні з ними. Проведено оцінку стану поводження з промисловими відходами на єдиному в країні полігоні промислових відходів (с. Костянтинівка). На підставі аналізу даних щодо оцінки відходів визначено групи показників, за якими визначатиметься загальний клас небезпеки. Розроблено оціночні шкали за супутніми показниками небезпеки відходів з використанням діючих гігієнічних нормативних вимог і показників (радіологічні за ДГН 6.6.1.-6.5.001-98 “Норми радіаційної безпеки України (НРБУ-97) і біологічні за ГН №1739-77 “Оціночні показники санітарного стану ґрунту населених місць”. Науково обґрунтовано “Державні санітарні правила і норми. Гігієнічні вимоги щодо поводження з промисловими відходами та визначення класу їх небезпеки для здоров’я населення”. Підготовлено проект методичних вказівок з комплексної санітарно-гігієнічної оцінки промислових відходів та додатково розроблено проект гігієнічних нормативів визначення класів небезпеки відходів за радіологічними і біологічними показниками.

На базі Укрдержжхімкомісії Мінприроди України, ДДСЕН МОЗ України, Інституту екогігієни та токсикології імені Л.І. Медведя, Комітетом по гігієнічній регламентації МОЗ України створено банк даних щодо переліків пестицидів і агрохімікатів, дозволених до використання в Україні. Щорічно випускався відкоригований список пестицидів і агрохімікатів, дозволених до використання в Україні, погоджений з Мінприроди України.

Питання зберігання, вилучення, утилізації та знешкодження непридатних до використання пестицидів через відсутність цільового фінансування в Україні не

вирішувалося. В ряді областей (Дніпропетровська, Закарпатська, Івано-Франківська, Донецька, Сумська) знешкодження накопичених непридатних отрутохімікатів проводилося шляхом перезатарення або контейнеризації відходів, що вирішує проблему тільки тимчасово. Крім того, контейнеризація та перезатарення непридатних до використання пестицидів в подальшому може виявитись небезпечним, оскільки у контейнерах зберігаються різноманітні за хімічною структурою і класом небезпеки асортименти невідомих пестицидів, а наукове обґрунтування їх спільного зберігання в ємностях до цього часу відсутнє.

З метою вирішення проблем, пов'язаних із знешкодженням небезпечних відходів, у тому числі заборонених та непридатних пестицидів, на базі Національного центру поводження з небезпечними відходами Міністерства охорони навколишнього природного середовища України створена Корпорація по роботі з небезпечними відходами. До неї входять близько 20 спеціалізованих підприємств, які одержали відповідні ліцензії та дозволи, необхідні для виконання робіт у цій галузі.

За звітні роки Мінприроди погодило проект нового ДБН В.2.4 “Полігони зі знешкодження та захоронення промислових токсичних відходів. Основні положення проектування”. Запроваджено відомчу систему обліку непридатних пестицидів, яка дозволяє підтримувати достовірну інформацію щодо кількості, місць зберігання та операцій, які з ними здійснюються.

У 2011 р. Мінприроди продовжило виконання практичних заходів, спрямованих на ліквідацію небезпечних відходів, а саме: вивезення накопичених непридатних пестицидів; вивезення відходів гексахлорбензолу з полігону токсичних промислових відходів в Калуському районі Івано-Франківської області; вивезення відходів мононітрохлорбензолу з території державного підприємства «Горлівський хімічний завод».

Відповідно до наказу Мінприроди від 24.03.2008 р. №111 запроваджено відомчу систему обліку непридатних пестицидів, яка дозволяє підтримувати достовірну інформацію щодо кількості, місць зберігання та операцій, які з ними здійснюються.

Усього протягом 2011 р. вивезено за межі України близько 10411,5 т непридатних до використання заборонених пестицидів. Це більше ніж сумарна кількість за останні 4 роки. Таким чином, загальний обсяг вивезення непридатних пестицидів у 2011 р. перевищив сумарні здобутки усіх попередніх років незалежності України. Остаточо від непридатних пестицидів очищені 4 регіони

(Волинська, Тернопільська, Чернівецька області та м. Севастополь).

Крім того, за межі України вивезено: близько 9,486 тис. т відходів гексахлорбензолу, накопичених на полігоні небезпечних відходів у зоні консервації Домбровського кар'єра в Калуському районі Івано-Франківської області; 2351 т відходів мононітрохлорбензолу з території Державного підприємства «Горлівський хімічний завод».

Радіаційна ситуація в Україні обумовлена роботою близько 9 тис. підприємств, установ та організацій, що використовують у своїй діяльності радіаційно небезпечні технології та джерела іонізуючих випромінювань (ДІВ). У м. Києві, Дніпропетровську, Донецьку, Львові, Одесі, Харкові розташовані та функціонують регіональні підприємства з поховання та переробки радіоактивних відходів (РАВ). У Дніпропетровській та Кіровоградській областях ведеться видобуток уранових руд та їх переробка. Сховища радіоактивних відходів при уранових рудниках переповнені.

Установами держсанепідслужби України постійно здійснювався держсанепідгляд на підприємствах, що виконують роботи з поводження з РАВ та їх захоронення в спеціальних комбінатах Міністерства побутового обслуговування, які розташовані в м. Київ, Дніпропетровськ, Львів, Одеса, Харків.

Під контролем санепідслужби знаходиться Дніпропетровський міжобласний спецкомбінат, який має відповідні дозволи на роботи з радіоактивними відходами; Донецький спецкомбінат (власного пункту поховання РАВ не має), який займається збором та перевезенням РАВ на діючі пункти захоронення; спеціалізований центр «Вуглеізотоп» займається вилученням відпрацьованих ДІВ на підприємствах вугільної промисловості та перевезенням на діючі спецкомбінати; Харківський державний міжобласний спецкомбінат по проведенню робіт з РАВ тощо. У Львівській області нараховується 469 об'єктів, які використовують у своїй діяльності РАВ. Серед вказаних об'єктів 9 працюють з радіоактивними джерелами в складі радіоізотопних приладів (РіПІ).

Крім цього, потребує переоснащення і рентгенорадіологічна служба України (понад 80,0% рентгенодіагностичного обладнання вичерпали свій техніко-експлуатаційний ресурс), оскільки це сприяло б зменшенню дозових навантажень при проведенні лікувально-діагностичних процедур та поліпшило проведення державного санітарного нагляду за цими об'єктами.

Згідно з Програмою робіт з мінімізації наслідків Чорнобильської

катастрофи у Міністерстві України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи здійснювалися роботи за напрямками: “Система радіаційного контролю” та “Ведення агропромислового виробництва”. Проводився контроль за відповідністю сільськогосподарської продукції, що виробляється в зоні гарантованого добровільного відселення на всіх етапах її виробництва. Останнім часом недостатньо виконувався комплекс робіт з обліку та аналізу технічного стану радіометричних та спектрометричних приладів, з нагляду за дотриманням метрологічного забезпечення засобів вимірювальної техніки (понад 3,5 тис. приладів), які використовувались радіологічними службами Волинської, Житомирської, Київської, Рівненської, Черкаської та Чернігівської областей.

Прийнято постанову Головного державного санітарного лікаря України від 30.06.2010 р. №22 “Про затвердження гігієнічних нормативів “Рівні звільнення радіоактивних матеріалів від регулюючого контролю”.

За звітні роки у Мінагрополітики створено регіональні банки даних якісного стану земель сільськогосподарського призначення, які містять інформацію щодо агрохімічних показників ґрунтів, забруднення їх залишками стійких хлорорганічних сполук, важкими металами, радіонуклідами тощо. На основі цих даних розроблялися науково обґрунтовані рекомендації щодо заходів з відвернення та ліквідації наслідків негативних процесів, планування ґрунтозахисних та інших заходів.

Регіональні центри “Облдержродючість” Мінагрополітики України проводили комплексні та спеціальні спостереження на стаціонарних контрольних ділянках за станом ґрунтів з метою вивчення процесів трансформації та міграції біогенних і хімічних речовин у ґрунтах, а також розробляють прогностичні моделі. Довготривалі спостереження у мережі проводили на 1068 стаціонарних контрольних ділянках, розміщених на типових ґрунтах у всіх основних ґрунтово-кліматичних зонах України. Такі спостереження велися за понад 50 параметрами (агрохімічні показники, забруднення радіонуклідами, важкими металами, залишками пестицидів).

В Україні застосовуються біологічні засоби захисту рослин. Це дало змогу збільшити обсяги інтегрованого захисту і на цій підставі зменшити використання хімічних препаратів. Спільним наказом Мінагрополітики та УААН від 27.05.2008 р. №334/46 затверджено галузеву програму “Комплексна біологізація захисту рослин”. У 2009 р. біометод був застосований на площі близько 1,6 млн га, що на

156 тис. га більше, ніж у 2008 р. Частка біологічних операцій у загальному обсязі технологічних операцій захисту рослин у 2009 р. становила 4,7%.

Сьогодні в державі нараховується 60 біолабораторій, у т.ч. 9 державних, які є структурними підрозділами державних інспекцій захисту рослин АР Крим, Волинської, Донецької, Кіровоградської, Львівської, Полтавської, Рівненської, Харківської та Чернівецької областей.

На території України дозволено до використання тільки 32 біологічні препарати, у той час як хімічних препаратів – понад 600 найменувань. Відсутня система раціонального виробництва та використання біологічних препаратів, бракує висококваліфікованих фахівців з профільних спеціальностей.

Провідне місце серед біопрепаратів займає препарат для регулювання чисельності шкідливих гризунів на озимих зернових і багаторічних травах – бактероденцид. У 2009 р. було внесено бактероденцид на площі 794,1 тис. га.

У Полтавській області розроблено і затверджено Регіональну галузеву програму поводження з непридатними хімічними засобами захисту рослин на 2006–2010 рр. На виконання програми за замовленням Полтавської облдержадміністрації Українським державним науково-технічним центром “Енергосталь” (м. Харків) розроблено проектну документацію та виготовлено дослідно-промислову пересувну установку для знешкодження заборонених та непридатних до використання хімічних засобів захисту рослин.

Відповідно до Закону України “Про захист рослин” до компетенції Головної державної інспекції захисту рослин спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань аграрної політики належить визначення асортименту та обсягів виробництва засобів захисту рослин вітчизняною промисловістю, координація закупівлі їх за імпортом; погодження асортименту засобів захисту рослин, технічних умов їх виробництва і застосування, плану державних випробувань і реєстрації засобів захисту рослин, переліку пестицидів, дозволених до використання в Україні, асортименту пестицидів, що завозяться в Україну.

Держсанепідслужба проводила постійний контроль за умовами утворення, зберігання, використання, утилізацією та знешкодження токсичних промислових відходів, впровадженням мало- і безвідходних технологій, станом місць накопичення відходів тощо.

Міністерством Мінрегіонбуд розроблено та затверджено відповідними наказами СОУ ЖКГ: “Побутові відходи. Біогаз полігонів побутових відходів, що



використовуються у когенераційних установках”; “Побутові відходи. Технологія перероблення відходів скла, що є у складі твердих побутових відходів”; “Побутові відходи. Технологія перероблення органічної речовини, що є у складі побутових відходів”; “Побутові відходи. Технологія перероблення пластмас, паперу та картону, що є у складі твердих побутових відходів”.

У Міністерстві аграрної політики та продовольства для забезпечення екологічного та ветеринарно-санітарного благополуччя в Україні функціонують 19 ветеринарно-санітарних заводів з утилізації та переробки відходів тваринного походження, неякісних харчових продуктів та продовольчої сировини.

На даний час розробляється Державна програма по будівництву 4-х нових ветеринарно-санітарних заводів із залученням іноземних інвестицій.

Сьогодні на території України, згідно з даними закладів державної санепідслужби, накопичено понад 1 млрд т промислових токсичних відходів (в тому числі I–II класу небезпеки понад 1 млн 300 тис. т), серед яких найнебезпечнішими є важкі метали, нафтопродукти та непридатні для застосування пестициди. У деяких областях земельні ділянки під полігони були відведені, але будівництво не проводиться у зв'язку з відсутністю коштів (Волинська, Івано-Франківська, Луганська, Херсонська області), негативною реакцією населення (АР Крим, Вінницька, Запорізька, Одеська, Херсонська області), з відсутністю вільних ділянок або ділянок, які б відповідали санітарним нормам, складними гідрогеологічними умовами, високим рівнем стояння ґрунтових вод, дотримання необхідної санітарно-захисної зони тощо (Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Одеська, Миколаївська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Херсонська області). У Чернівецькій області питання будівництва полігону не вирішено через відсутність земельних ділянок (земля розпайована).

За звітний період Міністерством аграрної політики спільно з Мінприроди та МОЗ проведено комплексну інвентаризацію непридатних ХЗЗР, умов та місць їх зберігання, на основі якої створено відповідний банк даних. За даними інвентаризації виявлено близько 19,3 тис. т непридатних і заборонених до використання ХЗЗР, які зберігаються в 4983 складах сільгосппідприємств усіх форм власності.

В Україні щороку здійснюються перевірки додержання вимог природоохоронного законодавства у сфері поводження з відходами. Протягом 2011 р. Держекоінспекцією та її територіальними органами здійснено 21743

перевірки додержання вимог природоохоронного законодавства у сфері поводження з відходами, в тому числі 88 перевірок об'єктів, що входять до “Переліку 100 об'єктів, які є найбільшими забруднювачами довкілля в Україні”.

За фактами виявлених порушень до адміністративної відповідальності притягнуто 22282 особи на загальну суму 7,8 млн грн. До правоохоронних органів передано 57 матеріалів, за якими порушено 9 кримінальних справ.

За фактами забруднення та засмічення земельних ресурсів відходами та небезпечними хімічними речовинами пред'явлено 1357 претензій та позовів на загальну суму 387,2 млн грн.

Інститут гігієни та медичної екології НАМН України надав зауваження і пропозиції до “Національної стратегії поводження з твердими побутовими відходами в Україні”. Відповідно до вимог ЄС щодо заборони захоронення на полігонах необроблених ТПВ та впровадженням сміттесортування в Україні гігієнічні вимоги щодо організації полігонів по захороненню брикетованої неутилізованої частки ТПВ знаходяться у стадії вивчення.

МОЗ брало активну участь у проведенні Днів довкілля, Днів Європи тощо. Відповідно до наказу МОЗ від 29.04.2010 р. №373 “Про проведення щорічної всеукраїнської акції з благоустрою ”За чисте довкілля” проводиться безстрокова акція з благоустрою.

Протягом 2010 р. Державною екологічною академією післядипломної освіти та управління при Мінприроди проводились наукові дослідження з питань зниження ризику від забруднень небезпечними відходами: проведено науково-технічну роботу з аналітичних досліджень зразків проб на вміст небезпечних домішок, відібраних у м. Калуш, та виконано науковий супровід використання результатів досліджень.

У результаті проведення лабораторних експериментальних вимірювань визначено вміст пестицидів згідно з Європейським нормативом (EN 15662 – 2008 Foods of plant origin – Determination of pesticide residues using GC-MS and/or, LC-MS(/MS) following acetonitrile extraction/portioning and cleanup by dispersive SPE – QuEChERS-method). Відмічено перевищення нормативів вмісту важких металів – міді, нікелю, цинку, кобальту, свинцю, кадмію та хрому – у 1,2–39 разів. За комплексним показником сумарного хімічного забруднення ( $Z_c$ ) зразки ґрунту характеризуються надзвичайно небезпечним забрудненням, що виключає будь-яке використання такого ґрунту у сільськогосподарському виробництві та будівництві.

Протягом 2011 р. Державною екологічною академією післядипломної освіти та управління Мінприроди проводились наукові дослідження з питань зниження ризику від забруднень небезпечними відходами, а саме:

– “Оцінки ефективності сучасних технологій збирання, перероблення та утилізації відходів як вторинної сировини”. Отримані результати: проведено аналіз сучасних технологічних рішень зі збирання, перероблення та утилізації окремих видів відходів, у тому числі і небезпечних; підготовлено обґрунтування методичних засад вибору найбільш ефективних технологій; розроблено рекомендації щодо найкращих доступних технологій, рішень зі збирання, перероблення та утилізації окремих видів відходів як вторинної сировини (тверді побутові відходи, використана упаковка, зношені шини, відпрацьовані хімічні джерела струму).

– “Концепція створення системи збирання, заготівлі та утилізація окремих видів відходів як вторинної сировини”. Отримані результати: підготовлено обґрунтування необхідності створення системи збирання, заготівлі та утилізації відходів як вторинної сировини; проведено аналіз еколого-економічної ефективності рішень щодо безпечного поводження з відходами; здійснено оцінку переваг та ризиків можливих шляхів вирішення проблеми; підготовлено проект концепції щодо створення системи збирання, заготівлі та утилізації відходів як вторинної сировини.

– “Дослідження стану та розвитку ринку вторинних ресурсів”. Визначено: обсяги використання в Україні упаковки для пакування та транспортування продукції за видами матеріалів; структуру та обсяги виробництва, імпорту та споживання в Україні зношених шин, хімічних джерел струму, технічних оливо, ртутних ламп, автомобільного транспорту, обсяги утворення та використання відходів перелічених видів продукції; структуру та обсяги утворення та використання медичних відходів.

– “Розроблення методологічних засад визначення та перегляду тарифів на надання послуг із збирання, заготівлі та утилізації використаної упаковки». Визначено: розміри тарифів на збирання, заготівлю та утилізацію використаної упаковки, за видами матеріалів, з якого виготовлено упаковку; типові схеми забезпечення утилізації матеріалів використаної упаковки; розроблено методологічні засади щодо формування та встановлення тарифів на послуги із збирання, заготівлі та утилізації використаної тари і пакувальних матеріалів

У Мінприроди створена і відповідно підтримується Національним центром

поводження з небезпечними відходами комп'ютерна система ведення бази даних реєстрів місць утворення, оброблення, утилізації та видалення відходів.

Міжвідомчий екологічний центр Мінекоресурсів України та НАН України постійно співпрацювали з міжнародними екологічними організаціями з питань безпечного поводження з відходами, які накопичилися на території України. Проводилася робота щодо співпраці з датською стороною з питання запровадження заходів, які відповідають екологічним і санітарним вимогам.

Таким чином, протягом дії Програми в Україні розраховано класи небезпеки відходів, проаналізовано та узагальнено характерні показники вмісту небезпечних інгредієнтів та чинники впливу на довкілля і людину при поводженні з ними. Проведено оцінку стану поводження з промисловими відходами на єдиному в країні полігоні промислових відходів (с. Костянтинівка). На підставі аналізу даних щодо оцінки відходів визначено групи показників, за якими визначатиметься загальний клас небезпеки. Розроблено оціночні шкали за супутніми показниками небезпеки відходів з використанням чинних гігієнічних нормативних вимог і показників. Проводилися комплексні та спеціальні спостереження на стаціонарних контрольних ділянках за станом ґрунтів з метою вивчення процесів трансформації та міграції біогенних і хімічних речовин у ґрунтах, а також розроблялися прогностичні моделі. На промисловому рівні працювали технологічні установки, які забезпечують знищення непридатних пестицидів методом багатоконтурного пролізу. Проведено комплексну інвентаризацію місць накопичення заборонених і непридатних до використання в сільському господарстві хімічних засобів захисту рослин.

Установами держсанепідслужби України здійснювався держсанепідгляд на підприємствах, що виконують роботи з радіоактивними відходами (РАВ) та захороненням РАВ в спеціальних комбінатах Міністерства побутового обслуговування. У вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації та наукових установах проводилися дослідження та розробки, спрямовані на мінімізацію забруднення, відновлення та утилізацію небезпечних відходів, розроблення комп'ютерних систем щодо екологічного моніторингу місць їх утворення, зберігання та видалення.

## **2.25. Екологія людини і населені пункти**

Стан навколишнього природного середовища протягом останніх років залишається небезпечним для здоров'я населення. Антропогенне забруднення

природи призвело до порушення рівноваги в біосфері та стало суттєвою проблемою нашого часу. Встановлено, що населення багатьох міст і сіл України піддається дії факторів навколишнього середовища в рівнях, що перевищують гранично допустимі концентрації (ГДК) і негативно впливають на здоров'я людей.

Система невідкладних заходів щодо забудови житлових районів, значного збільшення обсягів, темпів і якості житлового будівництва передбачаються постановою Кабінету Міністрів України від 29.08.2002 р. №1291 “Про забезпечення реалізації Закону України “Про Генеральну схему планування території України” та враховуються при виконанні заходів з реалізації Генеральної схеми планування території України.

Основною проблемою у вирішенні реалізації Генеральної схеми планування території України залишається питання щодо розробки та затвердження нових генеральних планів населених пунктів. Це пов'язано з тим, що чинні генеральні плани, схеми планування територій, проекти детальних планувань розроблені здебільшого 10 і більше років тому і не відповідають сучасним вимогам.

У Миколаївській області інститутом “Укрдіпромiст” проводилася розробка перспективного плану впорядкування територій міст та сіл області. ДНДІ “Діпромiсто” розроблено генплан м. Миколаєва.

У Черкаській області санепідслужбою розглянуто і погоджено дві схеми планування території області (районне планування м. Канева).

В Інституті гігієни та медичної екології НАМН України (лабораторія гігієни планування населених місць) протягом 2003–2004 рр. розроблено і подано до МОЗ України:

1. Проекти Державних санітарних правил і норм розміщення, проектування, будівництва та експлуатації автозаправних станцій (комплексів).
2. Проекти Зміни №1 до двох Державних санітарних правил планування та забудови населених пунктів. ДСП №173-96” (4 редакції).
3. Підготовлено проект методичних вказівок “Гігієнічні вимоги до встановлення розмірів санітарно-захисних зон (СЗЗ) для виробничих об'єктів малої потужності”.

Для виконання заходів щодо забезпечення екологічної безпеки і підтримки екологічної рівноваги на території країни Кабінетом Міністрів України прийнята постанова від 22.02.2006 р. №182 “Про затвердження Порядку проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу”, якою передбачається проводити

моніторинг шляхом:

1) вивчення показників стану здоров'я населення і факторів впливу на нього середовища життєдіяльності людини;

2) збирання, зберігання, оброблення і систематизації даних про результати спостереження за станом здоров'я населення і факторами впливу на нього середовища життєдіяльності людини;

3) використання інформаційної бази даних про стан здоров'я населення і середовища життєдіяльності людини.

Результати моніторингу передбачається використовувати для:

- виявлення факторів, що шкідливо впливають на стан здоров'я населення, та їх оцінки;

- прогнозування стану здоров'я населення і середовища життєдіяльності людини;

- розроблення невідкладних і довгострокових заходів щодо запобігання та усунення впливу шкідливих факторів середовища життєдіяльності людини на стан здоров'я населення;

- оцінки соціально-економічних втрат при неприйнятті управлінських рішень (або невиконання затверджених заходів).

Сьогодні є чинним ДБН – Б.1-3-97 “Склад, зміст, порядок розроблення, погодження та затвердження генеральних планів міських населених пунктів” зі змінами, затвердженими наказом Мінрегіонбуду від 28.10.2008 р. №484, які набули чинності з 01.02.2009 р. Наказом Мінжитлокомунгоспу від 21.02.2011 р. №14 затверджено галузеві будівельні норми ГБН “Будівлі і споруди. Підприємства сортування та перероблення твердих побутових відходів. Вимоги до технологічного проектування”, зареєстровані Мінрегіонбудом від 06.06.2011 р. № 35134370/Г000001.

Також Міністерством розроблено проект Державних санітарних правил і норм “Санітарні норми та правила утримання територій населених місць”, який доопрацьовано Міністерством охорони здоров'я, затверджено його наказом від 17.03.2011 р. №145 та зареєстровано в Мін'юсті 05.04.2011 р. за № 457/19195.

В Україні діє “Стратегія економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки” (розділу “Охорона здоров'я”), яка розроблена на виконання розпорядження Президента України від 21.12.2002 р. №372/2001 “Про підготовку проекту Стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки”, наказу МОЗ України від 30.01.2002 р. №30-адм. Стратегія аналізує головні

природоохоронні проблеми України та визначає їх кореневі причини, формулює мету та пріоритетні напрями реалізації екологічної політики.

У Мінприроди розроблено проект розпорядження КМУ “Про затвердження Національного плану дій з охорони навколишнього природного середовища України на 2011–2015 роки” (НДП), яким визначено конкретні заходи поетапного досягнення стабілізації і поліпшення стану навколишнього природного середовища України, екологічно безпечного природного середовища для життя і здоров’я населення, впровадження екологічно збалансованої системи природокористування. НПД є важливим стратегічним документом, який враховує сучасні соціально-економічні та суспільно-політичні процеси на глобальному, регіональному і національному рівнях.

Розроблено проекти комплексних регіональних програм з охорони навколишнього природного середовища у Черкаській, Луганській, Донецькій і Миколаївській областях та затверджено комплексні програми у Харківській, Волинській, Кіровоградській і Одеській областях.

Згідно з постановою КМУ від 31.05.2010 р. №421 Мінрегіонбуд було визначено головним розпорядником бюджетних коштів за напрямом “Реалізація інших інвестиційних проектів соціально-економічного розвитку регіонів” у обсязі 288 553,7 тис. грн. Відповідні кошти спрямовані на фінансування 185 соціально важливих об’єктів, у тому числі 28 об’єктів водопостачання, водовідведення та екологічної сфери.

З метою здійснення державної політики щодо реформування житлово-комунального господарства, підвищення ефективності та надійності його функціонування, забезпечення сталого розвитку для задоволення потреб населення і господарського комплексу в житлово-комунальних послугах відповідно до встановлених нормативів і національних стандартів прийнято Закон України “Про Загальнодержавну програму реформування і розвитку житлово-комунального господарства на 2004–2010 роки” від 24.06.2004 р. №1869-IV.

У 2010 р. затверджено постанову КМУ від 14.07.2010 р. №582 “Про внесення зміни до пункту 3 Порядку використання у 2010 році коштів Стабілізаційного фонду, передбачених для реалізації Загальнодержавної програми реформування і розвитку житлово-комунального господарства на 2009–2014 роки”.

У 2010 р. Мінприроди погодило: проект Указу Президента України “Про підготовку та проведення заходів, пов’язаних із 25-ми роковинами

Чорнобильської катастрофи”; проект розпорядження КМУ “Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми подолання наслідків Чорнобильської катастрофи на 2011–2016 роки”; розпорядження КМУ “Про схвалення Концепції проекту Ядерного кодексу України” та розпорядження Кабінету Міністрів України “Про схвалення Концепції Державної цільової програми розвитку ядерної енергетики України”.

Радіологічні відділи державної санепідслужби МОЗ України здійснюють радіологічний контроль харчової продукції та сировини, а також продукції, що завозиться до України.

Щорічно радіологічними підрозділами державної санепідслужби МОЗ України проводиться близько 200 тис. гамма- та бета-спектрометричних досліджень продуктів харчування та питної води на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90. У 2010 р. проведено 129 875 гамма- та бета-спектрометричних досліджень продуктів харчування, з них не відповідали вимогам НРБУ-97 – 1,3% продуктів харчування на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90, та 6773 дослідження проб питної води на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90. Стосовно продуктів харчування та продовольчої сировини аналіз отриманих результатів свідчить, що перевищення допустимих рівнів зустрічаються у молоці приватного сектору, м’ясі та м’ясопродуктах, дикорослих ягодах, грибах та лікарських рослинах Волинської, Житомирської, Рівненської, Київської та Чернігівської областей.

Стан радіаційної безпеки, радіаційного захисту персоналу і населення значною мірою залежить від наявності та дієвості радіометричних спостережень та обліку доз опромінення. У зв’язку з прийняттям Закону України “Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання” від 14.01.1998 р. №15/98-ВР важливого значення набуває індивідуальний дозиметричний контроль (ІДК) персоналу категорії А, який здійснюється на базі Харківського інституту медичної радіології, м. Жовті Води, лікувальних закладів областей, на базах обласних санепідстанцій, обладнаних необхідним обладнанням. Значна увага приділялася державному метрологічному нагляду за забезпеченням єдності вимірювань при забезпеченні захисту життя та здоров’я населення. Сьогодні загалом проведена акредитація в системі УкрЦСМ та МОЗ України радіологічних відділів облСЕС та СЕС АР Крим, мм. Київ та Севастополь, ЦСЕС на транспорті та СМСЧ.

При здійсненні державного санітарно-епідеміологічного нагляду установами держсанепідслужби України на підприємствах, що виконують



роботи з поводження з радіоактивними відходами (РАВ), встановлено, що через скрутне фінансове становище, яке склалося на підприємствах України, та високі ціни на транспортування демонтованих радіоізотопних приладів (РПів), що встановлюються спецкомбінатами, РПіи накопичуються на підприємствах Одеської, Житомирської, Київської, Вінницької, Чернігівської, Волинської, Дніпропетровської, Рівненської, Сумської областей, м. Києва.

За звітні роки найбільш скрутне становище склалося на радіологічних об'єктах лікувально-профілактичних закладів, де гостро потребує переоснащення рентгенорадіологічне обладнання (більше 80% цього обладнання вичерпало свій техніко-експлуатаційний ресурс), що сприятиме зменшенню дозових навантажень при проведенні лікувально-діагностичних процедур та покращить проведення державного санітарного нагляду за цими об'єктами.

Інститутом гігієни та медичної екології НАМН України проведено облік джерел електромагнітного (неіонізуючого) випромінювання. Головними джерелами електромагнітного випромінювання є радіо-, телевізійні, радіолокаційні станції та високовольтні лінії електропередачі. Для захисту населення від впливу електромагнітного випромінювання у багатьох містах України встановлені межі санітарно-захисних зон та зон обмеженої забудови, які зображені на відповідних топографічних картах.

За звітні роки в Україні на обліку знаходиться 44429 джерел електромагнітних випромінювань. Не паспортизовано 4987 джерел електромагнітних випромінювань, що становить 11,2%, у тому числі радіолокаційних станцій – 3038, з них не паспортизовано 202 (6,6%), телетрансляторів – 364, з них не паспортизовано 37 (10,2%), телерадіол-передатчиків – 1129, з них не паспортизовано 207 (18,3), передатчиків радіомовлення з частотною модуляцією (приймально-передавальних станцій мобільного стільникового та супутникового зв'язку) – 39898, з них не паспортизовано 4541 (11,4%). Найбільш високі показники непаспортизованих джерел електромагнітних випромінювань мають Донецька (87,2%) та Закарпатська (69,5%) області та м. Севастополь (27,2%), а в Закарпатській, Полтавській, Черкаській, Чернігівській областях непаспортизовано 100% радіолокаційних станцій (РЛС), які є одними з найнебезпечніших видів джерел електромагнітних випромінювань.

У Львівській області у 2009 р. проведено санітарно-епідеміологічну експертизу 136 проектів будівництва радіотехнічних об'єктів, з яких у 20 виявлені

відхилення від погодження у зв'язку з неякісним оформленням проектної документації. Розглянуто і підписано санітарні паспорти на 118 радіотехнічних об'єктах. Визначення меж санітарно-захисних зон та зон обмеження забудови з їх картографічним зображенням від радіотехнічних об'єктів здійснюється на етапі розробки та погодження проектної документації з видачею облікової форми №303/0 “Висновок на проект будівництва” та санітарного паспорта згідно з вимогами пп. 1.4.14 1.6.8-1.6.11 ДСН 239-96, невід'ємною частиною даної документації є картографічне відображення СЗЗ та ЗОЗ на ситуаційних планах місцевості.

Сьогодні заклади Держсанепідслужби через відсутність необхідних приладів не проводять дослідження електромагнітних полів низької частоти, лазерного випромінювання, напруженості електростатичних полів.

У більшості регіонів України проводиться моніторинг стану акустичного забруднення населених пунктів. Одними з основних джерел акустичного забруднення у населених пунктах є автотранспорт, громадський транспорт (переважно трамваї), залізничний транспорт, в окремих населених пунктах авіатранспорт, а також звуковідтворююча апаратура закладів громадського харчування, відпочинку та розваг, особливо в рекреаційних зонах, системи вентиляції та кондиціонування, котельні, трансформаторні підстанції та інші вбудовано-прибудовані до житлових будинків об'єкти. Акустичному забрудненню сприяє незадовільний технічний стан дорожнього покриття вулиць та невідповідність міських доріг кількості автотранспорту. Генплани міст в частині будівництва транспортних розв'язок не реалізовано в повному обсязі, в основному проводяться роботи з розширення вулиць з організацією тимчасових автостоянок. Однак перерозподіл транспортних потоків сприяє тільки додатковому навантаженню внутрішньоквартальних вулиць. Потенційними джерелами шуму є промислові підприємства, які останнім часом перестали відігравати суттєву роль у створенні шумового дискомфорту, однак через збільшення обсягів виробництва вони знову можуть зайняти основні позиції серед джерел акустичного забруднення.

На території України знаходиться 438 підприємств, які є потенційно небезпечними для населення у відношенні негативного впливу шуму на сельбищну територію (за шумовим фактором). Це становить 0,5% від загальної кількості обстежених промислових підприємств.

Установами держсанепідслужби вибірково здійснювався моніторинг стану

акустичного забруднення в 235 населених пунктах на території України, з яких у 92 відмічалось перевищення рівнів шуму, що становить 39%.

У деяких областях країни нормативи терміну експлуатації основних будівельних конструкцій врегульовано на загальнодержавному рівні відповідно до нормативної бази в будівництві. Термін служби конструкцій із застосуванням відповідних матеріалів визначається ДСТУ або технічними умовами на використання тих чи інших матеріалів.

Мінрегіонбудом вимоги щодо проектування нових і реконструкцію існуючих міських і сільських поселень України визначено державними будівельними нормами ДБН 360-92 “Містобудування. Планування і забудова міських і сільських поселень”, згідно з якими функціонально-планувальна і архітектурно-просторова організація територій, поверховість житлових будинків приймаються відповідно до архітектурно-планувальних особливостей з урахуванням санітарно-гігієнічних, протипожежних вимог, місцевих умов будівництва тощо.

ДБН 360-92 визначено головні принципи планування і забудови населених пунктів розташування та орієнтації житлових та громадських будинків з урахуванням забезпечення нормативної тривалості інсоляції та норм освітленості відповідно до санітарних вимог.

Крім цього, ДБН 360-92 передбачено низку заходів щодо охорони навколишнього середовища шляхом раціонального використання природних ресурсів; охорони атмосфери, водних об’єктів та ґрунтів від забруднення; захисту від шуму, вібрацій, електричних і магнітних полів, випромінювань та опромінювань; регулювання мікроклімату; санітарної очистки.

Проектування житлових будинків різних типів сьогодні регламентується положеннями державних будівельних норм ДБН В.2.2-15-2005 “Житлові будинки. Основні положення”, проектування реконструкції і капітального ремонту одноквартирних і багатоквартирних житлових будинків – ДБН В.3.2-2-2009 “Житлові будинки. Реконструкція та капітальний ремонт”. Зазначеними нормативними документами встановлено раціональні та економічні вимоги щодо архітектурно-планувальних рішень та інженерного обладнання житлових будинків з урахуванням необхідних санітарно-гігієнічних вимог.

На проектування нових і реконструкцію існуючих будинків, споруд та комплексів громадського призначення, а також вбудовано-прибудованих приміщень громадського призначення поширюються вимоги державних

будівельних норм ДБН В.2.2-9-2009 “Громадські будинки. Основні положення”.

Протягом дії Програми в Інституті гігієни та медичної екології НАМН України проводився моніторинг за автотранспортними потоками на деяких вулицях м. Києва. Розроблено програму під ПК для розрахунків акустичних характеристик автотранспортних потоків.

## **2.26. Фінансові ресурси охорони здоров'я та управління ними**

Джерелами фінансування системи охорони здоров'я в державі є Державний бюджет України, бюджет АР Крим, бюджети місцевого та регіонального самоврядування, кошти добровільного медичного страхування, благодійних фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

Кошти Державного бюджету України, бюджету АР Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення надання населенню медичної допомоги, фінансування державних та місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних і прикладних наукових досліджень тощо.

У рамках виконання Програми передбачалося поетапне збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я під час формування бюджетів усіх рівнів, виходячи з наявних фінансових ресурсів. Моніторинг виконання цього заходу свідчить про його виконання в повному обсязі.

Можна відмітити позитивну динаміку щорічного зростання фінансових ресурсів з Державного та місцевих бюджетів на покриття потреб у наданні медичної допомоги – за період дії Програми видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я в номінальному вираженні зросли у 6,5 разу (з 7537,9 млн грн у 2002 р. до 48961,6 млн грн. у 2011 р.) (рис. 2.26.1).

У таблиці 2.26.1 показано щорічне зростання обсягів видатків на охорону здоров'я відносно базового 2002 р. та порівняно з попереднім роком.

Якщо розглянути динаміку щорічної зміни обсягів видатків на охорону здоров'я з урахуванням інфляційних процесів, то можна відзначити, що реальне зростання обсягів видатків на охорону здоров'я із суспільних джерел зафіксовано з 2002 р. до 2008 р., у 2012 р. темпи зростання уповільнено у зв'язку з кризовим станом економіки, пов'язаним із світовою фінансово-економічною кризою з подальшим зростанням у період 2010–2011 рр.



Рис. 2.26.1 Динаміка змін обсягів видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я за 2002–2011 рр.

Таблиця 2.26.1 Щорічне зростання обсягів видатків на охорону здоров'я (зведений бюджет) у 2002–2011 рр.

Найменування показника	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Зростання видатків Зведеного бюджету на охорону здоров'я, разів порівняно з базовим 2002 р.	1	1,29	1,61	2,05	2,62	3,54	4,45	4,85	5,37	6,5
Зростання видатків Зведеного бюджету на охорону здоров'я, разів порівняно попереднім роком	100	129	125	127	128	135	126	109	111	109,4
Індекси споживчих цін (до грудня попереднього року), %	99,4	108,2	112,3	110,3	111,6	116,6	122,3	112,3	109,1	104

Щодо запровадження обов'язкового державного медичного страхування, то цей процес в Україні занадто затягнувся, і, таким чином, це завдання Програми залишається не виконаним. Однією з причин такого стану є різне бачення представників депутатського корпусу, чиновників, управлінців, страховиків та медичних працівників моделі, на основі якої діятиме обов'язкове державне медичне страхування, шляхів фінансування та його співіснування із обов'язковим

та добровільним медичним страхуванням. Хоча законотворча робота з цього питання здійснювалася досить активно, як і робота щодо розгляду представлених від МОЗ України і розроблених за депутатської ініціативи законопроектів на засіданнях сесій Верховної Ради України III–IV скликання. Хронологію подій щодо прийняття рішень з питань запровадження системи обов'язкового державного медичного страхування наведено у табл. 2.26.2.

Таблиця 2.26.2 Хронологія подій щодо прийняття рішень з питання запровадження системи обов'язкового державного медичного страхування<sup>1</sup>

№ реєстрації	Дата реєстрації	Назва законопроекту	Рішення – останній етап проходження
6009	31.07.2000	Проект Закону про медичне страхування громадян	Проект не прийнято (19.10.2000)
6152	29.12.2000	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Проект не прийнято (24.05.2001)
6152-1	06.03.2001	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Прийнято в другому читанні (17.01.2002). У третьому читанні не набрав необхідної кількості голосів
6152-2	07.05.2001	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Включено в таблицю поправок (17.01.2002)
0944	14.05.2002	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Відхилено та знято з розгляду (11.09.2003)
3370	08.10.2003	Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування	Відхилено та знято з розгляду (20.01.2005)
3370-1	27.01.2004	Проект Закону про загальнообов'язкове медичне страхування	Відхилено та знято з розгляду (20.01.2005)
4505	12.12.2003	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Проект не прийнято (15.06.2004)
4505-1	06.02.2004	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Проект відкликано (15.06.2004)
5655	16.06.2004	Проект Закону про обов'язкове медичне страхування	Направлено на висновок Уряду (27.07.2004) після опрацювання в профільному Комітеті Верховної Ради України

<sup>1</sup> Джерело: Офіційний сайт Верховної Ради України – [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb\\_n/webproc2](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc2)

Продовження таблиці 2.26.2

5771	09.07.2004	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Відхилено та знято з розгляду (03.11.2005)
2192	19.09.2006	Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування	Проект відкликано (23.11.2007)
3155	09.02.2007	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Проект відкликано (23.11.2007)
3155-1	12.02.2007	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Проект відкликано (23.11.2007)
1040	27.11.2007	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Проект не прийнято (17.12.2010) – відхилено та знято з розгляду
1040-1	18.12.2007	Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування	Проект не прийнято (17.12.2010) – відхилено та знято з розгляду
4279	30.03.2009	Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування	Проект відкликано (22.05.2009)
4744	30.06.2009	Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування в Україні	Вручено для ознайомлення (07.07.2009), опрацьовується в Комітеті Верховної Ради України

У 2011 р. на виконання доручення Кабінету Міністрів України від 23.02.2011 р. №3589/297/1-10 МОЗ України розроблено ще один проект Закону України “Про загальнообов'язкове державне медичне страхування” та направлено на погодження до заінтересованих міністерств та відомств (лист від 07.12.2011 №19.01-06-845).

Отримані зауваження та пропозиції від міністерств та відомств до зазначеного законопроекту свідчать, що на сьогодні існує ряд неузгоджених проблемних питань щодо запровадження системи обов'язкового медичного страхування, які потребують вирішення на державному рівні, а саме:

- неможливість запровадження цільового внеску на соціальне страхування (зауваження Міністерства фінансів України та сторони роботодавців та профспілок);

- різні підходи щодо запровадження цього виду страхування та статусу Страховика в системі обов'язкового соціального медичного страхування

(Спільний представницький орган сторони роботодавців на національному рівні та Міністерство соціальної політики України вважають, що обов'язкове медичне страхування має запроваджуватись на базі існуючих фондів соціального загальнообов'язкового державного соціального страхування – Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України);

– прийняття закону про запровадження системи обов'язкового медичного страхування є передчасним до апробації нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів в пілотних регіонах (зауваження Мінекономіки).

Вирішення цих питань можливе шляхом проведення міжвідомчої наради щодо неузгоджених питань із запровадження національної системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування для широкого обговорення із залученням відповідальних представників зацікавлених міністерств та відомств, сторін соціального партнерства та інших фахівців.

Протягом дії Програми проводилася робота із залучення громадських організацій і населення до участі у здійсненні контролю за використанням та розподілом фінансових ресурсів на охорону здоров'я. Зокрема для залучення додаткових коштів на фінансування закладів охорони здоров'я створені і функціонують лікарняні каси (ЛК). На рівні регіонів розроблялися пропозиції щодо нормативно-правового регулювання механізмів солідарної акумуляції коштів територіальних громад на розвиток охорони здоров'я.

Наказом МОЗ України від 11.08.2005 р. № 400 “Про взаємодію лікарняних кас, органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я” з метою сприяння налагодженню ефективної взаємодії між лікарняними касами, створеними відповідно до законів України “Про благодійництво та благодійні організації”, “Про об'єднання громадян”, зареєстрованими в органах юстиції, місцевими органами державної влади, органами місцевого самоврядування та медичним закладам рекомендовано сприяти підписанню Протоколів намірів між лікарняними касами та управліннями охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, а також сприяти укладенню договорів між лікарняними касами та закладами охорони здоров'я і в пріоритетному порядку з лікарями загальної практики – сімейними лікарями. Цим наказом затверджено Протокол намірів між територіальним органом управління



охороною здоров'я та благодійною (громадською) організацією “Лікарняна каса”.

ЛК об'єднані у Всеукраїнську громадську організацію (ВГО) “Асоціацію працівників лікарняних кас України”, що була створена 26 липня 2007 р. Метою діяльності Асоціації є задоволення та захист соціальних, професійних та інших спільних інтересів членів організації, сприяння інтеграції ЛК України, підвищення професійного рівня працівників медичної галузі та ЛК. Членами Асоціації є ЛК з 16 регіонів України. ВГО “Асоціація працівників лікарняних кас України” сприяє відпрацюванню системи двосторонніх угод між лікарняними касами, які функціонують у державі. Завдяки цьому члени лікарняних кас у різних регіонах України можуть отримувати необхідну медичну допомогу в рамках програм медикаментозного та діагностичного забезпечення. Динаміка розвитку ЛК наведена у табл. 2.26.3.

Таблиця 2.26.3 Динаміка розвитку ЛК<sup>2</sup> та окремих показників, які характеризують рівень доходів населення

Рік	Кількість ЛК, од.	Кількість членів ЛК, тис. осіб	Обсяг залучених коштів, млн грн	Доходи у розрахунку на одну особу, грн	Номінальна заробітна плата, грн
2002	203	403,3	38,8	2938	376,38
2003	199	652,2	37,5	3400,3	462,27
2004	198	826,1	43,6	4468,4	589,62
2005	200	827,1	50,6	6332,1	806,19
2006	241	858,4	53,1	7771	1 041,47
2007	242	800,1	59,7	10126	1 351,12
2008	236	779,3	59,7	13716,3	1 806,33
2009	224	751,3	80,1	14372,8	1 905,87
2010	217	695,9	88,7	18485,6	2 239,18
2011	212	663,7	85,7	x	2633

Станом на 01.01.2012 р. в Україні зареєстровано і функціонувало 212 ЛК. Порівняно з аналогічним періодом 2010 їх кількість зменшилася, ця тенденція простежується з 2006 р.

Загальна кількість членів ЛК становила 663,7 тис. осіб, тобто із зростанням порівняно з 2002 р. на 39,2%. Починаючи з 2009 р., чисельність членів ЛК почала зменшуватися, у 2011 році порівняно з 2010 р. їх чисельність зменшилася на 4,6%.

Якщо розглядати регіональний аспект, то найбільша кількість членів ЛК

<sup>2</sup> За інформацією, наданою МОЗ АР Крим, управліннями (Головними управліннями) охорони здоров'я облдержадміністрацій, Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управлінням охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій щодо діяльності лікарняних кас в Україні як джерела додаткового залучення коштів на потреби забезпечення медикаментозного лікування.

налічується у Житомирській (216,1 тис. осіб), Чернігівській (70 тис. осіб), Миколаївській (66,8 тис. осіб) областях.

У структурі членів ЛК переважну частку продовжує займати працююче населення (відповідно 62,4%). Питома вага пенсіонерів становить 20,8%; дітей – 7,9%; інших категорій населення – 8,9%.

Сумарний обсяг коштів, акумульованих ЛК в 2011 р., становив 85,7 млн грн, тобто у 2,2 разу більше, ніж на початку впровадження Програми. Порівняно з 2010 р. у 2011 р. зафіксовано зменшення обсягів залучених коштів (на 3,4%; в номінальних обсягах – на 3 млн грн), що може бути пов'язаним із зменшенням як загальної чисельності ЛК, її членів, так і рівнями доходів населення.

Кореляційний аналіз, проведений за методом розрахунку за нормованими даними та парного коефіцієнту кореляції Пірсона  $r_{xy}$  засвідчив, що простежується суттєвий прямий зв'язок між обсягами залучених коштів ЛК і доходами населення, у т.ч. рівнем заробітної плати ( $r_{xy} \sim +0,96$  і  $r_{xy} \sim +0,95$  відповідно).

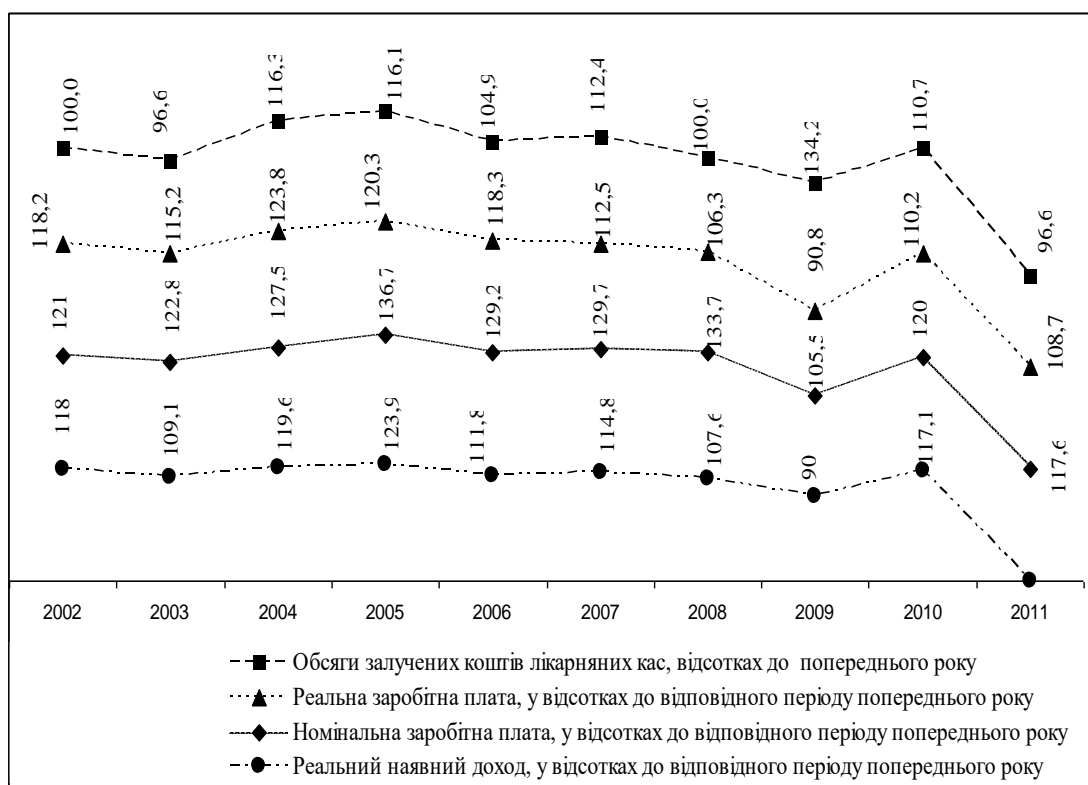


Рис. 2.26.2 Динаміка змін реального наявного доходу в розрахунку на одного мешканця, номінальної та реальної заробітної плати і обсягів залучених коштів ЛК порівняно з попередніми роком за 2002–2011 рр.

Графічно представлено динаміку змін реального наявного доходу в розрахунку на одного мешканця, номінальної та реальної заробітної плати і обсягів залучених коштів ЛК порівняно з попередніми роком. Це свідчить, що

зниження рівнів доходів населення також відображається і на обсягах коштів, які залучаються ЛК, що, в свою чергу, зменшує доступність населенню цього виду солідарного залучення коштів в охорону здоров'я (рис. 2.26.2).

Дані моніторингу показали, що найбільші суми надійшли до ЛК Житомирської (31,1 млн грн), Полтавської (9,8 млн грн) та Чернігівської (8,4 млн грн) областей.

Питома вага коштів підприємств, установ та організацій у загальних надходженнях до ЛК становила 1,9 млн грн (2,2%).

У 2011 р. витрачено 83,2 млн грн, що залишилося на рівні 2010 р., у т.ч. 65,5 млн грн, або 78% від загального обсягу витрачених коштів, спрямовано на придбання медикаментів; 0,8 млн грн (1%) – придбання виробів медичного призначення; 15,6 млн грн (19%) – ведення справ та утримання кас; 1,3 млн грн. (2%) – інші витрати.

За рахунок ЛК медикаменти отримали 498 тис. осіб, що складає 75% від загальної кількості членів ЛК. В середньому в розрахунку на одного члена лікарняної каси надходження складають 129 грн, витрати – 125 грн. В середньому витрати на медикаменти в розрахунку на одного члена ЛК, який їх отримав, становили 131,5 грн.

Результати моніторингу свідчать, що проводилася робота щодо удосконалення механізмів взаємодії у сфері охорони здоров'я між надавачами медичних послуг та органами виконавчої влади і місцевого самоврядування відповідних рівнів. Наприклад, у Житомирській, Полтавській, Харківській областях за результатами інвентаризації матеріально-технічної бази, наявності кадрового потенціалу фахівцями УОЗ ОДА, спільно з експертами ЄС у рамках проекту “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні” розроблено майстер-план реформування вторинної медичної допомоги, організаційне та інвестиційне планування кардіологічної та хірургічної служб. У Закарпатській області із 1995 р. введено в практику проведення Дня управління в районах області за участю представників органів влади та інших галузей народного господарства.

Після прийняття нової редакції Бюджетного кодексу України (2011 р.), положеннями якого було врегульовано питання щодо об'єднання фінансових ресурсів для надання первинної медичної допомоги на рівні районних бюджетів та бюджетів міст обласного підпорядкування, в областях активізувалася робота щодо передачі майна закладів охорони здоров'я, які знаходились на балансі

сільських та селищних рад, у спільну власність територіальних громад району.

Підготовлено і прийнято Закони України “Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров’я України” та “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві”, що дозволило розпочати реформи з апробацією на рівні пілотних проєктів.

У пілотних регіонах (Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві) проведено роботу щодо розмежування надання за видами медичної допомоги із паралельним розмежуванням їх фінансування, запровадження нових методів оплати закладів охорони здоров’я.

Станом на 01.01.2012 р. створено і зареєстровано 159 Центрів ПМСД, в тому числі у Вінницькій області – 34, Дніпропетровській – 53, Донецькій – 72 центри. Продовжується робота в цьому напрямку у м. Києві, спрямована на реєстрацію створених 9 центрів, за якими було прийнято відповідне рішення Київради.

Проводиться робота з органами місцевого самоврядування щодо передачі на обласний рівень майнових комплексів установ охорони здоров’я, які надають вторинну та екстрену медичну допомогу. Так, у Дніпропетровській області проведено сесії усіх районних та міських рад, а також обласної ради і прийняті рішення про передачу майнових комплексів 123 закладів охорони здоров’я на обласний рівень. У Донецькій області прийняті рішення про передачу на обласний рівень майнових комплексів відділень і станцій швидкої допомоги. У Вінницькій області обласною державною адміністрацією проводиться робота з керівниками районів і міст щодо планів оптимізації мережі закладів охорони здоров’я вторинного рівня, їх передачі на обласний рівень. У двох районах області процес завершено.

Внесено зміни до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів закладів охорони здоров’я, які надають первинну медичну допомогу у пілотних регіонах. Запроваджується спрощена система фінансування за 2-ма кодами для закладів, які надають первинну медичну допомогу, що надасть більше можливостей та гнучкості їх керівникам (прийнято постанову Кабінету Міністрів України від 08.02.2012 р. № 86 “Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ”).

Аналіз заходів Програми стосовно фінансових ресурсів охорони здоров’я та

управління ними за 2002–2011 рр. засвідчив:

- щорічно збільшувалися обсяги бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, за роки виконання Програми їх обсяги досягли рівня 48961,6 млн грн у 2011 р. проти 7537,9 млн грн у 2002 р. (зростання до 6,5 разу);

- система загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні не створена, хоча спроби законодавчо врегулювати її запровадження були неодноразовими (підготовлено і подано до Верховної Ради України 19 законопроектів, як з ініціативи Уряду, так і народних депутатів України). Основною причиною стала відсутність узгодженої позиції з цього питання представників зацікавлених міністерств та відомств, сторін соціального партнерства та інших фахівців;

- громадські організації і населення залучаються до участі у здійсненні контролю за використанням та розподілом фінансових ресурсів на охорону здоров'я. Так, в Україні залучення додаткових коштів для забезпечення медикаментозного лікування хворих здійснюється на солідарній основі через мережу 212 лікарняних кас. Останніми роками зафіксовано зменшення обсягів залучених коштів, що пов'язано із скороченням як чисельності їх членів, так і певним зниженням, починаючи з 2008 р., доходів населення, на які вплинули наслідки світової фінансово-економічної кризи;

- удосконалено механізми взаємодії у сфері охорони здоров'я між надавачами медичних послуг та органами виконавчої влади і місцевого самоврядування відповідних рівнів з прийняттям нової редакції Бюджетного кодексу України та Законом України “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві”.

## **2.27. Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД)**

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є основною і найважливішою ланкою в організації охорони здоров'я населення. Вона надається переважно за територіальним принципом, тобто лікар загальної практики/сімейної медицини обслуговує певну кількість мешканців, що проживають на території, яка за ним закріплена.

В “Основах законодавства України про охорону здоров'я” ПМСД трактується як основна частина медико-санітарної допомоги, що передбачає: консультацію лікаря; просту діагностику та лікування основних найпоширеніших

захворювань, травм та отруєнь; профілактичні заходи; скерування пацієнта для надання спеціалізованої та висококваліфікованої медичної допомоги. Погіршення стану здоров'я населення, високі показники смертності осіб працездатного віку, зменшення середньої тривалості життя, нерівність у доступності медичної допомоги призводять до об'єктивного збільшення потреби у медичній допомозі, яку існуюча система охорони здоров'я України задовольнити не в змозі.

За рекомендаціями ВООЗ, підготовленими на основі кращого світового досвіду, лише розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини дасть змогу істотно вплинути на поліпшення демографічної ситуації, досягти справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів.

Одним з основних аспектів, що сприяє подальшому розвитку сімейної медицини в нашій державі, є формування державної політики і стратегії в галузі охорони здоров'я на основі профілактичної спрямованості збереження і зміцнення здоров'я населення з максимальним залученням до їх реалізації органів виконавчої влади та працедавців.

Впродовж усіх років виконання Програми галузь охорони здоров'я України була зорієнтована, передусім, на впровадження та подальший розвиток ПМСД на засадах загальної практики – сімейної медицини (ЗП/СМ).

Починаючи з 2002 р. і до сьогодні, на основі розроблених Концепції розвитку сімейної медицини, проміжних і заключної моделей надання ПМСД на засадах ЗП/СМ та інструктивно-методичних документів, частина яких затверджена наказами МОЗ України, триває удосконалення нормативно-правової бази первинної ланки.

Створено і втілено в практику моніторинг впровадження сімейної медицини, який дозволяє забезпечити контроль і управління процесом розвитку мережі закладів (підрозділів) сімейної медицини, їх кадрового забезпечення і діяльності, спрямованої на підвищення доступності, якості та ефективності ПМСД міському та сільському населенню України.

Розпочато реалізацію розробленої Концепції інформаційного забезпечення сімейної медицини на основі удосконалення і впровадження нових статистичних форм для обліку та характеристики роботи сімейного лікаря, показників його діяльності та критеріїв їх оцінки.

Розроблено рекомендації щодо перерозподілу обсягів основних видів спеціалізованої медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного і третинного рівнів з метою передачі частини їх функцій сімейному лікарю.

Обґрунтовано і опрацьовано показники фінансування ПМСД на засадах сімейної медицини, порядок планування і обліку витрат, а також рекомендації щодо фінансування закладів (підрозділів) сімейної медицини і оплати праці сімейних лікарів (рекомендації щодо оплати праці сімейних лікарів частково враховані у постанові КМУ від 14.06.2002 р. № 827 “Про внесення змін у Додаток 1 до постанови Кабінету Міністрів України від 07.02.2001 р. №134”). На виконання цієї постанови затверджено спільний наказ МОЗ та Міністерства соціальної політики України від 17.09.2002 р. № 487/344 (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 01.10.2002 р. № 794/7082) “Про внесення змін та доповнень до умов оплати праці працівників закладів охорони здоров’я та установ соціального захисту населення”.

Відповідно до завдань Указу Президента України від 03.01.2002 р. № 8/2002 “Про Комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 рр.”, яким передбачена реформа надання ПМСД жителям села, у 2002 р. розпочалася реорганізація фельдшерсько-акушерських пунктів у сільські лікарські амбулаторії загальної практики/сімейної медицини у населених пунктах із населенням 1000 і більше чоловік.

З метою стимулювання медичних працівників первинної ланки ПМСД за виконаний обсяг та якість наданих медичних послуг чинною системою оплати праці передбачено встановлення різного виду надбавок, зокрема за якісні результати праці, за складність, напруженість у роботі. Лікарям та медичним сестрам, які працюють на посадах медичного персоналу з сімейної медицини, підвищено схемні посадові оклади (в середньому на 10%) порівняно з іншим медперсоналом (наказ Мінпраці та МОЗ від 30.05.2003 р. № 144/239 “Про внесення змін та доповнень до Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров’я та установ соціального захисту населення”, затверджених наказом Мінпраці та МОЗ від 06.04.2001 р. № 161/137).

У 2004 р. розроблено низку нормативно-правових актів, котрі сприяли подальшому розвитку ПМСД на засадах ЗП/СМ:

– наказ МОЗ України від 18.01.2004 р. № 1 “Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації”;

– наказ МОЗ України та Міністерства праці і соціальної політики України від 15.03.2004 р. № 55/137 “Про внесення змін та доповнень до умов оплати праці працівників закладів охорони здоров’я та установ соціального захисту

населення”, затверджених наказом Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України від 10.09.2004 р. № 202/452;

– наказ МОЗ України від 17.02.2004 р. № 88 “Про розробку методики диференційованого розподілу коштів за рівнями надання медичної допомоги з урахуванням потреб первинної медико-санітарної допомоги за засадах сімейної медицини та проведення експерименту щодо її відпрацювання”.

У 2005 р. на підставі досліджень, які проводилися в Україні, розроблена та апробована в експерименті у м. Комсомольську Полтавської області модель організації ПМСД на засадах ЗП/СМ. Метою започаткованих перетворень стало створення ефективної форми діяльності первинної ланки, з акцентом на сімейного лікаря, що є основою для подолання гострих структурних диспропорцій в системі охорони здоров'я та пошуку внутрішньосистемних джерел економії.

Проведений експеримент вперше у вітчизняній системі охорони здоров'я фінансово заінтересував сімейного лікаря в поліпшенні здоров'я обслуговуваного населення.

До першочергових заходів, які мають підвищити рівень пріоритетності сімейної медицини, належать:

- проведення поетапної зміни юридичного статусу закладів ПМСД з лікувально-профілактичних закладів на державні некомерційні підприємства;
- впровадження договірних відносин між Замовником і Надавачем медичних послуг;
- впровадження ефективних методів фінансування закладів і підрозділів ПМСД;
- запровадження методів заохочення медпрацівників з метою підвищення якості та ефективності роботи;
- проведення наукових розробок з питань впровадження сімейної медицини у вітчизняну систему охорони здоров'я.

Окрім цього, Президент України видав Указ від 06.12.2005 р. №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”, в якому основна роль у наданні якісної медичної допомоги відводилась саме первинній ланці.

У 2007 р. в Україні було вдосконалено існуючу нормативно-правову базу сімейної медицини, створено Науково-методичний центр сімейної медицини МОЗ України та Український тренінговий центр сімейної медицини з підготовки викладачів для навчально-практичних центрів загальної (сімейної) лікарської



практики, удосконалено і наближено до освітніх стандартів Європейського союзу систему переддипломної та післядипломної підготовки фахівців із сімейної медицини.

23–25 жовтня 2008 р. у м. Житомирі відбувся IV з'їзд фахівців із соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. Було відмічено, що за роки виконання в країні Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” стали ширше застосовуватися нові форми медичного обслуговування населення, запроваджуватися принципи сімейної медицини та ефективні форми організації праці в лікувально-профілактичних закладах, багатокладність медичних закладів, набуто досвід ліцензування та акредитації медичних установ, продовжуються наукові дослідження з вивчення здоров'я населення, організації та управління галуззю. Окрім цього у резолюції з'їзду наголошено на пріоритетності для наукового і практичного вирішення проблеми реформування системи охорони здоров'я країни: розвиток матеріально-технічної бази для надання ПМСД та підвищення її якості у сільській місцевості, а саме:

- затвердження та виконання Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року;

- розроблення проекту Концепції програми “Сільський лікар”, в якій передбачити створення/відновлення сільських амбулаторій і фельдшерсько-акушерських пунктів, їх оснащення медичною технікою.

Ефективно виконувалися заходи Програми щодо розвитку саме первинного сектору. У 2009 р. розроблено та затверджено відповідними наказами МОЗ України таблиці оснащення медичним обладнання ФАПів, СЛА та амбулаторій ЗП/СМ. Покращувалася якість та ефективність надання ПМСД на засадах ЗП/СМ завдяки впровадженню стандартів надання ПМСД і методів моніторингу їх дотримання; сучасним принципам фінансування; належному матеріально-технічному забезпеченню; покращенню кадрового забезпечення – зміщенням акцентів у підготовці сімейних лікарів на оволодіння практичними навичками, реалізацією положень Болонської декларації.

В Україні за ініціативи місцевих громад за організаційно-методичної підтримки МОЗ проводиться експериментальне відпрацювання складових моделі ПМСД. З цією метою прийнято Закон України від 22.01.2010 р. №1841-VI “Про затвердження загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2012 року”. Необхідність

прийняття цього документу була викликана високими показниками смертності осіб працездатного віку, постарінням населення, яскраво вираженою нерівністю у доступності медичної допомоги, насамперед у сільській місцевості.

Щодо розвитку мережі закладів ПМСД, які працюють на засадах ЗП/СМ, слід зазначити, що протягом виконання Програми зафіксовано вражаючі темпи її приросту – 391,2%. (табл. 2.27, рис. 2.27.1).

Таблиця 2.27 Динаміка розвитку мережі закладів ПМСД, які працюють на засадах ЗП/СМ, за 2002–2011 рр.

Показник	2002	2011	Абсолютний приріст	Темп приросту(%)
Кількість закладів (підрозділів) ЗП/СМ	1173	4589	3416	391,2
Кількість штатних посад ЛЗП/СЛ	2237,3	11944,5	9707,2	533,9
Кількість фізичних осіб ЛЗП/СЛ	1918	8794	6876	458,5

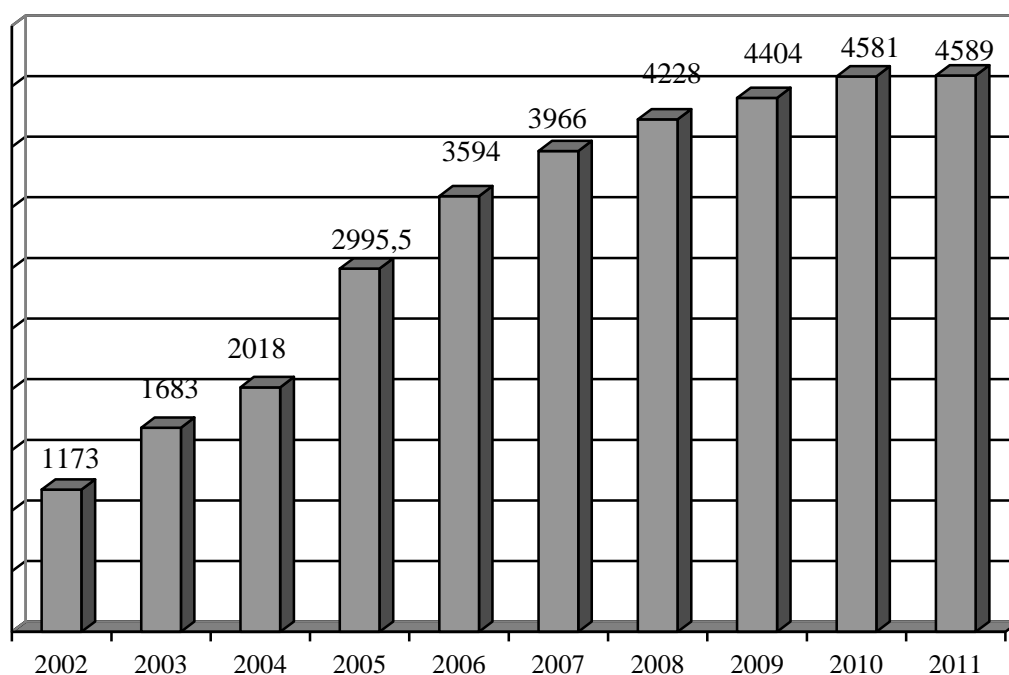


Рис. 2.27.1 Розвиток мережі закладів ПМСД у 2002–2011 рр. (за роками)

Також вражаючими є темпи проросту кількості штатних посад сімейних лікарів – 9707,2 посади було введено до штатного розпису закладів ПМСД та збільшення фізичних осіб лікарів, котрі ці посади обіймають, з 1918 у 2002 р. до 8794 лікаря у 2011 р. (рис. 2.27.2).

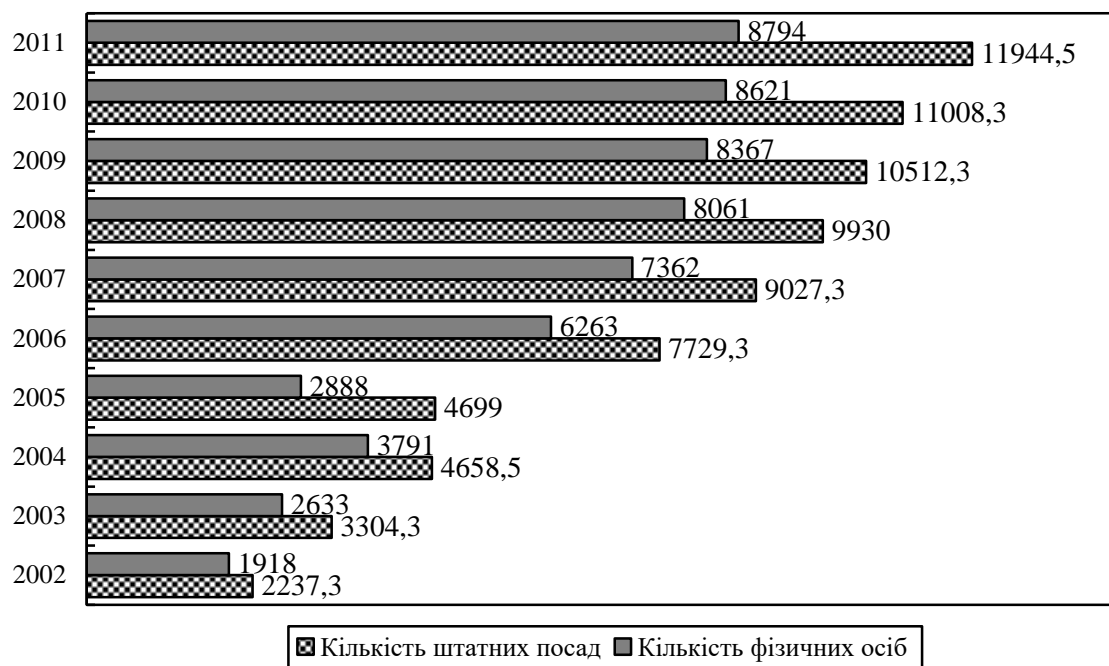


Рис. 2.27.2 Динаміка кількості штатних посад та фізичних осіб лікарів ЗП/СМ у 2002–2011 рр.

З 01.01.2011 р. вступив в силу новий Бюджетний кодекс України, прийнятий Верховною Радою України 08.07.2010 р. Відповідно до ст. 89 даного Кодексу, до видатків, що здійснюються з районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення та враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, належать наступні видатки на охорону здоров'я:

а) первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, пологові будинки, станції швидкої та невідкладної медичної допомоги, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти);

б) програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи із санітарної освіти).

Віднесення ФАПів до сфери управління сільських рад було суперечливим також із тієї позиції, що ФАПи не мають статусу юридичної особи, а структурним підрозділом виконавчого комітету сільської ради вони не можуть бути відповідно до чинного законодавства. Через це виникали питання щодо отримання ліцензії на здійснення медичної практики як обов'язкової передумови надання медичної допомоги. З прийняттям нового Бюджетного кодексу України питання правового статусу та функціонування ФАПів вирішене на законодавчому рівні.

Впровадження загальної лікарської практики стримується також недостатністю ресурсів і недосконалістю системи професійної підготовки кадрів, неповним відпрацюванням правової бази, інформаційної підтримки, а також механізмів взаємодії загальної лікарської практики зі службами охорони здоров'я, соціального захисту населення та існуючого добровільного страхування (лікарняні каси, страхові компанії).

З метою реалізації Програми, постанови КМУ від 17.02.2010 р. №208 “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я” та наказу МОЗ від 06.08.2010 р. №658 “Про внесення змін до наказу МОЗ від 23.03.2010 р. № 251” видано наказ МОЗ України від 30.08.2010 р. № 735 “Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги”, у якому деталізовано основні етапи реформування галузі.

*Підготовчий етап реформування (до 01.11.2011 р.)*

#### 1. Ретельний аналіз:

- демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення, віково-статева структура населення);
- стану здоров'я населення території обслуговування (показники народжуваності, захворюваності, поширеності, смертності та інвалідності);
- медичних потреб прикріпленого населення;
- ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я відповідної адміністративної території;
- порядку надання спеціалізованої медичної допомоги у закладах охорони здоров'я відповідної адміністративної території (самостійне звернення, кероване направлення лікарем ПМСД, наявність регламентованого переліку показань для направлення хворого на консультування та лікування до лікарів-спеціалістів);
- розподілу обсягів надання медичної допомоги між лікарями ПМСД та лікарями-спеціалістами;
- обґрунтованості направлення хворих лікарями ПМСД до лікарів-спеціалістів;
- основних показників діяльності АПЗ відповідної адміністративної території (кількість відвідувань, у тому числі до лікарів “вузьких” спеціальностей, рівень госпіталізації, показники лікування хворих в умовах цілодобових, денних стаціонарів та стаціонарах вдома, кількість викликів швидкої медичної допомоги, ліжко-днів перебування хворого у стаціонарах, проведених операцій, у тому числі

у рамках “хірургії одного дня” тощо).

2. Здійснення оцінки можливостей та порядку взаємодії закладів ПМСД із закладами спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальної допомоги на території обслуговування.

3. Вивчення позиції та готовності медичних працівників до структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення відповідної адміністративної території на принципах розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

4. Вивчення позиції населення щодо зміни порядку надання медичної допомоги з подальшим формуванням позитивного ставлення населення до цих системних перетворень шляхом проведення відповідної роз'яснювальної роботи із залученням засобів масової інформації.

5. Визначення реальних потреб у кадрових (насамперед у лікарях ПМСД та лікарях-спеціалістах), фінансових та матеріально-технічних ресурсах.

6. Підготовлення організаційного проекту та плану реорганізації первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

*Етапи впровадження примірних моделей реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги*

*Перший етап (до 01.01.2011 р.):*

– оптимізація мережі та ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, у тому числі відомчого підпорядкування;

– централізація коштів територіальних громад району на рівні районного бюджету та спрямування їх на забезпечення фінансування медичного обслуговування населення для отримання більш потужного джерела фінансування та більш ефективного управління обмеженими ресурсами;

– визначення ФАПів (ФПів) структурними підрозділами лікарських амбулаторій (амбулаторій ЗП/СМ) або безпосередньо центральним районним, центральним міським та міським лікарням міст обласного значення (або поліклінікам міських лікарень та самостійним міським поліклінікам);

– підпорядкування лікарських амбулаторій центральним районним, центральним міським або міським лікарням міст обласного значення (або поліклінікам міських лікарень та самостійним міським поліклінікам);

– формування у структурі поліклінічних відділень центральних районних лікарень, центральних міських та міських лікарень міст обласного значення (або поліклінік міських лікарень та самостійних міських поліклінік) центрів ПМСД як

структурних підрозділів цих закладів;

- формування оптимальної мережі закладів первинного рівня надання медичної допомоги (з вирішенням питання щодо реорганізації ФАПів (ФПів), що обслуговують понад 1000 населення, у лікарські амбулаторії (амбулаторії ЗП/СМ), частини дільничних лікарень у лікарські амбулаторії (амбулаторії ЗП/СМ) тощо).

*Другий етап (2011 р.):*

- створення органів управління охороною здоров'я – відділів (управлінь) охорони здоров'я районних державних адміністрацій (міських рад) як замовників медичних послуг та розпорядників бюджетних коштів на відповідній території;

- створення юридично самостійних центрів ПМСД;

- продовження формування оптимальної мережі закладів первинного рівня надання медичної допомоги, створення мережі амбулаторій ЗП/СМ, максимально наближених до місць проживання прикріпленого населення;

- поступове формування оптимальної мережі закладів вторинного рівня надання медичної допомоги з урахуванням інтенсивності надання медичних послуг на засадах єдиного медичного простору;

- поступове створення “госпітальних” округів, що об'єднують заклади декількох районів або міст і районів залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілю їх діяльності та структури медичних послуг;

- створення у складі центральних районних лікарень, центральних міських та міських лікарень міст обласного значення (або поліклініках міських лікарень та самостійних міських поліклініках) консультативно-діагностичних центрів;

- перерозподіл ресурсів між закладами первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги;

- фінансування закладів первинного рівня надання медичної допомоги відповідно до подушного фінансового нормативу;

- перехід від фінансування закладів вторинного рівня надання медичної допомоги за предметною ознакою до глобального бюджету.

Реформа системи охорони здоров'я розпочалася з пілотного експерименту в Донецькій, Вінницькій та Дніпропетровській областях і передбачає, що ЛПЗ в одному населеному пункті більше не дублюватимуть своїх послуг. Так, консультації лікарів надаватимуться в окремо створених амбулаторіях первинної

допомоги. Для забезпечення потреби у стаціонарному лікуванні наявні районні лікарні перепрофілюють у заклади вторинної допомоги. А для отримання екстреної та висококваліфікованої допомоги (хірургічні операції, пологи тощо) створюють госпітальні округи. Їх планують створювати з розрахунку на 100 тисяч населення. Основний удар прийме первинна ланка – буде скорочуватися кількість фельдшерських пунктів, оскільки в рамках реформування вони мають створюватися з розрахунку на 100 осіб та на відстані не більше 20 кілометрів.

Завдання реформи – забезпечити максимальну доступність і якість медичної допомоги. Україна має і потужний кадровий потенціал, і розвинуту мережу медичних закладів. Проблема в тому, що і те, і інше є недосконалим. Пропорція між лікарями-спеціалістами та лікарями первинної допомоги в країнах із розвинутими та ефективними системами охорони здоров'я становить приблизно 50% на 50%. Лише в кількох містах України кількість амбулаторій у мікрорайонах є достатньою, там, де менша потреба в екстреній і стаціонарній допомозі.

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД планується створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги. До складу Центрів – закладів з правами юридичної особи – входять амбулаторії ЗП/СМ та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району або міста чисельністю від 30 до 100 тис. осіб.

До функції Центру входить: укладання договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги, планування, координація діяльності закладів ПМСД, що входять до складу Центру, забезпечення якості медичної допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників.

На першому етапі перетворень, коли відсутня необхідна економічна інформація, застосовується така форма договору між замовником і постачальником медичних послуг, як блок-контракт – договір, у рамках якого покупець погоджується сплатити певну суму в обмін на безоплатний доступ населення до певного кола послуг. Надалі, по мірі накопичення економічної інформації, блок-контракт замінюється на іншу форму контрактних відносин – договору на фінансування узгодженого обсягу медичної допомоги з плануванням обсягу допомоги і визначенням умов її оплати.

Одним з перших кроків на шляху реалізації реформи медичного обслуговування стало затвердження низки законодавчих та нормативно-правових актів та методичних рекомендацій щодо впровадження нової моделі організації ПМД населенню у пілотних і в непілотних регіонах: положення про Центр первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД), амбулаторію, медичний пункт, таблиць оснащення та штатний розпис ЦПМСД, порядок надання медичної допомоги ЦПМСД та лікарем загальної практики-сімейним лікарем, моделі організації ПМД у містах, організація невідкладної медичної допомоги у ЦПМСД, порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу (далі – ПМД), тощо.

У пілотних регіонах робота щодо реформування ПМД здійснювалась відповідно до зведеного та регіональних планів-графіків.

За результатами 2011 р. створено 159 ЦПМСД, у тому числі:

– у Вінницькій області – 34 ЦПМСД (27 – у районах, 7 – у м. Вінниця). В області функціонує 177 амбулаторій, 25 з яких створено шляхом реорганізації фельдшерсько-акушерських пунктів;

– у Дніпропетровській області – 53 ЦПМСД (23 – у сільських районах, 30 – у містах). Відкрито 240 лікарських амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, у тому числі у містах – 146, у сільській місцевості – 94. На сьогодні мережа закладів загальної практики – сімейної медицини налічує 377 амбулаторій сімейної медицини;

– у Донецькій – 72 ЦПМСД (17 – у сільських районах, 55 – у містах). Кількість амбулаторій ЗП/СМ в регіоні становить 618, у т.ч. 149 – в районах, 469 – у містах;

– у м. Києві пілотними районами по відпрацюванню основних механізмів визначені Дарницький та Дніпровський райони, у яких утворено (прийняті відповідні рішення міськрадою) 9 ЦПМСД. На сьогодні здійснюються організаційно-правові заходи щодо початку функціонування зазначених ЦПМСД.

Станом на 01.01.2012 р. в м. Києві розпочали діяльність з надання послуг первинної медичної допомоги 3 лікаря ЗП/СЛ, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи – підприємці та перебувають у цивільно-правових відносинах з ЦПМСД.

Для забезпечення доступності лікарських засобів сільські лікарські амбулаторії і ФАПі облаштовані пунктами реалізації лікарських засобів: у Дніпропетровській області на 43,5%, у Донецькій області на 39,3%. У Вінницькій



області 62,0% сільських лікарських амбулаторій і ФАПів, мають пункти реалізації лікарських засобів.

У всіх пілотних регіонах ЦПМСД та амбулаторії оснащені засобами зв'язку.

Питома вага фахівців ЗП/СМ у загальній кількості лікарів первинної ланки у Вінницькій області становить майже 70%, Дніпропетровській – 72%, Донецькій – 22%, м. Києві близько 18%.

Укомплектованість штатних посад ЗП/СЛ фізичними особами становить у Вінницькій області – 77%, Дніпропетровській області – 72%, Донецькій – 70%, м. Києві – 60%.

У закладах ПМСД укомплектованість штатних посад молодших медичних працівників з медичною освітою становить у Вінницькій області – 93%, у Донецькій області – 78%, у Дніпропетровській області – 76%, у м. Києві – 70,2%.

Частина зазначених працівників у сільській місцевості працюють у структурних підрозділах первинної ланки самостійно.

Рівень навантаження на одну фізичну особу лікаря первинної ланки становить:

- у Вінницькій області в містах 1430,5 осіб; у сільських районах – 2154 осіб;
- у Дніпропетровській області в містах 1943 осіб, у сільських районах – 2084 осіб;
- у Донецькій області в містах – 1677,6 осіб, у сільських районах – 1713 осіб;
- у м. Києві – 2098 осіб.

Основними проблемами організації первинної медичної допомоги в Україні залишаються нераціональна інфраструктура та низька доступність первинної допомоги для населення.

Недостатня якість первинної допомоги зумовлена: технологічною відсталістю закладів; неналежним кадровим забезпеченням; відсутністю стандартів лікування; відсутністю мотивації працівників; застарілими принципами фінансування; відсутністю дієвої системи управління первинною допомогою; недостатністю наукового обґрунтування та нормативно-правової бази.

Первинна ланка практично не впливає на медичний маршрут пацієнта, що негативно позначається на якості подальшого обслуговування. Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5%) громадян, до стаціонарів – 16,9% пацієнтів. У 43,2% медична допомога надається на більш високому рівні,

ніж необхідно.

ПМСД є основним видом медичної допомоги, доступної у сільській місцевості. Основними проблемами первинної ланки в сільській місцевості є:

– нераціональність структури, системи управління та фінансування:

- надмірна децентралізація управління;
- фінансування структур, а не їх роботи;

– неоптимальність мережі:

• доцільність функціонування до 5000 ФАПів є проблематичною (низьке навантаження);

- понад 1800 ФАПів доцільно реорганізувати у лікарські амбулаторії.

Низька привабливість праці на селі зумовлена:

1) наднормативним навантаженням та низьким рівнем оплати праці:

– навантаження на штатну посаду перевищує нормативи;

– доходи лікарів-спеціалістів та працюючих у приватному і фармацевтичному секторах суттєво вищі, ніж лікарів первинної ланки;

2) невирішеністю соціальних проблем сільських медиків. Понад 900 лікарів первинної ланки, що працюють у сільських амбулаторіях, дільничних та районних лікарнях, не мають власного житла.

3) неналежним забезпеченням транспортними засобами та медичним обладнанням.

Оснащеність автомобілями для забезпечення первинної допомоги сільським жителям становить 2666 од. при мінімальній потребі у 5,0 тис. од.

Сучасний стан мережі закладів охорони здоров'я є одним із чинників неефективного використання ресурсів галузі.

В Україні на сьогоднішній день повинно функціонувати близько 7 тис. ФАПів, а працюють близько 15,1 тис.

Кількість сільських лікарських амбулаторій повинна бути 5–6 тис., а налічується лише 3 тис. 600. Одна лікарська амбулаторія обслуговує від 1,5 до 3 тис. прикріпленого сільського населення.

Кількість дільничних та районних (номерних) лікарень, центрів ПМСД та лікарських амбулаторій у містах не має на даний час чіткого нормування.

Основними ресурсами ПМСД (система МОЗ України) є заклади первинної медико-санітарної допомоги. Рівень укомплектовані лікарями цих закладів становить 81,0%, середнім медичним персоналом – 92,0%

Технологічне забезпечення первинної та невідкладної медичної допомоги у

сільській місцевості залишається незадовільним. У містах стан технологічного забезпечення первинної допомоги суттєво не відрізняється від такого у сільській місцевості.

Забезпечення підвищення якості первинної медичної допомоги планується досягти завдяки:

- впровадженню стандартів надання первинної допомоги та методів моніторингу їх дотримання;
- сучасним принципам фінансування;
- належному матеріально-технічному забезпеченню;
- забезпеченню кадрами – зміщенням акцентів у підготовці сімейних лікарів на оволодіння практичними навичками, реалізацією положень Болонської декларації.

## **2.28. Спеціалізована і стаціонарна медична допомога**

Організаційно-управлінські заходи в розвиток стаціонарного сектору системи охорони здоров'я населення України протягом дії Програми було спрямовано на подальшу раціоналізацію інфраструктури лікарняних закладів, оптимізацію використання їх ліжкового потенціалу, упорядкування штатно-нормативної бази, удосконалення механізмів фінансування ЗОЗ, забезпечення якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги.

Вирішення завдань щодо підвищення якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги забезпечувалося створенням на різних рівнях системи управління якістю медичної допомоги на основі ліцензування, акредитації медичних закладів, запровадження стандартів медичної допомоги, медичних протоколів тощо.

Стаціонарний сектор системи охорони здоров'я України представлено широкою мережею лікарняних закладів різного типу: ОЛ, дитячі обласні лікарні, спеціалізовані лікарні, клініки НДІ, госпіталі інвалідів ВОВ, психіатричні лікарні, наркологічні лікарні, диспансери, університетські клініки, районні лікарні, центральні районні лікарні, міські лікарні тощо.

Окрім стаціонарних закладів державного сектору в охороні здоров'я України започатковано створення лікарняних закладів інших форм власності, зокрема приватних, що сприяє кращому задоволенню медичних потреб населення в окремих видах медичної допомоги та створює підґрунтя для формування багатоджерельності фінансування галузі.

Починаючи з 2002 р., в усіх областях України велику увагу було приділено подальшому удосконаленню організації та функціонування стаціонарної і спеціалізованої медичної допомоги: оптимізації мережі і ліжкового фонду лікарняних закладів різних типів, обґрунтованій профілізації лікарень та їхнього ліжкового фонду, підвищенню ефективності використання стаціонарних ліжок та ресурсної бази медичних закладів, запровадженню в медичну практику сучасних медичних технологій діагностики і лікування, модернізації лікувально-діагностичного оснащення стаціонарів, поліпшенню їх медикаментозного забезпечення тощо (табл. 2.28.1), розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги: денних стаціонарів та стаціонарів вдома, закладів/відділень медико-соціальної допомоги, хоспісів тощо (табл. 2.28.2).

Здійснені реорганізаційні заходи дозволили упорядкувати ліжковий фонд галузі та оптимізувати в більшості областей рівень забезпеченості населення лікарняними ліжками, пересічний показник якої становить у 2011 році - 83,01 ліжка на 10 тис. населення проти 89,3 у 2002 р.

Таблиця 2.28.1 Динаміка показників забезпеченості населення України стаціонарними ліжками (на 10 тис. населення) у 2002–2011 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
АР Крим	93,3	92,0	90,6	88,7	88,0	87,9	87,61	86,7	85,87	83,05
<i>Область</i>										
Вінницька	82,8	83,2	84,0	84,9	85,5	86,4	85,32	84,0	84,15	79,77
Волинська	80,7	80,5	80,8	80,7	80,2	81,1	80,97	80,9	80,90	79,84
Дніпропетровська	103,9	104,0	97,7	98,9	98,9	99,2	99,70	98,1	97,27	84,95
Донецька	83,9	82,3	82,3	82,7	83,3	82,7	82,93	81,8	81,94	78,95
Житомирська	75,3	75,8	76,0	75,6	74,7	75,1	75,41	75,0	74,63	74,14
Закарпатська	82,8	80,8	80,9	78,5	78,4	78,7	78,77	78,8	77,84	75,31
Запорізька	97,5	93,6	90,0	87,7	90,8	88,0	88,10	87,8	87,74	85,88
Івано-Франківська	89,5	89,4	89,2	89,4	89,3	89,6	89,83	89,3	88,89	85,15
Київська	90,6	90,6	90,4	87,3	87,0	87,1	86,39	84,7	84,09	82,17
Кіровоградська	89,1	90,1	90,8	93,4	94,6	95,2	96,21	93,4	93,55	91,40
Луганська	99,4	99,5	98,4	99,4	99,7	100,0	100,00	99,8	99,04	90,03
Львівська	94,5	93,9	94,6	93,1	93,3	92,3	91,48	90,8	90,85	89,17
Миколаївська	82,8	82,1	82,0	79,8	80,7	80,7	81,11	80,1	80,47	80,05
Одеська	90,0	88,6	88,5	84,7	84,9	85,2	85,44	84,5	84,18	79,25
Полтавська	86,1	85,3	84,0	84,2	84,6	85,0	85,13	84,4	84,19	82,18
Рівненська	82,9	82,8	83,1	83,8	86,6	86,6	87,05	87,0	87,25	82,60
Сумська	86,5	87,0	87,3	88,6	90,0	91,1	92,11	92,8	93,24	91,19
Тернопільська	89,3	89,1	89,0	88,9	89,3	89,8	89,91	89,6	89,69	88,16
Харківська	85,5	82,4	81,0	81,2	81,4	81,8	81,47	78,5	78,69	77,41
Херсонська	88,2	88,6	88,7	86,6	85,9	84,8	85,17	84,1	83,76	82,50
Хмельницька	87,9	84,7	83,9	84,3	86,5	87,5	87,99	87,8	88,02	83,98
“Черкаська	88,3	88,1	87,9	88,4	87,8	87,8	87,25	86,8	86,42	83,87
Чернівецька	87,5	87,8	88,6	88,6	88,8	89,1	89,45	88,8	85,16	78,77

## Продовження таблиці 2.28.1

Чернігівська	111,1	109,9	109,5	110,5	111,6	112,6	113,45	113,3	113,99	110,60
<i>Місто</i>										
Київ	78,7	78,4	77,5	76,9	76,4	75,8	77,79	77,1	76,71	76,64
Севастополь	84,1	84,0	82,1	79,1	79,1	79,1	78,50	78,9	78,88	78,78
<b>Україна</b>	<b>89,3</b>	<b>88,5</b>	<b>87,6</b>	<b>87,2</b>	<b>87,6</b>	<b>87,5</b>	<b>87,67</b>	<b>86,8</b>	<b>86,49</b>	<b>83,01</b>

Таблиця 2.28.2 Динаміка змін мережі закладів охорони здоров'я системи МОЗ України (2002–2011 рр.)

Показник	Рік									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів	6496	6583	6660	6692	6792	6842	6888	6880	6869	6626
Кількість закладів, які мають денні стаціонари	3920	4226	4368	4659	4800	4910	5047	5111	5165	4615
Кількість закладів, які мають стаціонари вдома	3742	3953	4094	4214	4420	4629	4586	4609	4687	*
Кількість лікарняних закладів	2850	2733	2668	2636	2622	2574	2537	2487	2442	1911

\* – дані відсутні

Також протягом 2002–2011 рр. на виконання основних передбачених Програмою заходів активно розвивався сектор надання медичної допомоги невиліковним хворим, що потребують постійного нагляду. Проте адекватний об'єм паліативної допомоги в ЗОЗ України надається на 523 ліжках, тобто тільки задовольняє лише 0,05% від реальної потреби. Іншим проводиться безсистемна медикаментозна терапія хронічного больового синдрому дільничними терапевтами за місцем проживання пацієнтів. Мережу закладів, що надають паліативну допомогу, наведено в табл. 2.28.3.

Таблиця 2.28.3 Мережа лікарень “Хоспіс” системи МОЗ України\* у 2011 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість закладів	Кількість ліжок	Середньорічні ліжка	Поступило хворих	В т.ч. сільських жителів	Проведено ліжко-днів	Робота ліжка
<i>Область</i>							
Волинська	1	25	25	165	54	8 672	346,9
Івано-Франківська	1	30	30	260	70	11 266	375,5
Львівська	1	30	30	97	14	11 022	367,4
Рівненська	1	45	11	79	49	1 454	32,3
Харківська	1	80	80	172	11	32 140	401,75
Херсонська	1	50	50	375	62	17 745	354,9
<b>Україна</b>	<b>6</b>	<b>260</b>	<b>226</b>	<b>1 148</b>	<b>260</b>	<b>82 299</b>	<b>316,5</b>

\* – без урахування відділень на базі закладів інших типів та благодійних організацій

Також допомога невиліковним хворим у ряді регіонів надається у

відділеннях паліативного догляду та благодійними організаціями:

- “Хоспіс Святої Олени” у м. Коростень потужністю 20 ліжок;
- благодійний заклад “Хоспіс Архангела Михаїла” у м. Запоріжжя потужністю 25 ліжок;
- відділення інтенсивного сестринського догляду при Донецькому обласному протипухлинному центрі у м. Донецьк потужністю 10 ліжок;
- відділення паліативної допомоги (при Донецькій міській клінічній лікарні №19) у м. Донецьк;
- відділення паліативного і медсестринського догляду (на базі міської лікарні №10) у м. Маріуполь потужністю 20 ліжок;
- відділення паліативної допомоги Кримського республіканського закладу “Онкологічний клінічний диспансер” у м. Сімферополь потужністю 10 ліжок;
- відділення паліативної допомоги (при Севастопольському міському онкологічному центрі), у м. Севастополь, потужністю 25 ліжок;
- відділення паліативної допомоги (на базі міської лікарні № 4), у м. Львів потужністю 20 ліжок;
- паліативне відділення на базі Шпиталю ім. Шептицького у м. Львів потужністю 25 ліжок;
- відділення паліативної допомоги (на базі обласної психоневрологічної лікарні) у м. Чернігів;
- відділення паліативної допомоги (на базі обласного туберкульозного диспансеру) у с. Надбугське-2 Миколаївська обл. потужністю 10 ліжок;
- відділення паліативної допомоги (на базі центральної районної лікарні) у м. Мукачеві потужністю 15 ліжок;
- відділення паліативної допомоги на 4 ліжка та виїзна служба паліативної допомоги (на базі районної Виноградівської лікарні, Закарпатської області) за підтримки КП “Агенція місцевого розвитку Виноградівщини”;
- Обласний клінічний онкологічний диспансер, відділення-хоспіс у м. Луганськ;
- відділення паліативного догляду (на базі Калинівської дільничної лікарні) у смт Калинове Луганської області потужністю 25 ліжок;
- відділення паліативної допомоги (при Київському міському онкоцентрі) у м. Київ потужністю 25 ліжок;
- відділення паліативної допомоги (при Київській міській клінічній лікарні

№ 2) у м. Київ потужністю 18 ліжок;

– відділення паліативної допомоги (при Київській міській клінічній лікарні № 10) у м. Київ потужністю 70 ліжок;

Окремою проблемою в Україні є недостатня доступність ефективного знеболення за допомогою ефективних анальгетиків для пацієнтів з хронічним больовим синдромом. Потреба таких хворих в опіоїдних анальгетиках, особливо поза стаціонаром, задовольняється на 10%, а за експертними оцінками Міжнародної ініціативи паліативної допомоги – не більше, ніж на 5%.

З метою виправлення цієї ситуації МОЗ України проведено ряд заходів. На базі номенклатури зареєстрованих в Україні ліків анальгетичної дії створено перший Формуляр лікарських засобів для надання паліативної та хоспісної допомоги (“Державний формуляр лікарських засобів”. Випуск 2010 р. Додаток 9).

Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України разом з Комітетом з контролю за наркотиками розробили та затвердили “Методичні рекомендації щодо використання лікарського засобу Дюрогезик (трансдермальна система)”.

З 2010 р. створена робоча група, яка займається розробкою стандартів та клінічних протоколів в паліативній та хоспісній медицині. Останнім напрацюванням є проект Адаптованої клінічної Настанови “Контроль болю в онкології”.

Особливим аспектом даної теми є професійна підготовка лікарів та медичних сестер, які працюють в паліативній і хоспісній медицині. Для цього були розроблені та затверджені навчальні програми для різних категорій лікарів та організаторів охорони здоров’я з надання паліативної допомоги у ЛПЗ України. В НМАПО ім. П.Л. Шупика була створена перша в Україні кафедра паліативної та хоспісної медицини, яка з 2010 р. розпочала свою роботу на клінічних базах поліклініки №1 Печерського р-ну м. Києва, Київської міської клінічної лікарні №2 та Київського міського клінічного онкологічного центру.

В рамках реформування медицини в Україні розроблені примірні таблиці оснащення для спеціалізованого закладу охорони здоров’я особливого типу “Хоспіс”, для відділення паліативної та хоспісної медицини та для хоспісу вдома. Вони лягли в основу проекту наказу МОЗ України “Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров’я особливого типу “Хоспіс”, відділення/палати паліативної та хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги “Хоспіс вдома”,

який перебуває на громадському обговоренні на сайті МОЗ України від 10.12.2010 р.

МОЗ України на виконання ст. 7 Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” з метою покращення якості медико-соціального експертного обслуговування осіб з обмеженими фізичними можливостями розроблено порядок, умови та критерії встановлення інвалідності. Регламентовано діяльність медико-соціальних експертних комісій та служби МСЕ в Україні, затверджено постановою КМУ від 03.12.2009 р. № 1317 “Питання медико-соціальної експертизи”. У 2010 р. МОЗ України за державними програмами, одержувачем бюджетних коштів яких було визначено ДУО “Політехмед”, централізовано закуплено лікарські засоби та вироби медичного призначення на загальну суму 319 171 557,7 грн та медичне обладнання на загальну суму 119 059 875,88 грн.

Розпорядженням КМУ від 19.01.11 р. №29-р ухвалено Концепцію удосконалення оплати праці працівників бюджетної сфери, якою передбачається, зокрема, поетапне підвищення заробітної плати працівників окремих галузей бюджетної сфери, оплата праці яких здійснюється на основі Єдиної тарифної сітки. У Мінпраці та соціальної політики України опрацьовуються конкретні заходи щодо реалізації зазначеної Концепції.

У 2011 р. почали реалізовуватися основні завдання з реформування системи охорони здоров'я, визначені Програмою економічних реформ на 2010–2014 рр. “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”, які спрямовані на поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливому доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості.

Робота МОЗ України, відповідно до Національного плану дій на 2011 р., була зосереджена на створенні повноцінної законодавчої, нормативно-правової та методичної бази для реформування системи охорони здоров'я.

У липні 2011 р. Верховною Радою України прийнято 2 базові закони:

– Закон України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги”, який є основним законодавчим актом, що визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини у цій сфері;

– Закон України “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві”,



відповідно до якого в зазначених пілотних регіонах передбачено відпрацювання та апробацію моделі реформування системи охорони здоров'я для подальшого впровадження на загальнодержавному рівні.

Вищевказаним законом окреслено напрям та основні кроки реформи:

- організаційно-функціональне та фінансове розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги;
- формування госпітальних округів для надання населенню вторинної медичної допомоги з урахуванням особливостей адміністративних територій;
- впровадження нових механізмів фінансування лікувальних установ та оплати праці.

Відповідно до плану-графіку реалізації пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій області заплановано створити 18 госпітальних округів. Кількість ліжок на 10 тис. населення в середньому по області становить 47,8, загальна кількість ліжок всього по області становить 7808. Кількість ліжок денного стаціонару на 10 тис. населення в середньому по області становить 25,6, з них кількість ліжок на рівні ПМСД – 2599. Кількість госпіталізованих у заклади, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, становить 1709,95 на 10 тис. населення. Кількість госпіталізованих усього – 279426, кількість госпіталізованих на 100 жителів – 17,1, з них дитячого населення – 15,15. Середній термін перебування хворого на ліжку становить 12,6 доби. Кількість прооперованих у відділеннях хірургічного профілю – 90767. Кількість оперативних втручань в амбулаторно-поліклінічних умовах – 142970, кількість пролікованих в денних стаціонарах на 100 жителів – 10,0. Кількість пролікованих в денних стаціонарах на рівні ПМСД на 100 жителів – 6,5. Післяопераційна летальність всього по області – 0,27%. Смерть при транспортуванні – 123. Добова летальність в стаціонарі – 0,09%; відмічається позитивна динаміка показників.

У Дніпропетровській області, відповідно до затвердженого ОДА плану, робота зі створення госпітальних округів розпочнеться у II півріччі 2012 р. Станом на 01.01.2012 р. кількість ліжок на 10 тис. населення в середньому по області становить 84,5; кількість ліжок денного стаціонару на 10 тис. населення в середньому по області – 18,8, з них на рівні первинної медичної допомоги – 7,9. Показник госпіталізації до закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану (вторинну) медичну допомогу, в середньому по області становить 21,0 на 100 жителів, з них дитячого населення 19,9 на 100 жителів. Показник тривалості

перебування пацієнтів на ліжку в середньому по області становить 12,8 дня. Летальність додובהа по області – 0,22; летальність післяопераційна – 0,54, смертність при транспортуванні – 0,02.

У Донецькій області, відповідно до плану-графіку реалізації пілотного проекту на 2012 р. щодо реформування системи охорони здоров'я, передбачається створити 41 округ I порядку (до 100 тис. нас.) та 24 округи II порядку (понад 100 тис. нас.).

Станом на 01.01.2012 р. в закладах, які надають вторинну медичну допомогу, загальна чисельність ліжок становила 22582. Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення у 2011 р. – 51,3 проти 53,3 у 2010 р. Це пов'язано із розмежуванням первинного і вторинного рівня надання медичної допомоги, створенням на базі дільничних лікарень лікарських амбулаторій, подальшою оптимізацією мережі закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу.

Триває подальший розвиток стаціонарозамінних форм, загальна кількість ліжок денних стаціонарів на 10 тис. населення в середньому по області становила 14,8, з них на рівні первинної медичної допомоги функціонує 9,3 ліжка на 10 тис. населення

Показник госпіталізації до закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану (вторинну) медичну допомогу, в середньому по області дещо знизився – з 17,3 у 2010 р. до 16,8 на 100 жителів у 2011 р., з них дитячого населення 13,0 на 100 жителів. Незначно знизився показник тривалості перебування пацієнтів на ліжку, який в середньому становив 10,2 дня (для порівняння: у 2010 р. – 10,3). Летальність післяопераційна по області – 1,6, летальність додובהа – 0,18.

Щодо стаціонарозамінних форм, то забезпеченість ліжками денного стаціонару на 10 тис. населення на рівні ПМСД в середньому становить у Вінницькій області – 15,9; Дніпропетровській – 7,9; Донецькій – 9,3; м. Києві 5,8.

В рамках реалізації пілотного проекту здійснено ряд заходів щодо реформування екстреної медичної допомоги. Прийнято постанову Кабінету Міністрів України від 08.02.2012 р. № 84 “Про затвердження Примірного положення про Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф”, затверджено ряд нормативних актів МОЗ, зокрема щодо порядку розміщення та розрахунку кількості бригад швидкої медичної допомоги. У всіх пілотних регіонах створені та функціонують Центри екстреної медичної допомоги та

медицини катастроф. З метою забезпечення своєчасного прибуття створено пункти тимчасового/постійного базування: у Вінницькій області – 24 (30% від запланованих); Дніпропетровській – 131 (90% від запланованих); Донецькій – 98 (62% від запланованих). У м. Києві планується створити їх 25.

Щодо виконання нормативу прибуття до пацієнтів (20 хв у сільській місцевості, 10 хв у містах):

- у Вінницькій області норматив прибуття забезпечується у 74% викликів у сільській місцевості та 93% у містах;
- у Дніпропетровській області норматив прибуття забезпечується у понад 90% викликів, як у сільській місцевості, так і у містах;
- у Донецькій області норматив прибуття виконується на 81% у сільській місцевості та на 91% у містах;
- у м. Києві норматив прибуття забезпечується лише у 53% випадків.

Автомобілі швидкої медичної допомоги забезпечені радіозв'язком та навігаційними приладами на 100% у Дніпропетровській області, у Донецькій області та м. Києві – більш ніж на 60%, у Вінницькій області – на 27%.

Для підготовки наступного етапу реформи – структурної реорганізації вторинної медичної допомоги, яка буде проходити протягом 2012 р., пілотними регіонами проводиться підготовча робота з організації госпітальних округів, а саме робота з прийняття рішень органами місцевого самоврядування щодо передачі на обласний рівень майнових комплексів закладів охорони здоров'я, що надають екстрену і вторинну медичну допомогу.

Так, у Дніпропетровській області проведено всі сесії (районні, міські та обласна) та прийняті рішення щодо передачі майнових комплексів закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, на обласний рівень.

У Донецькій області прийняті рішення щодо передачі на обласний рівень майнових комплексів, відділень та станцій швидкої медичної допомоги.

У Вінницькій області прийняті рішення щодо передачі майнових комплексів закладів охорони здоров'я вторинного рівня у двох районах.

Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф функціонують у всіх областях та у м. Києві.

У Вінницькій області питома вага фельдшерських бригад швидкої медичної допомоги (ШМД) у загальній їх чисельності становила 50,9%, лікарських – 40,86%, спеціалізованих – 8,2%; у Дніпропетровській області фельдшерських бригад ШМД в загальній їх чисельності становила 62,45%, лікарських – 33,57%,

спеціалізованих – 4,33%; у Донецькій області фельдшерських бригад ШМД у структурі всіх бригад – 42,6%, лікарських бригад – 44,3%, спеціалізованих бригад – 13,1%; у м. Києві – фельдшерських бригад ШМД у структурі всіх бригад – 8,9%, лікарських бригад – 80,56%, спеціалізованих бригад – 10,5%.

У Вінницькій області рівень укомплектованості штатних лікарських посад у Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – 95% (10 – штатних, 9,5 – зайнятих посад), молодших медичних працівників з медичною освітою – 100%. 27,3% автомобілів ШМД забезпечені радіозв'язком та навігаційними приладами. У 2011 р. придбано 2 нові автомобілі.

У Дніпропетровській області рівень укомплектованості штатних лікарських посад у Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – 96% (63,75 – штатних, 61,25 – зайнятих посад). У Центрі працюють 16 молодших медичних працівників з медичною освітою, які займають 19,25% (кількість штатних посад – 22,25). Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами СМП становить 71,9%. Рівень укомплектованості штатних посад зайнятими – 85,4%. 67,33% автомобілів ШМД забезпечені радіозв'язком та навігаційними приладами. Також придбано 19 нових автомобілів.

У Донецькій області 60,04% автомобілів ШМД забезпечені радіозв'язком та навігаційними приладами (272 із 453). Придбано 4 нові автомобілі.

Рівень укомплектованості штатних лікарських посад у Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва становить 34,84% (55,25 – штатних, 19,25 – зайнятих посад), молодших медичних працівників з медичною освітою 75,53%. 61,15% автомобілів ШМД забезпечені радіозв'язком та навігаційними приладами.

У 2011 р. для надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим із серцево-судинними і судинно-мозковими захворюваннями відповідно до заходів із запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань передбачалося фінансування за кошти Державного бюджету для закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення на суму 113981,0 тис. грн, фактично профінансовано 113 770,2 тис. грн (99,8%).

У 2011 р. в Україні працювали 24 центри серцево-судинної хірургії (у 2010 р. – 22 центри): 5 центрів розташовані в м. Києві, 19 – в обласних центрах.

У 2011 р. у кардіохірургічних центрах виконано 38 997 втручань, зокрема 17 997 операцій та 21 000 лікувально-діагностичних процедур. Річна потреба в операціях задовільнена на 51%, в лікувально-діагностичних процедурах – лише на

13%.

Аналіз цієї динаміки показує, що ці зміни є очікуваними і дозволяють сподіватись на більш істотне їх поліпшення в подальшому за умов чіткої реалізації державної програми, подальше її продовження є доцільним і необхідним.

Розроблені завдання та заходи із запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань до 2020 р. із пріоритетом на профілактичні заходи та включені до проекту Загальнодержавної програми “Здоров’я – 2020: український вимір”.

У 2011 р. МОЗ розроблено заходи на виконання постанови Верховної Ради України від 11.01.2011 р. № 2095-VI “Про відзначення 75-річчя створення Національного наукового центру “Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска НАМН України” та 135-річчя з дня народження академіка М.Д. Стражеска та затверджено відповідним розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.09.2011 № 926-р “Про підготовку та відзначення 75-річчя створення Національного наукового центру “Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеско” Національної академії медичних наук України”.

З метою забезпечення ефективної взаємодії між органами внутрішніх справ, закладами охорони здоров’я та органами прокуратури України при перевірці фактів смерті людини з метою запобігання випадкам неякісних перевірок обставин смерті людини та укриття умисних вбивств видано спільний наказ Генеральної прокуратури України, Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства охорони здоров’я України “Про затвердження Порядку взаємодії між органами внутрішніх справ, закладами охорони здоров’я та органами прокуратури України при встановленні фактів смерті людини” від 25.10.11 р. №102/685/692.

З метою покращання якості надання медичної допомоги дорослому населенню з хронічною хворобою нирок видано наказ МОЗ та НАМН України від 11.05.11 № 280/44 “Про затвердження стандарту та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності “нефрологія”.

Видано наказ МОЗ від 02.03.11 № 129 “Про затвердження Методики розрахунку вартості лікування хворих на хронічну хворобу нирок V стадії із застосуванням гемодіалізу”, зареєстрований у Міністерстві юстиції України від 17.03.2011 за № 355/19093.

З метою підвищення якості надання медико-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю та створення національного та регіональних

реєстрів пацієнтів з хронічною хворобою нирок або трансплантованою ниркою, або гострим пошкодженням нирок, удосконалення системи обліку та звітності підготовлено наказ МОЗ та НАМН України “Про затвердження форм первинної облікової документації, форми звітності з питань реєстрації пацієнтів з хронічною хворобою нирок, трансплантованою ниркою або гострим пошкодженням нирок та інструкцій щодо їхнього заповнення”.

*Організація надання медичної допомоги особам, узятим під варту*

З метою покращення організації надання медичної допомоги особам, узятим під варту, МОЗ України брало участь у підготовці низки дотичних нормативно-правових актів.

Затверджено спільний наказ Міністерства юстиції, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту, МОЗ та МВС України “Про затвердження Порядку взаємодії установ виконання покарань та суб’єктів соціального патронажу під час підготовки до звільнення осіб, які відбувають покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк”.

Розроблено проект спільного наказу МВС, Міністерства юстиції та МОЗ “Про затвердження порядку взаємодії територіальних органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів, закладів охорони здоров’я щодо забезпечення своєчасного виявлення, диспансерного спостереження та безперервного лікування хворих на туберкульоз”.

Видано спільний наказ МОЗ, МВС та Міністерства юстиції України “Про затвердження порядку взаємодії закладів охорони здоров’я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань і слідчих ізоляторів у частині забезпечення наступності диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом хвороби та проведенням антиретровірусної терапії”.

Видано наказ МОЗ України від 15.12.11 р. № 911 “Про затвердження Плану заходів щодо подальшого впровадження замісної підтримувальної терапії для споживачів опіоїдних ін’єкційних наркотиків”.

Затверджено спільний наказ Міністерства юстиції та Міністерства охорони здоров’я України “Про затвердження порядку взаємодії закладів охорони здоров’я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров’я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту”.

На виконання заходів Програми у частині забезпечення створення центрів трансплантації, проведення наукових досліджень з проблем трансплантології та

організації системи “Укртрансплантант” на базі Севастопольського національного технічного університету спільно з Таврійським національним університетом ім. В.І. Вернадського МОН України, Кримським державним медичним університетом ім. С.І. Георгієвського МОЗ України та Інститутом патології хребта і суглобів ім. М.І. Сітенка НАМН України створено Міжвідомчу лабораторію біомеханіки, яка здійснює експериментальні дослідження та розробки щодо застосування нових матеріалів та технологій у металоконструкціях для ортопедії і травматології; проектування, конструювання і патентування високоякісних анатомічно адаптованих імплантатів, конкурентоздатних на світовому ринку тощо.

Наукові дослідження за даною тематикою здійснювалися і в інших вищих навчальних закладах, зокрема:

1. Розробка ендоскопічного методу імплантації епікардіального електроду в парагісальні зони серця – у Дніпропетровському національному університеті ім. Олеся Гончара.

2. Дослідження фізико-хімічних властивостей наночастинок (штучних мембран-ліпосом), які містять протипухлинні сполуки, – у Національному технічному університеті “Харківський політехнічний інститут”.

Сьогодні в Україні створені та діють 7 центрів органної трансплантації:

– Донецький регіональний центр трансплантації на базі Донецького обласного клінічного територіального медичного об’єднання (трансплантація нирки);

– Одеський регіональний центр трансплантації на базі Одеської обласної клінічної лікарні (трансплантація нирки);

– Львівський регіональний центр трансплантації на базі Львівської обласної клінічної лікарні (трансплантація нирки);

– Харківський регіональний центр трансплантації на базі Харківського обласного клінічного центру урології і нефрології імені В.І. Шаповала (трансплантація нирки);

– Запорізький регіональний центр трансплантації на базі Запорізької обласної клінічної лікарні (трансплантація нирки, печінки, серця);

– Дніпропетровський регіональний центр трансплантації на базі Дніпропетровської обласної клінічної лікарні імені Мечникова (трансплантація нирки) – відкрито на початку 2010 року;

– Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України (трансплантація нирки, печінки, серця).

За період 1996–2011 рр. виконано 1245 трансплантацій нирки, 114 трансплантацій печінки та 8 трансплантацій серця. Загальна кількість трансплантацій нирок в Україні не перевищує 80–95 на рік, що становить лише 1,6 на 1 млн населення.

Станом на 01.01.2012 р. в Україні на обліку в обласних управліннях охорони здоров'я знаходиться 894 хворих, які отримують імуносупресивну терапію.

Міністерство охорони здоров'я приділяє велику увагу питанням розвитку української трансплантології. Зокрема МОЗ було розроблено Державну цільову соціальну програму “Трансплантація” на період до 2012 р, яка затверджена постановою Кабінету Міністрів України № 894 від 08.10.2008 р.

Водночас обсяги фінансування покривають лише закупівлю препаратів для імуносупресивної терапії, витратних матеріалів для діалізу. Фактично відмічається відсутність розвитку матеріально-технічної бази трансплантаційної служби та забезпечення трансплантаційного втручання.

Протягом 2011 р. співробітниками Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України за участі представників МОЗ України проведено 4 школи-семінари для вітчизняних журналістів з метою надання інформації про діяльність трансплантаційної служби, перспективи та проблеми її розвитку та функціонування.

Нагальною проблемою в Україні є питання трансплантації кісткового мозку. У Європі здійснюється 200 трансплантацій на 10 млн населення на рік, тоді як в Україні кількість трансплантацій стовбурових гемопоетичних клітин кісткового мозку становить лише 5 на 10 млн населення.

У нашій країні для досягнення середньоєвропейського рівня за кількістю окремих видів трансплантації кісткового мозку необхідно виконувати до 1000 операцій на рік, у тому числі: 600–700 аутологічних; 200–300 алогенних від родинних гістоідентичних донорів та 100–200 алогенних пересадок кісткового мозку від неродинних гістоідентичних донорів.

Сьогодні в Україні створені та діють 2 центри трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин кісткового мозку:

- Центр дитячої онкогематології та трансплантації кісткового мозку Української дитячої спеціалізованої лікарні “ОХМАТДИТ”;
- Київський міський центр трансплантації кісткового мозку.

Алогенна трансплантація кісткового мозку від неродинного донора в



Україні не виконується.

У 2009 р. був створений та введений в дію “Всеукраїнський реєстр донорів стовбурових гемопоетичних клітин кісткового мозку МОЗ України”, що дасть змогу активізувати діяльність центрів з трансплантації кісткового мозку та надати необхідну спеціалізовану допомогу більшій кількості хворих з онкогематологічною патологією. Станом на 01.03.2012 р. в Реєстрі зафіксовані дані про 83 потенційних донорів гемопоетичних клітин кісткового мозку.

Одним з напрямків трансплантації є трансплантація стовбурових клітин ауто- та алогенного походження. Чинне законодавство дозволяє застосування стовбурових клітин ауто- та алогенного походження (у тому числі і клітин пуповинної крові) тільки в рамках клінічних випробувань клітинних трансплантатів, регламентованих наказом МОЗ України № 630 від 10.10.2007, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 25.10.2007 р. за № 1206/14473 “Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань тканинних і клітинних трансплантатів та експертизи матеріалів клінічних випробувань”, який був виданий на виконання постанови КМУ від 05.09.2007 р. № 1100 “Про заходи щодо організації діяльності закладів охорони здоров’я та наукових установ, пов’язаної з трансплантацією органів, тканин і клітин”.

Клінічні випробування із застосування стовбурових клітин ауто- та алогенного походження, що виконуються в Україні:

- Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України (м. Київ);
- Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України (м. Донецьк);
- Одеський державний медичний університет (клінічна база – Одеська обласна клінічна лікарня).

У 2011 р. була завершена експертиза клінічного випробування “Застосування клітинних і тканинних трансплантатів у комплексному лікуванні хворих із панкреонекрозом”, що проводилось Національною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України на базі Київської обласної клінічної лікарні.

Результати клінічного випробування свідчать про ефективність використання клітинно-тканинних трансплантатів (препарат кордової крові та пуповидного канатика) в комплексному лікуванні хворих з гострим деструктивним панкреатитом. Метод клітинно-тканинної трансплантації в

комплексному лікуванні хворих з панкреонекрозом дозволений до широкого клінічного використання

Наразі основними проблемами стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги залишаються:

- недостатність виділених коштів на фінансування вторинної медичної допомоги;
- організація надання паліативної допомоги, зокрема знеболювання для онкохворих, до моменту отримання центрами ПМСД ліцензії наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- вимоги до головних бухгалтерів: відповідно до п. 11 постанови Кабінету Міністрів України від 26.01.2011 р. №59 “Про затвердження Типового положення про бухгалтерську службу бюджетної установи”, особа, яка претендує на посаду головного бухгалтера, повинна мати повну вищу освіту в галузі економіки та фінансів та стаж роботи за фахом і на керівних посадах не менше 3-х років. Проблема наявності кадрів, які відповідають даним вимогам, зумовлює необхідність перегляду критеріїв;
- не відпрацьована методологія створення централізованих бухгалтерій на обласному рівні при переведенні фінансування закладів вторинного рівня на обласний рівень.

## **2.29. Медична допомога сільському населенню**

Одним з пріоритетних напрямків Програми є удосконалення організації, підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги сільському населенню. Сучасний стан системи надання медичної допомоги сільському населенню України свідчить про її прогресивний, але недостатньо активний, розвиток.

На сьогодні в Україні надання ПМСД сільському населенню забезпечують сільські лікарські амбулаторії (СЛА), дільничні лікарні (ДЛ) і фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи), які створюють розгалужену мережу дільничних закладів ПМСД. Цю мережу і забезпеченість сільського населення лікарями, що в них працюють, завдяки своєчасно прийнятим заходам, вдалося зберегти, незважаючи на несприятливі економічні умови. Але навіть за цих умов значна частина сільських населених пунктів залишається ще без медичного закладу на території постійного проживання населення, і люди змушені долати інколи значну відстань до місць розміщення фельдшерських і, особливо, лікарських закладів.

Сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я та організації медичного обслуговування сільського населення в Україні потребує перегляду старих та впровадження нових підходів до вирішення актуальних проблем охорони здоров'я сільського населення:

- підвищення якості медичної допомоги сільському населенню, перерозподіл та раціоналізація витрат на охорону здоров'я;
- удосконалення системи надання медичних послуг у сільській місцевості;
- структурна реорганізація мережі закладів сільської охорони здоров'я;
- подальший пріоритетний розвиток ПМСД на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини;
- розукрупнення сільських лікарських дільниць шляхом реорганізації ФАПів у сільські амбулаторії сімейного лікаря, що повинно забезпечити рівноцінну доступність ПМСД мешканцям сільських населених пунктів дільниці;
- вирішення проблеми розподілу обсягів між первинним, вторинним та третинним рівнями надання медичної допомоги та порядку взаємодії між ними.

Актуальність даних проблем і шляхи їх подолання визначені в нормативно-правових актах з охорони здоров'я, зокрема в указах Президента України: від 06.12.2005 р. №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”, від 03.01.2002 р. №8/2002 “Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки”. Вирішення питань подальшого розвитку системи надання медичної допомоги сільському населенню передбачено також проектом Національного плану розвитку системи охорони здоров'я України на 2006–2011 рр.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” в сільській місцевості більш активно відбувається перехід до реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини в усіх регіонах України.

Програми реорганізації мережі закладів сільської охорони здоров'я були спрямовані на підвищення доступності та якості ПМСД для сільських жителів.

Одним із таких заходів є розширення мережі сільських медичних амбулаторій та укомплектованість їх лікарями і середнім медичним персоналом, підготовленим з питань сімейної медицини.

За звітний період проводилось будівництво типових приміщень для СЛА в усіх регіонах України. Якщо у 2005 р. у сільській охороні здоров'я функціонувало понад 3050 СЛА, то в 2008 р. їх кількість по Україні збільшилась на 83 (із 3445 до

3528), а у 2011 р. їх налічувалось 3609 (рис. 2.29.1).

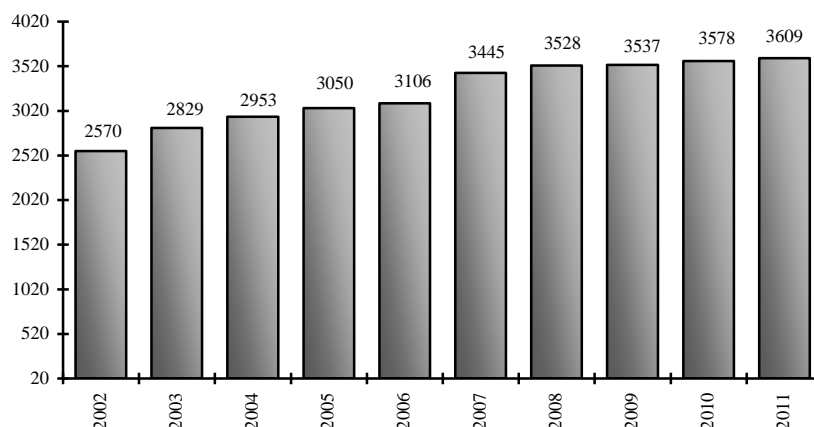


Рис. 2.29.1 Кількість новозбудованих та відкритих сільських лікарських амбулаторій за 2002–2011 рр.

З метою реорганізації мережі ЗОЗ та підвищення доступності та якості ПМСД сільському населенню здійснювались заходи щодо переорієнтації СЛА на засади сімейної медицини. Слід зазначити, що спостерігається позитивна тенденція до збільшення питомої ваги лікарських закладів. Кількість реорганізованих ФАПів і дільничних лікарень у СЛА суттєво збільшилась протягом 2007–2010 рр.

Найбільше амбулаторій ЗП/СМ відкрито у Закарпатській (36) та Запорізькій (25) областях. Протягом звітної періоду не відкрито жодної амбулаторії у Донецькій, Полтавській та Чернівецькій областях. У певних регіонах відбулося скорочення кількості вищезгаданих закладів – у Кіровоградській області на 12 у смт та у Миколаївській на 1 заклад у місті.

Станом на 01.01.2011 р. кількість ФАПів, що обслуговують понад 1 тис. осіб населення, становить 1434 (у 2007 р. – 1750).

Протягом всього часу залишалася болючою проблема укомплектованості штатних посад лікарями, яка становить по Україні 72,0% – в СЛА та 75,5% – в ДЛ. У понад 400 (11,5% від загальної кількості) СЛА жодна посада лікарів не укомплектована основним працівником (рис. 2.29.2) та понад 511 ФАПів (3,4% від загальної кількості) жодна посада фельдшерів не укомплектована основним працівником.

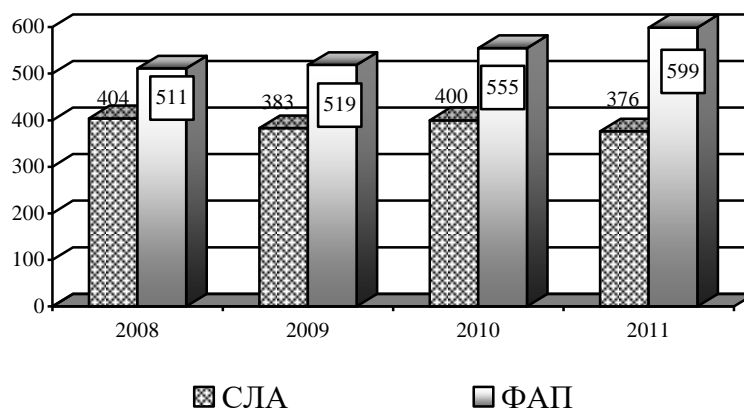


Рис. 2.29.2 Кількість СЛА і ФАПів, у яких жодна посада не укомплектована основним працівником, в 2008–2011 рр.

Найбільше неуккомплектованих СЛА у Чернігівській (40,2%), Херсонській (25,0%), Дніпропетровській (26,9%) та Миколаївській (17,7%) областях. Найкраще укомплектовані СЛА у Львівській та Чернівецькій областях (дефіцит укомплектованості – 1,1% та 1,7% відповідно). Спостерігається тенденція до повної укомплектованості у Чернівецькій (0,08%), Волинській (0,6%), Львівській (0,8%) та Вінницькій (1,3%) областях.

В Україні забезпечуються необхідні обсяги підготовки молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів вищими медичними (фармацевтичними) навчальними закладами відповідно до потреб галузі. Станом на 01.01.2010 р. забезпеченість ЛЗП/СЛ становила 1,8 на 10 тис. населення. У 2010 р. забезпеченість ЛЗП/СЛ у СЛА загалом становила 6611 осіб.

З числа випускників ВМНЗ, що навчалися за державним замовленням, 373 особи направлено на роботу ЛЗП/СЛ. З числа випускників ВМНЗ, що навчались за державним замовленням, 1984 особи, або 53% від загального випуску лікарів, направлено на роботу до закладів сільської місцевості.

Ліквідація на селі дефіциту лікарів, зокрема сімейних, що становить близько 5 тис. осіб, потребує внесення відповідних змін до постанови Кабінету Міністрів України від 22.06.1996 №992 “Про порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням”.

Останніми роками суттєво збільшилась кількість ЛЗП/СЛ у Харківській області – 1580 у 2010 р. проти 566 у 2008 р., Вінницькій – 527 проти 416, Львівській 714 проти 679 відповідно.

Матеріально-технічне оснащення СЛА та ФАПів залишається

незадовільним.

З метою удосконалення надання сільському населенню консультативної, діагностичної та лікувальної допомоги в усіх областях, відповідно до планів обласних консультативних закладів охорони здоров'я, збільшилась кількість планових виїздів лікарів-консультантів з обласних лікарень, дитячих обласних лікарень, диспансерів тощо. Зокрема у Житомирській області створено обласний центр екстреної допомоги та медицини катастроф, який координує планові виїзди консультаційних бригад.

Значну роль у підвищенні рівня організації та управління сільською охороною здоров'я відіграє запровадження сучасних інформаційних систем. У переважній більшості регіонів у сільській місцевості впроваджено електронну форму обробки статистичних звітів, зокрема у Житомирській, Одеській, Кіровоградській, Донецькій, Сумській, Закарпатській, Харківській областях та у м. Севастополь впроваджена оновлена комп'ютерна програма “Медична статистика”, проведено навчання працівників з питань використання ПО “Єдиний електронний реєстр листків непрацездатності”.

Таким чином, оптимізація медичної допомоги сільському населенню відбувається ще досить повільно, але зазнає деяких позитивних змін – впроваджено інформаційні системи збору та узагальнення інформації, проводиться робота з наближення висококваліфікованої медичної допомоги до мешканців віддалених районів, заклади ПМСД на засадах ЗП/СМ забезпечено апаратурою та транспортом, СЛА та ФАПи – лікарськими засобами.

Відсутність позитивної динаміки показників можна пояснити великим дефіцитом штатних посад лікарів СЛА та ДЛ, а також обмеженою доступністю медичної допомоги в сільській місцевості. Основними проблемами в організації роботи з надання медичної допомоги сільському населенню є недостатній рівень фінансового, кадрового, матеріально-технічного, у т.ч. технологічного, забезпечення сільських закладів охорони здоров'я. Але держава намагається розв'язати одне з нагальних питань – за умови недостатнього бюджетного фінансування забезпечити належний рівень надання медичної допомоги всім верствам населення.

З метою забезпечення розвитку охорони здоров'я на селі та поліпшення демографічної ситуації першочергова увага приділялася:

- реалізації державної політики щодо поліпшення демографічної ситуації у сільській місцевості, наданню оздоровчо-профілактичної та медичної допомоги

населенню, створенню належних виробничих і побутових умов, забезпеченню дотримання вимог техніки безпеки та виробничої санітарії;

- пріоритетному розвитку надання ПМСД на засадах сімейної медицини;
- реструктуризації мережі закладів ПМСД із введенням ФАПів до складу СЛА як структурних підрозділів;
- забезпеченню рівного доступу до ПМСД сільським жителям шляхом створення ФАПів у селах з населенням понад 500 осіб; реорганізації ФАПів, які здійснюють обслуговування понад 1000 осіб, в амбулаторії ЗП/СМ та їх належного оснащення;
- поліпшенню спеціалізованої, швидкої та невідкладної медичної допомоги, що надається сільському населенню, шляхом оснащення ЗОЗ сучасним лікувально-діагностичним обладнанням та спеціальними автотранспортними засобами;
- підвищенню якості необхідних реабілітаційних послуг, що надаються інвалідам та дітям-інвалідам з числа сільського населення, а також послуг, пов'язаних з їх транспортуванням до реабілітаційних закладів.

### **2.30. Комунальні служби для громадян з обмеженими можливостями**

Основними напрямками виконання заходів Програми у частині соціального захисту громадян з обмеженими можливостями було визначено наступні: удосконалення мережі служб, які здійснюють медико-соціальне обслуговування (будинки-інтернати, територіальні центри обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян, відділення соціальної допомоги, відділення допомоги вдома тощо), розширення сфери їх діяльності; моніторинг оцінки стану здоров'я найбільш уразливих категорій населення з обмеженими можливостями; розробка системи спільних заходів, які здійснюватимуться службами охорони здоров'я і соціального захисту з метою створення та ефективного використання соціальних ліжок для самотніх непрацездатних осіб.

З метою забезпечення умов для проживання і догляду самотніх громадян похилого віку, інвалідів, інших людей з обмеженими можливостями в Україні створена мережа стаціонарних закладів соціального обслуговування, яка включає 324 будинки-інтернати, з них 55 дитячих, 152 психоневрологічних, 5 спеціальних, 73 будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів, 39 пансіонатів для ветеранів війни та праці (табл. 2.30.1, 2.30.2).

На кінець виконання Програми в стаціонарних закладах проживало 54,7 тис.

громадян похилого віку, інвалідів та дітей-інвалідів, з них майже 17 тис. осіб – у будинках-інтернатах загального профілю, понад 30 тис. осіб з вадами розумового розвитку та психічними захворюваннями – у психоневрологічних будинках інвалідів та понад 6,9 тис. дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства у дитячих будинках-інтернатах.

У цілому діяльність з медико-соціального обслуговування населення була спрямована на забезпечення людей з обмеженими можливостями комплексним соціальним обслуговуванням, покращення умов проживання, підвищення рівня їх комунально-побутового та медичного обслуговування, що гарантоване чинним законодавством.

Основною тенденцією розвитку системи соціального обслуговування було створення стаціонарних закладів нового типу. На сьогодні місцеві органи влади переорієнтовують роботу на створення стаціонарних відділень з невеликою чисельністю обслуговуваних осіб, що дає змогу покращити якість стаціонарних соціальних послуг особам похилого віку та інвалідам.

За даними Міністерства соціальної політики України, система будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів (дорослих і дітей) у 2011 р. включала 324 заклади, з них 55 дитячих, 152 психоневрологічні, 5 спеціальних, 73 будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів, 39 пансіонатів для ветеранів війни та праці.

Таблиця 2.30.1 Кількість будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів системи Міністерства соціальної політики України (дорослих і дітей) у 2002 і 2010 рр.\*

Показник	2002 р.	2010 р.
Кількість будинків-інтернатів	314	323
у них місць, тис.	55,1	58,4
для громадян похилого віку та інвалідів-дорослих	46,1	50,3
для інвалідів-дітей	9,0	8,1

\* За даними Держкомстату України за 2003 і 2010 рр.

Таблиця 2.30.2 Кількість будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів системи Міністерства соціальної політики України (дорослих і дітей) у 2002 і 2010 рр., за регіонами\*



Регіон	2002 р.	2010 р.
<b>Україна</b>	<b>55090</b>	<b>58349</b>
АР Крим	1855	1985
Вінницька	2041	2041
Волинська	915	915
Дніпропетровська	3728	3925
Донецька	5508	6194
Житомирська	2504	2630
Закарпатська	1422	1310
Запорізька	2292	2590
Івано-Франківська	1325	1440
Київська	1883	1874
Кіровоградська	1570	1890
Луганська	2924	3540
Львівська	1625	1808
Миколаївська	1439	1553
Одеська	2153	2180
Полтавська	2610	2555
Рівненська	1057	1214
Сумська	1957	2001
Тернопільська	1276	1276
Харківська	3617	3315
Херсонська	1577	1688
Хмельницька	2076	2025
Черкаська	2205	2317
Чернівецька	846	1140
Чернігівська	2008	2117
м.Київ	2507	2647
м.Севастополь	170	179

*\* За даними Держкомстату України за 2003 і 2010 рр.*

Водночас більш ефективно і гуманно, коли людина, яка потребує соціального обслуговування, залишається проживати в домашніх умовах. Таку форму надання соціальних послуг забезпечують територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг). Загальна кількість територіальних центрів в Україні становить 735 установ, якими обслуговуються близько 1,5 млн громадян. На сьогодні зазначені соціальні установи діють у кожному районному центрі, в усіх містах та районах великих міст.

У структурі територіальних центрів діють:

- відділення соціальної допомоги вдома, основне призначення яких – надання соціально-побутових послуг самотнім непрацездатним громадянам та інвалідам за місцем проживання в домашніх умовах;

- відділення соціально-побутової адаптації та соціально-медичних послуг, якими організовується і проводиться комплекс соціально-оздоровчих заходів, соціально-психологічна, трудова адаптація, консультації лікарів та інших спеціалістів, організація дозвілля, спрямовані на підтримання життєдіяльності і соціальної активності пенсіонерів, інвалідів та самотніх непрацездатних громадян;

- стаціонарні відділення для тимчасового або постійного перебування.

Кількість вказаних відділень та перелік надаваних послуг постійно збільшуються.

Міністерством соціальної політики України розроблено низку нормативно-правових актів, що сприяють розвитку діяльності територіальних центрів:

- наказ від 24.01.2011 р. №20 “Про затвердження форми звітності №12-соц (річна) “Звіт про організацію соціального обслуговування (надання соціальних послуг) територіальними центрами соціального обслуговування (надання соціальних послуг) та Інструкції щодо її заповнення”, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.02.2011 р. за №169/18907;

- наказ від 25.08.2011 №326 “Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації соціально-педагогічних послуг “Університет третього віку” у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)” (в редакції наказу Міністерства соціальної політики України від 23.11.2011 р. №468);

- наказ від 26.12.2011 р. №568 “Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг).

Завдяки зазначеним нормативно-правовим актам забезпечується запровадження нових механізмів надання соціальних послуг, спрощується доступ до комплексу соціальних послуг осіб, які потребують допомоги, але через віддаленість місця проживання не мають змоги ними скористатись.

Спільно з територіальними центрами на базі лікарень у деяких регіонах створені соціальні ліжка, на яких проходять лікування та реабілітацію самотні непрацездатні громадяни. В подальшому на базі соціальних ліжок утворюються стаціонарні відділення територіальних центрів.

З метою виконання завдань реформування системи соціальних послуг запроваджуються нові форми соціального обслуговування.

Так, за підтримки Міністерства соціальної політики України та ініціативи

громадського об'єднання „Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів” та керівництвом Інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України у м. Києві (територіальний центр Печерського району) започатковано надання паліативної допомоги невиліковно хворим особам, які проживають вдома (56 осіб). В рамках пілотного проекту для апробації нової моделі організації надання соціальних послуг паліативним хворим вдома створена мультидисциплінарна команда у складі: лікар – координатор територіального центру, терапевт дільничний, лікар-спеціаліст (за потреби), медсестра дільнична, медсестра територіального центру, соціальний робітник, психолог, духовний наставник (за потреби), соціальний працівник. З метою проведення апробації такої моделі роботи Міністерством соціальної політики України було видано наказ від 28.10.2010 р. “Про визначення територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) Печерського району м. Києва пілотною установою для апробації нової моделі організації надання соціальних послуг”.

Згідно з дорученням МОЗ територіальним органам охорони здоров'я від 03.07.08 №16.02-10/1476 медико-соціальні експертні комісії, при потребі, забезпечують огляд хворих та інвалідів, які проживають вдома або у будинках-інтернатах, але обмежені у пересуванні та складають їм індивідуальні програми реабілітації.

З метою організації моніторингу видано наказ МОЗ України від 08.10.2007 р. №623 “Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та порядку їх складання медико-соціальними експертними комісіями”, виконання якого забезпечувалось розробкою і заповненням індивідуальних програм реабілітації інвалідів, які за формою відповідають Державній типовій програмі реабілітації інвалідів (для осіб з патологією опорно-рухового апарату, внутрішніх органів, психічними захворюваннями, патологією органу зору чи слуху, онкологічними захворюваннями, з урахуванням вікової категорії від 0 до 18 років, від 18 до 55 у жінок (60 у чоловіків) та старше). Плани заходів медичної реабілітації при складанні індивідуальних програм реабілітації інваліда (далі – ІПР) розроблялись відповідно до наказу МОЗ України від 07.02.2008 р. № 57 “Про затвердження державних соціальних нормативів в сфері реабілітації інвалідів”. Контроль за виконанням ІПР здійснювали медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) відповідно до своїх функціональних обов'язків.

У частині розроблення системи спільних заходів МСЕК відповідно до своїх функціональних обов'язків здійснюють контроль за виконанням індивідуальних програм реабілітації. Протягом 2011 р. складено 649083 ІПР, 94,7% первинно та повторно визнаних інвалідами. Повністю виконано 40,5% ІПР, частково – 59,5%. Приблизно такі ж показники були і в попередні роки. Намітилась тенденція до зниження осіб, первинно визнаних інвалідами.

У рамках діяльності із соціального захисту громадян розроблено ряд документів: розпорядження КМУ від 05.11.08 р. №1402-р “Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції соціального захисту бездомних громадян до 2012 року”; наказ МОЗ України від 29.12.08 р. № 815 “Про затвердження Заходів МОЗ України по виконанню плану заходів щодо реалізації Концепції соціального захисту бездомних громадян до 2012 року”; спільний наказ Мінпраці та соціальної політики України, МОЗ України, МВС України, Державного комітету України у справах національностей та релігій, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 19.02.09 р. №70/411/101/65/19/32 “Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів, що надають соціальні послуги бездомним громадянам”, наказ Мінпраці та соціальної політики України від 08.12.06 р. № 462 “Нормативи мінімального споживання при наданні соціальних послуг громадянам похилого віку та інвалідам в установах системи Міністерства праці та соціальної політики України” тощо.

З метою створення та ефективного використання соціальних ліжок для самотніх непрацездатних осіб (2005–2011 рр.) спеціалістами МСЕК визначались потреби громадян в соціальній допомозі – потреби перебування інвалідів в будинках-інтернатах, будинках для людей похилого віку, потреби в спеціальному догляді (відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. №1317). Протягом 2011 року МСЕК направлено в територіальні центри соціального обслуговування 66404 особи. У разі необхідності огляду самотніх непрацездатних осіб членами МСЕК комісії забезпечували такий огляд з виїздом до місць їх перебування.

За останні роки в Україні основною відмінністю соціальної політики щодо інвалідів, затвердженою пакетом відповідних нормативно-директивних документів, стала переорієнтація активних заходів, серед яких провідне значення мають програми реабілітації інвалідів. Деяке поліпшення реабілітації і показників первинної інвалідності можна пояснити послідовним збільшенням і реалізацією

числа індивідуальних програм реабілітації, розробка яких проводиться відповідно до Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” від 06.10.2005 р. №2964-IV і наступної за ним низки підзаконних актів: наказу МОЗ України від 08.10.2007 р. №623 “Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та порядку їх складання” та наказу МОЗ України від 07.02.2008 р. №57 “Про затвердження державних соціальних нормативів в сфері реабілітації інвалідів”.

Показники реабілітації зумовлені особливостями регіонів, наявністю мережі реабілітаційних закладів, організацією реабілітаційного процесу на рівні міжвідомчих відносин (наявність реабілітаційних рад при обласних управліннях охорони здоров'я, тісна співпраця з лікувально-профілактичними закладами, закладами соціального забезпечення та іншими учасниками реабілітаційного процесу).

Основні принципи створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для функціонування системи підтримки фізичного, психічного і соціального благополуччя інвалідів визначено в Законі України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” від 06.10.2005 р.

Моніторинг первинної інвалідності дорослого населення в Україні та її регіонах традиційно здійснює Український НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) за даними МСЕК. Серед основних причин, що призводять до інвалідизації дітей в Україні, можна навести наступні: природжені вади розвитку – більше чверті від дітей-інвалідів, хвороби центральної нервової системи – до 20%, розлади психіки та поведінки на рівні 15%, розумова відсталість – більше 10%. Вони складають разом до 75% в структурі цих причин.

У 2002 р. було розроблене Положення про реабілітаційну раду при управлінні охорони здоров'я, які функціонували в областях. У 2003 р. завершено роботу зі створення реабілітаційних рад, розроблені регіональні моделі системи медичної реабілітації інвалідів, в ЗОЗ відновили свою роботу реабілітаційні комісії. Крім того, в ряді областей України було затверджено заходи до комплексної програми профілактики інвалідності серед населення працездатного віку, в окремих (Київська, Львівська, Тернопільська області) 2003 р. був оголошений Роком людей з інвалідністю.

Протягом дії Програми моніторингом охоплено майже всіх інвалідів України, оптимізовано мережу спеціальних навчальних закладів для дітей з особливими потребами, створені можливості для отримання дітьми-інвалідами

повноцінної загальної середньої освіти, медико-соціальної реабілітації, інтеграції в суспільство.

Українським науково-методичним центром практичної психології та соціальної роботи підготовані методичні рекомендації для реабілітологів, практичних психологів, педагогічних працівників та батьків з проблем соціальної реабілітації дітей хворих на ДЦП.

З метою забезпечення проведення моніторингу стану здоров'я дітей-інвалідів в регіонах розроблено ряд наказів, які регулюють цей процес. За результатами аналізу діяльності закладів охорони здоров'я 100% моніторинг стану здоров'я дітей-інвалідів ведеться в більшості регіонів України. В решті регіонів відсоток охоплення цим моніторингом коливається від 77% до 97%.

У 2004 році Управлінням медико-соціальної експертизи МОЗ України спільно з Українським державним НДІ медико-соціальних проблем інвалідності розроблено та видано 7 методичних рекомендацій. У 2005 р. було розпочато впровадження в практику діяльності медико-соціальних експертних комісій стандартів медико-соціальної експертизи, розроблених МОЗ України. У переважній більшості регіонів України розроблені і впроваджуються регіональні програми з питань медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Функціонує та поступово розвивається мережа спеціалізованих освітніх, оздоровчих закладів, центрів реабілітації та санаторіїв для дітей-інвалідів.

За роки дії Програми спостерігалося коливання показника первинної інвалідності– з 48 до 49 на 10 тис населення, у тому числі серед працюючих (показник – біля 32) з тенденцією до зниження.

Аналіз даних за період дії Програми свідчить, що у більшості регіонів України відбулися значні позитивні зрушення у напрямку вирішення проблем громадян з обмеженими можливостями з боку комунальних служб місцевих органів самоврядування, зокрема у Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Одеській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Чернівецькій областях. У ряді регіонів не було використано принципи виконання заходів – комплексності та міжгалузевого підходу.

Значну роботу у рамках виконання заходів Програми було проведено УОЗ ОДА Житомирської області. Спільно з управлінням праці та соціального захисту населення розроблені пропозиції щодо відкриття палат, відділень соціального нагляду: накази УОЗ від 09.08.06 р. №377 “Про забезпечення виконання доручення Прем'єр-міністра України до Указу Президента України “Про заходи

щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів”, від 01.06.07 р. №236 “Про заходи щодо створення умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями», від 07.09.07 р. №389 “Про затвердження заходів щодо реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року”, від 14.01.08 р. №17 “Про затвердження заходів УОЗ по виконанню плану дій щодо поліпшення життєзабезпечення ветеранів війни на 2007–2010 роки”, від 15.01.08 р. №20 “Про створення умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями”.

У Житомирській області питання покращення соціального захисту інвалідів перебували під особливою увагою органів влади всіх рівнів. Поліклініки та стаціонари ЦРЛ та ЦМЛ області на 92% облаштовані пандусами та забезпечені умовами безперешкодного пересування осіб з обмеженими фізичними можливостями всередині закладу. У 2009 р. переобладнано відповідно до державних будівельних норм (далі – ДБН) пандус до поліклініки Черняхівської ЦРЛ та обладнано пандусом корпус № 1 обласного наркологічного диспансеру. Декілька медичних закладів обласного підпорядкування будуть потребувати протягом останніх років переобладнання пандусів відповідно до вимог ДБН: обласний МСЕК (за наявності фінансування); обласна психіатрична лікарня №1; обласний лікувально-санаторний центр радіаційного захисту “Дениші”; обласний санаторій радіаційного захисту для дорослого та дитячого населення “Кам’яний Брід”; Новоград-Волинський медичний коледж тощо.

На 30 соціальних ліжках для лікування самотніх громадян за 9 місяців 2011 р. проліковано 740 осіб, що складає лише 5,2% від потреби. У 15-ти установах соціального захисту населення області перебувають на повному державному утриманні 2425 самотніх непрацездатних громадян та інвалідів, у т.ч. 341 дитина-інвалід. У Житомирському вищому професійному училищі-інтернаті навчається 475 інвалідів.

У цілому в Україні протягом дії Програми значна увага приділялась питанням самотніх непрацездатних осіб та таких, що не мають житла, шляхом надання ліжко-місць у стаціонарних відділеннях лікарень, зокрема у Дніпропетровській області в таких закладах проживає 197 осіб.

Виконання заходів Програми на місцевому рівні, залежно від фінансових можливостей та ініціативності її виконавців, набуло різних форм надання соціальної допомоги незахищеним верствам населення, окрім медичних та

житлових (Одеська область – продуктивні набори, матеріальна допомога, надання соціально-побутових послуг).

У Закарпатській області приділялась увага створенню ліжко-місць для самотніх громадян, вивчався стан питання в області, розроблялась нормативно-правова база. Останніми роками для визначення придатності для людей з обмеженими фізичними можливостями у складі комісій з прийняття в експлуатацію об'єктів охорони здоров'я працювали представники медичних закладів (у тому числі й МСЕК), управлінь праці та соціального захисту населення місцевих органів виконавчої влади і громадських організацій інвалідів. УОЗ ОДА з власної ініціативи запровадило методіку визначення доступності об'єкту громадського призначення для громадян з особливими потребами в підпорядкованих ЛПЗ. Під час виїзних прийомів керівників закладів охорони здоров'я хворі з обмеженими фізичними можливостями доставлялись у місця прийому санітарним транспортом або відвідувались вдома. Тривало виконання розпорядження голови ОДА від 12.01.08 р. №8 “Про Програму додаткових невідкладних заходів щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями” в підпорядкованих медичних закладах шляхом виїзду на місця. Медичні заклади доступні для осіб з обмеженими фізичними можливостями на 100 відсотків. Цього досягнуто шляхом облаштування таких закладів стандартними підручними або допоміжними засобами.

Кількість соціальних ліжок зросла з 313 у 2005 р. до 389 у 2010 р. З 2005 р. проліковано понад 62 тис. самотніх громадян, що становило в окремі роки від 40 до 60%, а у 2010, 2011 рр. – 100% від потреби.

В області проводилась значна нормотворча робота. Впроваджено практично усі заходи, що стосуються соціального захисту вразливих верств населення згідно законодавчих і нормативних актів вищих виконавчих органів влади. На їх основі розроблено нормативно-правову базу на обласному рівні та організовано її виконання.

Також оперативно і цілеспрямовано проводилась робота з виконання заходів Програми у Чернівецькій області, де було затверджено і протягом семи років тривало виконання “Міжгалузевої програми охорони здоров'я буковинців на 2004–2011 роки”. За період дії Програми кількість соціальних ліжок збільшилась з 25 у 2005 р. до 680 в останні роки.

У Луганській області в 2005 р. було створено обласну Міжвідомчу



Координаційну Раду щодо розгляду проблем бездомних громадян, затверджену розпорядженням голови облдержадміністрації від 23.07.05 р. №523. Потреба у ліжко-місцях задовольняється на 100%. З метою наближення кваліфікованої медичної допомоги було організовано і проведено 863 планові та екстрені виїзди у міста та райони області. Оглянуто біля 11 тис. пацієнтів. Прооперовано на місцях 121 особу. Скеровано до обласних ЗОЗ 725 пацієнтів.

На території Одеської області діють 33 територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян, в яких створено 102 відділення (всього 652 ліжко-місця, проліковано понад 57,5 тис. осіб), з них 44 відділення соціальної допомоги вдома, 9 відділень соціально-побутової реабілітації, 3 відділення медико-соціальної реабілітації, 21 стаціонарне відділення для постійного проживання (де надано допомогу 602 особам), 4 відділення реалізації міських цільових програм, а також 21 відділення, що надає грошову та натуральну допомогу малозабезпеченим непрацездатним громадянам. Виявлено понад 60 тис. самотніх непрацездатних громадян, що потребують різних видів соціальної допомоги, та понад 52 тис. малозабезпечених непрацездатних громадян, що потребують грошової та натуральної допомоги, яка їм була надана. В області функціонують два будинки-інтернати на 423 місця. Ветерани війни на 45% забезпечені зубним протезуванням, у тому числі інваліди ВВВ – на 100%; слуховим протезуванням – 180 осіб, або 59% від потреби, у тому числі 87 інвалідів ВВВ (66% від потреби); штучними кришталіками – 519 осіб, або на 88%; на 100% від потреби в області забезпечено інвалідів кардіостимуляторами, ендопротезуванням суглобів.

Надано послуги у соціально-побутовому обслуговуванні понад 20 тис. особам, у стаціонарних установах для постійного або тимчасового проживання – понад 600 особам; у соціально-побутовій реабілітації – більше 16 тис. особам; у медико-соціальній реабілітації – 20 тис. особам, інші послуги надаються біля 18 тис. осіб щорічно, починаючи з 2007 р.

Діє 31 пункт прокату основних засобів догляду за тяжкими і хронічно хворими та інвалідами. Пункти прокату повністю забезпечені необхідним обладнанням та інвентарем.

В області функціонує 73 ветеранські аптеки. Усі потреби інвалідів охоплені моніторингом.

Загальний ліжковий фонд спеціалізованих закладів, які надають медичну допомогу ветеранам війни, становить 415 одиниць, 322 ліжка розгорнуто в ЦРЛ та

МЛ усіх територій. Забезпеченість госпітальними ліжками ветеранів в Одеській області достатня і нараховує 52,1 одиниці на 10 тис. відповідного контингенту (по Україні – 40,1). Водночас в області через відсутність фінансування та нормативної бази досі не відкриті хоспіси.

У Харківській області виконання Програми розпочалось з передачі ліжкового фонду до управління праці та соціального захисту. Крім того, самотнім непрацездатним громадянам та тим, що втратили родинні зв'язки, допомога надається в обласній туберкульозній лікарні №1, обласній психіатричній лікарні №1, обласній психіатричній лікарні №3 та на ліжках загальнолікарняної мережі. Якщо у 2005 р. на таких ліжках було проліковано 503 особи, що становило 12% від потреби, то останніми роками – вже понад 3 тис., що на 100% задовольняє потребу у такій допомозі. Для потреб інвалідів та ветеранів війни функціонує обласний госпіталь інвалідів війни на 250 ліжок. Функціонують також територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян в населених пунктах області.

У Запорізькій області на виконання заходів Програми прийнято обласні програми “Соціальної адаптації бездомних громадян та осіб, звільнених з місць позбавлення волі, на 2007–2010 роки”, обласну програму соціальної підтримки ветеранів війни, праці, інвалідів та інших малозабезпечених громадян, які потребують допомоги, на 2007–2010 роки “Назустріч людям”, затверджену рішенням облради від 30.11.2006 р. №9. Органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, громадськими організаціями та благодійними фондами, фондами цільового призначення проводилась відповідна робота з виконання Програми. Фінансування здійснювалось також за рахунок коштів обласного бюджету, у тому числі для надання адресної матеріальної допомоги в рамках програми “Швидка соціальна допомога”. На засіданнях колегій ОДА та її структурних підрозділів розглядалися питання щодо посилення соціального захисту ветеранів війни, праці, дітей війни, інвалідів, інших категорій населення, які мають право на пільги, проведено дві колегії облдержадміністрації, на яких за участі представників громадських організацій розглянуто питання щодо стану виконання Указів Президента України з цих питань. З метою організації виконання угоди між Україною і Міжнародним банком реконструкції та розвитку щодо реалізації проекту “Вдосконалення системи соціальної допомоги” на обласному рівні Головним управлінням праці та соціального захисту населення ОДА продовжено реалізацію проекту “Вдосконалення системи соціальної допомоги”. В області

діють стаціонарні відділення у Бердянському та Якимівському районах. Починаючи з 2005 р. було проліковано біля 2,5 тис. самотніх громадян.

В Івано-Франківській області видано розпорядження ОДА від 31.12.2004 р. №809 “Про програму заходів на розв’язання проблем одиноких і бездомних громадян”, від 31.12.2004 р. №811 “Про обласну програму заходів з посилення соціального захисту ветеранів”, від 15.02.2006 р. №71 “Про розвиток хоспісної служби в області”, наказ УОЗ від 05.02.2007 р. “Про виконання заходів обласної програми соціальної підтримки та реабілітації інвалідів по зору на 2007–2009 роки”. З 2005 р. щорічно у лікувальних закладах лікувалось близько 800 осіб – представників вразливих верств населення.

У Кіровоградській області основний нормативним актом для проведення заходів у рамках Програми слугувало чинне розпорядження ОДА №269-р від 14.06.1999 р. “Про відкриття в ЛПЗ області медико-соціальних ліжок” та план заходів обласного УОЗ щодо виконання розпорядження голови ОДА від 14.06.1999 р. З 2007 р. контролювалося проведення відновного лікування інвалідів (біля 7 тис. осіб щорічно), у тому числі в стаціонарах лікарень біля 70%, в денних стаціонарах – біля 20%, інші – вдома. Надаються рекомендації з працевлаштування практично усім, в т.ч. в умовах виробництва – 70%, в спеціально створених умовах – до 25% та інвалідам I–II групи рекомендовано надомну працю. З первинно оглянутих осіб працездатного віку МСЕК рекомендувала продовження лікування за листками непрацездатності понад чотири місяці більше 20% хворих, з яких без ознак інвалідності приступили до праці понад 80%. З метою покращання спільної роботи ЛКК лікувальних закладів та МСЕК з профілактики первинної інвалідності, обґрунтованості направлення хворих на МСЕК, підвищення якості медичної та медекспертної допомоги проводились очні консультації, кущові профільні наради МСЕК та ЛКК ЛПЗ. В області було проліковано з 2005 по 2011 роки біля 22 тис. осіб, які віднесені до уразливих верств населення, що становить близько 90% від потреби.

У Рівненській області виконання заходів Програми перебувало на постійному контролі в УОЗ та ОДА, органах місцевого самоврядування. Результати щорічно аналізувалися на колегіях УОЗ, медичних радах. В області функціонує 21 територіальний центр, в якому на обслуговуванні знаходиться понад 35 тис. громадян, при територіальних центрах діє 11 відділень медико-соціальної допомоги вдома, через які щорічно здійснюється обслуговування понад 22 тис. самотніх непрацездатних громадян, які мали змогу отримати до 40

видів послуг, у тому числі медичних. Складне демографічне та фінансове становище мало свій вплив на зниження чисельності пролікованого населення цієї категорії та зменшення відсотку від потреби у такій допомозі з 86,3% у 2005 р. до 76,7% у 2010 р.

У рамках виконання Указу Президента України №900/2005 від 01.06.05 “Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями”, з метою реалізації державної політики в галузі соціального забезпечення та захисту соціально незахищених громадян, у тому числі інвалідів, забезпечення безперешкодного доступу до об’єктів медичного призначення, УОЗ ОДА, виконкомомі місцевих органів влади здійснені заходи щодо облаштування закладів охорони здоров’я всіх рівнів необхідними технічними засобами. Це 1070 будівель закладів охорони здоров’я; в 987 будівлях створені умови для безперешкодного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями.

При будівництві нових об’єктів охорони здоров’я у Рівненській області, які були введені в дію останніми роками, враховано потреби осіб з обмеженими фізичними можливостями. Крім цього, галузевим планом заходів, затвердженим розпорядження голови Рівненської ОДА від 05.10.2009 р. №381, визначено перелік закладів охорони здоров’я області, які розміщені біля автодоріг Львів – Київ, Луцьк – Київ, Ковель – Київ і будуть задіяні під час проведення фінальної частини чемпіонату Європи 2012 року з футболу. Управлінням охорони здоров’я встановлено контроль за створенням в цих установах умов для безперешкодного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших маломобільних груп населення. В області також запроваджений моніторинг оцінки стану здоров’я найбільш уразливих категорій населення з обмеженими можливостями.

У Сумській області збережено мережу територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян (їх кількість становить 25). У структурі центрів створені і діють 37 відділень соціальної допомоги вдома, 28 відділень соціально-побутової допомоги та 5 відділень медико-соціальної реабілітації для самотніх непрацездатних громадян та інвалідів, 2 стаціонарні відділення для постійного проживання, 23 відділення організації надання адресної грошової та натуральної допомоги. Для організації комплексного соціального обслуговування за місцем проживання громадян похилого віку, інвалідів, малозабезпечених сімей з дітьми в області функціонує 56

селищних та сільських центрів соціального захисту населення.

З метою впровадження нових видів соціальних послуг та інноваційної моделі соціальної роботи, у 2007 р. в структурі територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян Конотопського району (с. Попівка) та у м. Конотоп (Полтавська область) розпочали діяльність два відділення з надання соціально-побутових послуг. В області функціонують 13 інтернатних установ із загальною кількістю 2011 ліжко-місць, де мешкає біля 2 тис. громадян похилого віку, інвалідів з психоневрологічними захворюваннями та дітей-інвалідів з вадами розумового розвитку. За звітний період створено хоспісне відділення на 10 ліжок на базі СДЛ та відкрито 12 ліжок для самотніх осіб. Було прийнято програму соціально-економічного розвитку на 2010 рік, затверджену рішенням сесії облради від 28.05.2010 року. У цілому лікування хворих будь-якої групи населення, у тому числі самотніх непрацездатних, здійснюється на стаціонарних ліжках відповідно до профілю захворювання.

У ряді областей було частково впроваджено заходи, розроблені в рамках виконання Програми. Так, у Київській області за наказом УОЗ КОДА №30 від 18.07.2005 р. “Про затвердження заходів управління охорони здоров'я щодо виконання Київської обласної програми “Турбота” на 2005 рік” заходи цієї обласної програми були пролонговані на наступні роки. У Миколаївській області практично усі заходи Програми впроваджувались Головним управлінням праці і соціального захисту населення ОДА. Тобто не було впроваджено комплексний підхід до вирішення проблем самотніх непрацездатних громадян. Фактична кількість ліжко-місць для таких людей (380 ліжко-місць у двох будинках для самотніх та людей похилого віку) становить 75% від потреби. У Полтавській області за 2005–2011 рр. проліковано понад 6,0 тис. осіб, які віднесені до категорії самотніх непрацездатних громадян. Потреба у такій допомозі коливалась від 80% у 2005 р. до 60% у 2010 р.

На виконання заходів Програми з питань соціального захисту громадян з обмеженими можливостями у Тернопільській області одна дільнична лікарня реорганізована у геріатричне відділення, створено 510 ліжко-місць для самотніх непрацездатних громадян. У 2010 р. на 100% забезпечено потребу у лікуванні даної категорії хворих. У Херсонській області у 2006–2008 рр. розгорнуто соціальні ліжка для самотніх непрацюючих громадян, це 1317 місць у будинках-інтернатах та 50 у хоспісі. У Хмельницькій області спеціальні заходи Програми не

впроваджувались, тому що в системі соціального захисту функціонує 30 будинків-інтернатів для осіб похилого віку на 1945 місць та 5 лікарень соціального догляду на 124 ліжка, тому потреби в створенні соціальних ліжок не було. Службами охорони здоров'я і соціального захисту населення Черкаської області вивчається питання щодо проведення перепрофілізації ліжок дільничних лікарень, які будуть реорганізовані в лікарські амбулаторії, в соціальні ліжка. Виділено ліжка в Черкаській міській лікарні №2 для надання медичної допомоги самотнім хворим з тяжкими соматичними хворобами та невиліковним хворим.

У Вінницькій і Волинській, Дніпропетровській та Донецькій областях для функціонування інтернатних закладів, виконання соціальних функцій комунальними службами, що стосуються громадян з обмеженими можливостями, використовується галузева нормативно-правова база, тому в розвиток заходів даної Програми нормативні акти на місцевому рівні не приймалися. Лише у Волинській області у 2009 р. було розроблено і затверджено обласну програму соціального захисту населення на 2008–2009 роки.

Позитивні результати нормотворчого процесу у рамках виконання Програми та практичного застосування впроваджених заходів у цій сфері в різних регіонах України слід використовувати у подальшій роботі місцевих органів влади за фінансової підтримки з усіх можливих джерел фінансування.

### **2.31. Забезпечення якісного надання медичної допомоги**

З метою розробки Державної програми забезпечення якісного надання медичної допомоги наказом МОЗ України від 31.03.2008 № 166 затверджено Концепцію управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року; наказом МОЗ України від 01.08.2011 № 454 затверджено Концепцію управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року.

Створення та діяльність системи управління якістю надання медичної допомоги населенню в Україні регулюється низкою наказів МОЗ України:

- наказ МОЗ України від 22.12.2008 р. № 763, яким запроваджено систему управління якістю, зокрема затверджено склад Координаційної ради з розроблення та підтримання системи управління якістю в МОЗ України та урядових органах, що функціонують у його складі, затверджено Положення про Координаційну раду з розроблення та підтримання системи управління якістю в МОЗ України та урядових органах, що функціонують у його складі, затверджено

План заходів щодо запровадження системи управління якістю у центральному апараті МОЗ України та урядових органах, що функціонують у його складі, на 2008–2010 роки;

- наказ МОЗ України від 26.03.2009 р. № 189, яким затверджено Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги, Типове положення про клініко-експертні комісії МОЗ АР Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування;

- наказ МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163 “Про управління якістю медичної допомоги”, яким затверджено Положення про Координаційну раду з управління якістю медичної допомоги МОЗ України, Положення про клініко-експертні комісії МОЗ України, Примірне положення про Координаційну раду з управління якістю медичної допомоги МОЗ АР Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, Примірне положення про клініко-експертні комісії МОЗ АР Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, Примірне положення про Координаційну раду з управління якістю медичної допомоги управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування, Примірне положення про клініко-експертні комісії управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування, Примірне положення про медичну раду закладу охорони здоров'я, Примірні форми протоколу засідання та висновку клініко-експертної комісії, Організаційну модель управління та контролю якості медичної допомоги, Форми протоколу засідання клініко-експертної комісії та акту експертного контролю якості медичної допомоги.

- наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 “Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги”, яким затверджено індикатори якості медичної допомоги для первинної, вторинної, третинної медико-санітарної допомоги та служби екстреної медичної допомоги.

Постановою Кабінету Міністрів від 01.03.2006 р. № 229 затверджено Державну програму стандартизації на 2006–2010 роки, якою передбачено кількість стандартів, які підлягали розробленню, орієнтовні обсяги фінансування на ці цілі, у тому числі у сфері охорони здоров'я населення.

Наказом МОЗ України від 25.06.2008 № 341 затверджено Галузеву

програму стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року. Метою зазначеної програми є створення єдиної державної системи стандартизації в охороні здоров'я, реалізація заходів з організації, координації процесу стандартизації медичної допомоги, її інформаційне та фінансове забезпечення, удосконалення відповідної нормативно-правової бази.

Завдання зазначеної програми:

- розвиток системи стандартизації медичної допомоги;
- створення передумов розвитку системи управління якістю медичних і фармацевтичних послуг;
- створення єдиної системи оцінки якості для формування економічних характеристик медичних послуг, встановлення науково обґрунтованих вимог до їх номенклатури, обсягу і якості;
- розробка індикаторів якості медичної допомоги та впровадження процесу аудиту для забезпечення безперервного покращення якості надання медичної допомоги;
- забезпечення ефективної взаємодії між суб'єктами, що беруть участь у наданні медичної допомоги;
- розробка та встановлення вимог до умов надання медичної допомоги, ефективності, безпеки, сумісності й взаємозамінності процесів, устаткування, інструментів, матеріалів, медикаментів та інших компонентів, які застосовуються в системі охорони здоров'я;
- створення та забезпечення функціонування системи класифікації, кодування та створення каталогів у галузі охорони здоров'я;
- нормативне забезпечення у встановленому порядку нагляду та контролю за дотриманням вимог нормативних документів;
- сприяння національній безпеці країни.

Наказом МОЗ України від 25.06.2008 р. № 341 затверджено план заходів МОЗ України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року.

В усіх регіонах України призначено позаштатних спеціалістів обласних (міських) управлінь охорони здоров'я з питань контролю якості надання медичної допомоги.

## **2.32. Виробництво медико-біологічних препаратів, виробів медичного призначення і забезпечення ними лікувальних закладів та населення**



Порядок та орган проведення сертифікації виробництва лікарських засобів затверджено наказом МОЗ України (від 30.10.2002 р. №391). Таким органом визначено Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення МОЗ України (п. 1.4 наказу про порядок проведення сертифікації виробництва лікарських засобів).

Наказом МОЗ України від 13.09.2010 р. № 769 затверджено Концепцію розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки.

Державною службою України з лікарських засобів упродовж звітних років приймалися оперативні рішення щодо збільшення терміну дії свідоцтва про атестацію лабораторії з контролю якості та безпеки лікарських засобів, які входять до складу суб'єктів господарювання з виробництва лікарських засобів. Підготовлено документи до опрацювання в комітетах Верховної Ради України законопроекту “Про внесення змін до Закону України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності”; знаходиться на узгодженні з центральними органами виконавчої влади законопроект “Про медичні вироби”.

Державна служба України з лікарських засобів активно підтримує переговорний процес підприємств галузі з провідними світовими виробниками лікарських засобів і виробів медичного призначення – Великою Британією, Іспанією, Литвою, Латвією, Румунією тощо. Проведено суттєву роботу в системі державного регулювання фармацевтичного ринку з урахуванням вимог ЄС. В повному обсязі з відповідною сертифікацією введено системи регулювання на 10 дільницях вітчизняних підприємств. Держслужбою оформлюються сертифікати на лікарські засоби вітчизняного виробництва з метою їх експорту. Планується створення виробництва вітчизняних імунобіологічних препаратів, введення в експлуатацію технологічної пакувальної лінії, “чистих” складських та офісних приміщень (відповідно до міжнародних стандартів).

За період виконання Програми практично повністю забезпечені холодильним обладнанням для зберігання та транспортування імунобіологічних препаратів ФАПів, сільські лікарські амбулаторії, центральні районні лікарні, міські лікарні та санепідстанції.

У сфері забезпечення подальшого розвитку та розширення внутрішнього фармацевтичного ринку, удосконалення вітчизняного виробництва ліків і маркетингу, створення умов для підвищення конкурентоспроможності виробів фармацевтичної промисловості прийнято Постанову Кабінету Міністрів України

від 04.10.2010 р. №906 “Про затвердження паспорта аптечного закладу (структурного підрозділу)”.

Представниками Держлікінспекції МОЗ України або її територіальними органами суб'єктам господарювання надається безоплатна консультативно-методологічна допомога по заповненню розділу II паспорта “Відомість про наявність матеріально-технічної бази, її стан та освітньо-кваліфікаційний рівень персоналу аптечного закладу (структурного підрозділу)”.

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів і оптової та роздрібною торгівлі ними затверджені наказом Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ України від 21.09.2010 р. №340, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 25.10.2010 р. за №968/18263. З метою підвищення конкурентоспроможності реалізації лікарських засобів до Ліцензійних умов включено вимоги щодо належної практики дистрибуції (GDP), які у повній мірі гармонізовано з вимогами ВООЗ та ЄС.

З метою забезпечення використання ефективних механізмів зниження собівартості фармацевтичної продукції та скорочення витрат на її виробництво, що дасть змогу знизити вартість ліків і підвищити їх доступність для споживачів, прийнято низку законодавчих актів:

- постанову КМУ від 13.01.2010 р. № 29 “Про внесення змін у додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 5 березня 2009 р. № 242”;
- постанову КМУ від 13.01.2010 р. № 30 “Про внесення змін у додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 5 березня 2009 р. № 242”;
- постанову КМУ від 11.02.2010 р. № 195 “Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 5 березня 2009 р. № 242”;
- постанову КМУ від 28.07.2010 р. № 643 “Про внесення змін у додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 5 березня 2009 р. № 242”.

Станом на 01.01.2011 р. зареєстровано та перереєстровано 83 медичні імунобіологічні препарати, внесено зміни до реєстраційних матеріалів для 113 медичних імунобіологічних препаратів.

Розроблено наступні вітчизняні діагностичні тест-системи:

1. Набори імуноферментних тест-систем для діагностики маркерів інфекційних захворювань ТУ У 24.4-35296135-004:2010 виробництва ТОВ “МЕДБІОАЛЬЯНС” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 09.11.2010 №431; Свідоцтво про державну реєстрацію № 9913/2010 від 09.11.2010.

2. Тест-системи імуноферментні для діагностики інфекційних захворювань ТУ У 24.4-36039802-001:2010 виробництва ТзОВ “Науково-виробниче об’єднання “БІОВЕЛЛ” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 01.07.2010 №140; Свідоцтво про державну реєстрацію № 9532/2010 від 01.07.2010.

3. Тест-системи для виявлення ВІЛ-інфекції ТУ У 24.4-32208905-001:2010 виробництва ТзОВ “Фармаско” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 09.11.2010 №431; Свідоцтво про державну реєстрацію № 9909/2010 від 09.11.2010.

4. Тест-системи для виявлення вірусів гепатитів В та С ТУ У 24.4-32208905-002:2010 виробництва ТзОВ “Фармаско” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 09.11.2010 №431; Свідоцтво про державну реєстрацію № 9910/2010 від 09.11.2010.

5. Тест-системи імуноферментні для діагностики вірусних гепатитів ТУ У 24.4-32348536-002:2009 виробництва ТзОВ “Діагностичні системи – Україна” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 12.08.2010 №250; Свідоцтво про державну реєстрацію № 8845/2009 від 12.08.2010.

6. Тест-система для діагностики сифілісу ТУ У 24.4-32208905-003:2010 виробництва ТзОВ “Фармаско” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 24.12.2010 №564; Свідоцтво про державну реєстрацію № 10074/2010 від 24.12.2010.

7. Тест-набори для діагностики вірусних гепатитів методом імуноферментного аналізу ТУ У 24.4-24265186-008:2008 виробництва АТЗТ науково-виробнича компанія “Діапроф-Мед” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 25.06.2010 №134; Свідоцтво про державну реєстрацію № 8448/2008 від 25.06.2010.

8. Тест-системи імуноферментні для діагностики ВІЛ-інфекції ТУ У 24.4-32348536-001:2009 виробництва ТзОВ “Діагностичні системи – Україна” (Україна); зареєстровано відповідно до Наказу Держлікінспекції МОЗ України від 12.08.2010 №250; Свідоцтво про державну реєстрацію № 8844/2009 від 12.08.2010.

9. Тест-набори для діагностики TORCH-інфекцій методом імуноферментного аналізу ТУ У 24.4-24265186-009:2008 виробництва АТЗТ науково-виробнича компанія “Діапроф-Мед” (Україна); зареєстровано відповідно

до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 25.06.2010 №134; Свідоцтво про державну реєстрацію № 8449/2008 від 25.06.2010.

10. Тест-набори для діагностики ВІЛ-інфекції методом імуноферментного аналізу ТУ У 24.4-24265186-007:2008 виробництва АТЗТ науково-виробнича компанія “Діапроф-Мед” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 25.06.2010 №134; Свідоцтво про державну реєстрацію № 8447/2008 від 25.06.2010.

11. Тест-системи імуноферментні для виявлення збудників TORCH-інфекцій та уrogenітальних інфекцій ТУ У 24.4-32348536-003:2009 виробництва ТзОВ “Діагностичні системи – Україна” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 12.08.2010 №250; Свідоцтво про державну реєстрацію № 8846/2009 від 12.08.2010.

12. Тест-системи для діагностики вірусу грипу методом RT-PCR ТУ У 24.4-24265186-012:2009 виробництва АТЗТ науково-виробнича компанія “Діапроф-Мед” (Україна); зареєстровано відповідно до наказу Держлікінспекції МОЗ України від 01.07.2010 № 140; Свідоцтво про державну реєстрацію № 9533/2010 від 01.07.2010.

Важливим напрямком вирішення проблем у сфері виробництва медико-біологічних препаратів, виробів медичного призначення і забезпечення ними лікувальних закладів та населення є подальший розвиток внутрішнього фармацевтичного ринку за рахунок створення умов для підвищення конкурентоспроможності виробів вітчизняної фармацевтичної промисловості, удосконалення технології виробництва ліків, впровадження відповідного маркетингу.

### **2.33. Підготовка медичних кадрів**

Проблеми підготовки та планування використання кадрового потенціалу у галузі є важливим напрямком роботи як регіональних управлінських структур в охороні здоров'я населення, так і на вищих рівнях управління та менеджменту (МОЗ України).

Реорганізація системи планування та розподілу кадрового потенціалу на основі оптимального співвідношення “лікар – медичний працівник середньої ланки” в бік збільшення кількості середнього медичного персоналу має велике значення, оскільки від цього залежить ефективність використання кадрових ресурсів та, зрештою, обсяги потреби галузі в медичних працівниках та,

відповідно, обсяги їх підготовки.

Міністерством охорони здоров'я України спільно з Міністерством освіти і науки України розроблено і запроваджено, починаючи з 2009 року, погодження Правила прийому до вищих навчальних закладів медичного профілю.

Підготовлено і надіслано до МОЗ України пропозиції стосовно реорганізації системи планування та розподілу кадрового потенціалу на основі оптимального співвідношення лікар-медичний працівник середньої ланки. У системі “Медико-соціальна характеристика лікаря” зроблено доповнення у частині “Медико-біологічний потенціал”, “Соціально-економічний потенціал”, “Трудовий потенціал та професійна компетентність”, “Психологічний потенціал та мотивація до праці”, “Умови праці персоналу”, “Інноваційний потенціал”. Проведено економічну оцінку витрат на навчання фахівців медичного профілю та розроблено відповідні рекомендації управління ними.

Наприкінці виконання Програми (2011 р.) чисельність лікарів закладів охорони здоров'я системи МОЗ України (без зубних) становила 196085 осіб та знизилась за останній рік на 980 чол., чисельність середніх медичних працівників складала у 2011р. 421987 осіб і також за рік суттєво знизилася на 6680 чол. Забезпечення ЗОЗ кадрами здійснювалось згідно з нормативами, визначеними наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. №33.

Динаміка показників забезпеченості населення України медичними працівниками і, відповідно, чисельності лікарів порівняно з чисельністю середніх медичних працівників формувала від'ємні темпи змін у співвідношенні чисельності лікарів до чисельності середніх медичних працівників: у 2002 р. це співвідношення було 1:2,39; у 2005 р. – 1:2,23 та у 2011 р. – 1:2,15 (рис. 2.33).

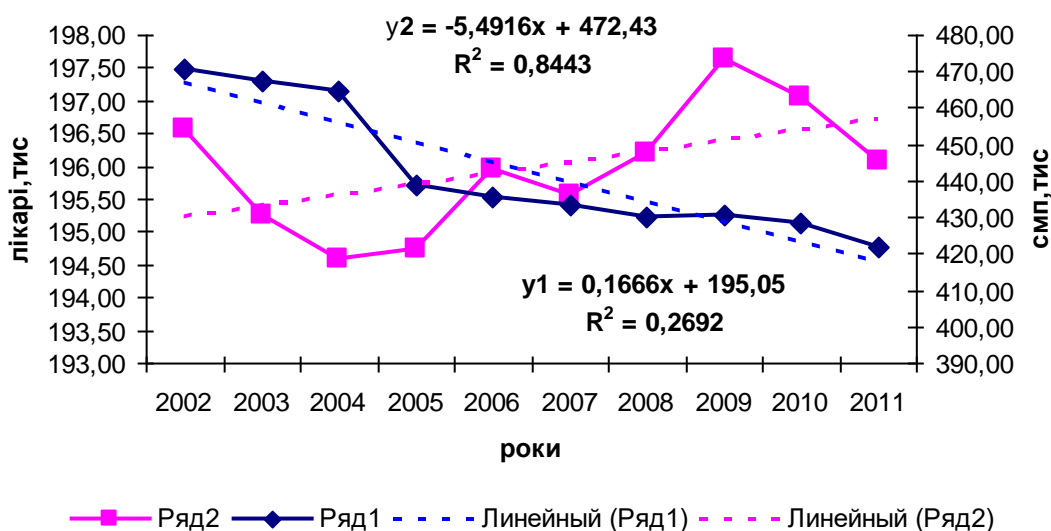


Рис. 2.33. Динаміка загальної чисельності лікарів системи МОЗ і середніх медичних працівників (СМП) та тренди їх руху за 2002–2011 рр.

Спільно з методичними службами МОЗ України розроблено норми щодо удосконалення функціональних обов'язків лікарів з визначенням конкретних повноважень, які можуть передаватись ними середньому медичному персоналу (на виконання заходу “Вдосконалювати функціональні обов'язки лікарів з визначенням тих, які можуть передаватися середньому медичному персоналу”). Регіонами в цілому розроблено пакети документів з перерозподілу функціональних обов'язків лікарів до ланки середніх медичних працівників. Передачу деяких функціональних обов'язків на середніх медичних працівників проведено згідно з чинним наказом МОЗ України від 01.09.1999 р. №216-АДМ “Про передачу деяких функцій лікарів молодшим медичним спеціалістам”:

- ведення школи матері та здорової дитини при жіночій консультації та дитячій поліклініці;
- завідування відділенням хворих, які потребують сестринського догляду (хоспіс);
- призначення первинних обов'язкових обстежень для всіх хворих залежно від діагностичних стандартів з відповідними відмітками;
- видача листків про тимчасову непрацездатність до 3-х днів під час епідемічного стану;
- завідування операційним блоком (для медсестер-бакалаврів).

Конкретних пропозицій від регіонів щодо вдосконалення функціональних обов'язків, як правило, немає. Такі плани розроблені тільки у Житомирській обл. (анестезіологія, реанімація, медицина невідкладних станів, функціональна діагностика, лаборанти, сімейний лікар) в Полтавській – у функціональних обов'язках лікарів загальної практики сімейної медицини передбачена передача частини обов'язків лікарів середньому медперсоналу, також у лікарів терапевтичної, ендокринологічної, нефрологічної служб. Крім того, ЕКГ-обстеження, катетеризація, оцінка лабораторних обстежень, призначення лікування не ускладнених захворювань, ведення документації, видача лікарняних листків тощо. У Львівській області удосконалення функціональних обов'язків лікарів, визначення тих обов'язків, які можуть передаватися середньому медперсоналу здійснюється завдяки реалізації сучасної моделі медсестринства у Львівському державному медичному коледжі та Львівському державному

медуніверситеті ім. Д. Галицького, де готуються медичні сестри-бакалаври. Підготовка таких спеціалістів звільняє лікарів від рутинної роботи, а останнім розширює повноваження і самостійність, підвищує роль і значимість, відповідальність за результати власної праці.

Характеристика забезпеченості населення медичними працівниками наведена у таблиці 2.33.1.

Таблиця 2.33.1 Динаміка забезпеченості населення України медичними працівниками на 10 тис. населення у 2002, 2005, 2011 рр.

Категорії	2002	2005	2011
Лікарі	41,13	41,6	43,1
Середні медичні працівники	98,3	93,9	92,8

У регіонах в основному розроблені плани підвищення показників співвідношення між лікарями та фахівцями середньої ланки. Співвідношення лікарів і середнього медичного персоналу за даними моніторингу обласних управлінь охорони здоров'я наведено у табл. 2.33.2.

Таблиця 2.33.2. Рівні показників співвідношення у деяких регіонах у 2002, 2005, 2011 рр.\*

Регіон	2002	2005	2010
АР Крим		1:2,2	1:2,2
Вінницька		1:2,0	
Дніпропетровська	1:2,0		
Житомирська	1:3,2	1:1,31	1:1,3
Івано-Франківська	1:2,5	1:2,5	1:2,26
Миколаївська	1:2,7	1:3,0 (1:2,53) <sup>*)</sup>	
Полтавська		1:2,5	
Тернопільська	1:3,0	1:2,3	
Чернігівська	1:3,0	1:3,5 (1:,31) <sup>*</sup>	

*\* дані з різних форм звітності*

Міністерством праці та соціальної політики внесені пропозиції щодо упорядкування професійних назв робіт фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою всіх спеціальностей, зокрема молодші спеціалісти (які здобули неповну вищу медичну освіту, що забезпечують училища, технікуми, віднесені до вищих закладів освіти першого рівня акредитації), бакалаври (які здобули базову вищу освіту, що забезпечують коледжі та інші вищі заклади освіти другого рівня

акредитації) містяться у чинному Національному класифікаторі України ДК 003:2005 "Класифікатор професій" за кодом 3231 та Випуску 78 "Охорона здоров'я" Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників.

Міністерством охорони здоров'я України спільно з Міністерством освіти і науки України розроблено і запроваджено в практику державні стандарти зі спеціальності "Сестринська справа" відповідно до вимог "Програми розвитку медсестринства України на 2002–2011 роки".

Здійснюється підготовка лікарів зі спеціальності "Загальна практика-сімейний лікар" на післядипломному етапі. Так, зокрема, післядипломна медична освіта випускників Харківського національного університету імені В.Н. Казаріна здійснюється за договором у Харківській медичній академії післядипломної освіти на замовлення відділу охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації. Аналогічна робота проводиться Ужгородським, Дніпропетровськими національними університетами, Сумським державним університетом.

На базі Національного медичного університету імені О.О. Богомольця проведено дослідження щодо формування трудових ресурсів охорони здоров'я в процесі розвитку сімейної медицини в Україні. Результати дослідження використані при розробці проекту Закону України "Про затвердження Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики / сімейної медицини". До формування правових засад названого закону були долучені національні класичні та педагогічні вищі навчальні заклади III-IV рівнів акредитації.

Були розроблені методичні рекомендації "Вимоги до інформаційно-технологічного забезпечення моніторингу закладів сімейної медицини", "Технологія формування оперативної інформації моніторингу закладів сімейної медицини", "Джерела формування оперативної інформації моніторингу вищих навчальних закладів, що здійснюють підготовку фахівців для установ та закладів охорони здоров'я", підготовлені інформаційні листи "Технологія інтегрованого аналізу роботи кафедр загальної практики/сімейної медицини вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти "Система планування кадрових ресурсів сімейної медицини".

Проведено детальне вивчення інформаційної бази регіональних особливостей трудових ресурсів та розроблено оптимальні, узгоджені плани підготовки кадрів, введення штатних посад медичних працівників у вищих



навчальних закладах. Розроблено систему обліку та контролю за показниками плану з динамікою його реалізації, а саме запроваджено підхід фіксації домовленостей під час укладання договору на підготовку і працевлаштування трудових ресурсів між МОЗ України, управліннями охорони здоров'я обласних та міських державних адміністрацій, вищими навчальними закладами. Розроблено та запроваджено алгоритм контролю виконання планів державного замовлення на підготовку фахівців шляхом аналізу моніторингу цього процесу.

Проведено детальне вивчення інформаційної бази регіональних особливостей трудових ресурсів та розроблено оптимальні, узгоджені плани підготовки кадрів, введення штатних посад медичних працівників у вищих навчальних закладах.

МОН України підготовлено і надіслано до Міністерства охорони здоров'я пропозиції стосовно реорганізації системи планування та розподілу кадрового потенціалу на основі оптимального співвідношення лікар-медичний працівник середньої ланки. У системі “Медико-соціальна характеристика лікаря” зроблено доповнення у розрізі “Медико-біологічний потенціал”, “Соціально-економічний потенціал”, “Трудовий потенціал та професійна компетентність”, “Психологічний потенціал та мотивація до праці”, “Умови праці персоналу”, “Інноваційний потенціал”. Проведено економічну оцінку витрат на навчання фахівців медичного профілю та розроблено відповідні рекомендації управління ними.

З метою інтегрування вищої медичної освіти у міжнародну систему освіти працівники кафедр терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету активно співпрацюють з Американським Міжнародним Альянсом охорони здоров'я. На кошти, отримані за проектом, було покращено методичну базу для підготовки лікарів, а також створено науково-навчальний Центр сімейної медицини.

У Вінницькому національному медичному університеті імені М. Пирогова на базі кафедри інфекційних хвороб щорічно проводяться конференції з питань відновлення репродуктивного здоров'я, виконуються розробки спільних проектів із різноманітними громадськими, молодіжними організаціями, засобами масової інформації. Співробітники університету співпрацюють з міжнародними організаціями, зокрема Бірмінгемським університетом (штат Алабама, США). Проводиться розробка грантів з профілактики ВІЛ-інфекції, наркотичної залежності, лікуванні опортуністичних інфекцій та формування навичок здорового способу життя.

Таким чином, задеклароване у Програмі оптимальне співвідношення “лікар – медичний працівник середньої ланки” методологічно не визначено та не має методичного забезпечення відповідних розрахунків.

Наявна нормативно-правова документація щодо визначення межі функціональних обов’язків лікарів, які передаються середньому персоналу, має фрагментарний характер, що не вирішує проблеми.

Виконання Програми розвитку медсестринства України забезпечить формування умов для підвищення ефективності і значущості середнього медичного персоналу в наданні медичної допомоги та підвищення ефективності роботи медичних працівників взагалі у забезпеченні належних умов надання медичної допомоги населенню України.

Нагальними проблемами підготовки кадрів на перспективу залишаються:

- забезпечення ефективного використання наявного кадрового потенціалу через підвищення навантаження на лікарів та перерозподілу обов’язків між ними та середніми медичними працівниками;
- здійснення розробки та впровадження програми поступового відходу від планування потреби за допомогою кадрових нормативів до планування розвитку та наповнення кадрових ресурсів за ринковими принципами, які ґрунтуються на керуванні процесів кадрового забезпечення на засадах достатнього фінансового забезпечення і важелів місцевого самоврядування тощо.

### **2.34. Розвиток інформаційного забезпечення сфери охорони здоров’я**

Під час виконання заходів Програми щодо розвитку інформаційного забезпечення сфери охорони здоров’я відбувалося активне створення обласних інформаційно-аналітичних центрів інформації та медичної статистики, інформаційно-аналітичних відділів на районному та міському рівнях, які є основою інформаційної інфраструктури галузі. Створено 27 обласних центрів. Успішно втілюється у життя Концепція державної політики інформатизації охорони здоров’я в Україні. На базі провідних медичних науково-дослідних інститутів МОЗ та НАМН України, вищих навчальних медичних закладів у 2002 р. створено тематичні веб-сервери.

Не дивлячись на відсутність програми інформатизації закладів охорони здоров’я, проводилася значна робота щодо розвитку і впровадження новітніх інформаційних технологій. Для цього щороку подавалися пропозиції до включення заходів з інформатизації охорони здоров’я до Національної програми

інформатизації. Поряд з цим у регіонах йшла робота із затвердження регіональних програм інформатизації, націлених на удосконалення інформатизації охорони здоров'я у регіоні.

Розроблено регіональні довготривалі (до 2003–2010 рр.) програми інформатизації закладів охорони здоров'я, які включали оснащення сучасною комп'ютерною технікою, мережними засобами, ліцензійним програмним забезпеченням, впровадження системи електронного зв'язку між ЗОЗ усіх рівнів.

З метою інформатизації ЗОЗ у Волинській, Закарпатській, Чернівецькій, Хмельницькій, Тернопільській, Одеській областях та в м. Севастополі було розроблено та видано відповідні накази УОЗ обл- та міськдержадміністрацій.

Аналіз прийнятих програм інформатизації показав, що пріоритетними завданнями впровадження інформаційних технологій в охорону здоров'я на регіональному рівні є: створення єдиного інформаційного простору охорони здоров'я; забезпечення високого рівня комп'ютеризації лікувально-діагностичного процесу; забезпечення доступу до мережі Інтернет; впровадження сучасних телекомунікаційних систем і телемедичних технологій; розвиток інформаційних технологій клінічного та навчального спрямування; впровадження госпітальних систем зі створенням персоніфікованих баз даних; підвищення ефективності та якості всіх видів робіт, пов'язаних зі збором, обробкою, збереженням і поданням медико-статистичної інформації для підвищення оперативності та якості прийняття управлінських рішень.

У рамках створення єдиної науково-інформаційної комп'ютерної мережі медичної галузі у Житомирській області на базі обласних спеціалізованих кабінетів створені, функціонують та постійно удосконалюються автоматизовані моніторинги за такими напрямками: порушення ритму та провідності; патологія шийки матки; корекція ліпідного спектру крові, надлишкової ваги та лікування різних форм ожиріння; прооперованих хворих з патологією щитоподібної залози; хворих з судомними станами тощо.

У Закарпатській області створено інформаційно-аналітичну систему моніторингу та аналізу стану здоров'я населення із щомісячним оновленням інформації, у Запорізькій – інформаційно-аналітичну програму моніторингу 14 неінфекційних захворювань, які виникають під впливом шкідливих факторів навколишнього середовища.

На даний час Київським міським інформаційно-обчислювальним центром експлуатуються:

- “Чорнобильський реєстр” – щоквартально формуються звіти щодо контингенту, постраждалого від Чорнобильської катастрофи, за категоріями нагляду та групами обліку, які передаються відповідальним лікарям ГУОЗ та МЗ м. Києва;

- “Проходження диспансерного огляду чорнобильським населенням” – ведеться підготовка даних, контроль, формування бази по диспансеризації; здійснюється передача інформації в районні ЗОЗ для вводу даних диспансеризації на місцях;

- програмний комплекс “Спеціалізовані реєстри дітей”, який включає: “Дитяча смертність” (реєструються випадки смерті дітей віком до 1 року, мертвонароджених в лікувально-профілактичних закладах і пологових будинках), “Діти-сироти” (реєструються діти, які знаходяться в Київському та Ворзельському будинках дитини), “Діти з ДЦП” (реєструються діти, у яких вперше встановлений даний діагноз (з 1995 р.)), “Материнська смертність” (реєструються випадки материнської смертності в ЛПЗ і пологових будинках м. Києва). Вказані реєстраційні дані щоквартально передаються засобами електронного зв’язку до відділу лікувально-профілактичної допомоги дітям ГУОЗ та МЗ, в Український центр інформаційних технологій і Національний реєстр МОЗ України;

- “Сурдологія” – база даних людей, які стоять в черзі на пільгове отримання слухового апарату. На даний момент в базі нараховується 2672 чол. Також ведеться БД людей, які отримали слухові апарати. Щомісячно звітна інформація передається в Сурдологічний центр;

- “Дислокація дільничної мережі медичних закладів м. Києва”;

- “Реєстр ветеранів і інвалідів м. Києва”.

У Луганській області функціонує система обласного моніторингу довкілля, впроваджена розпорядженням голови облдержадміністрації від 06.08.2008 р. №1024 “Про затвердження Положення про регіональну (обласну) систему моніторингу довкілля”.

Харківським обласним інформаційно-аналітичним центром медичної статистики розроблено та впроваджено програми рейтингової оцінки стану здоров’я населення та діяльності закладів охорони здоров’я, персоніфіковані програми флюорографічного обстеження, онкопрофоглядів, моніторингу забезпечення державних соціальних нормативів надання медичної допомоги населенню. У медичних закладах встановлено інформаційні системи типу “Стаціонар”, “Поліклініка”, “Медстат”, госпітальні інформаційні системи із відповідними надбудовами для моніторингу та аналізу стану здоров’я населення, санітарно-

гігієнічного стану та епідемічних ситуацій в області.

Інформаційно-аналітичні системи моніторингу та аналізу стану здоров'я населення встановлені також у Івано-Франківській, Одеській, Рівненській, Тернопільській, Черкаській, Чернівецькій областях.

Усі області впровадили електронні адреси, більшість з них мають доступ до мережі Інтернет. Реєструються нові електронні поштові адреси центрів медичної статистики, ЗОЗ та ЦРЛ, проводиться модернізація існуючих каналів зв'язку з метою підвищення швидкості доступу та якості зв'язку. Проводиться постійне дооснащення обласних центрів медичної статистики комп'ютерною, копіювальною технікою та засобами зв'язку.

Більшість закладів первинної ланки у містах повністю забезпечені доступом до електронної пошти, а у деяких областях (Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Одеська, Херсонська) усі заклади ПМСД забезпечені доступом до мережі Інтернет. Проте у значній частині областей забезпеченість закладів ПМСД доступом до систем електронного зв'язку варіює у широких межах – від 16,7% у Тернопільській до 98% у Полтавській областях.

Протягом 2002 р. проведено комплекс заходів та робіт із створення web-сайтів Міністерства Автономної Республіки Крим та обласних управлінь (Вінницька, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Кіровоградська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька, Черкаська, Чернігівська області).

Впродовж 2003 р. створено 27 нових спеціалізованих web-сайтів на базі управлінь охорони здоров'я, обласних лікувально-профілактичних закладів, провідних медичних науково-дослідних інститутів МОЗ та НАМН України.

У 2003 р. завершено створення обласних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики, оснащення їх комп'ютерною технікою, встановлено електронний зв'язок. Організовано навчання медперсоналу комп'ютерній грамоті, навикам роботи із сучасними інформаційними системами.

Заклади охорони здоров'я обласного, районного і міського рівнів перейшли на електронну форму підготовки державних і галузевих статистичних звітів (обробка звітів проводиться в системі єдиного програмного забезпечення МОЗ України "Медстат").

У 2005 р. питання інформатизації галузі знаходилися під постійною увагою Міністерства охорони здоров'я України. У березні проведено Колегію МОЗ "Про надання інформаційних та інших послуг через мережу Інтернет", на якій розглядалися шляхи практичної реалізації заходів щодо впровадження

“електронного урядування”, та апаратну нараду “Про стан інформатизації галузі у 2004 році”.

В регіонах України постійно розвиваються інформаційні системи, що використовуються в роботі ЗОЗ і органів управління різного рівня. Істотне місце займають інформаційні технології, орієнтовані на моніторинг соціально значущих захворювань, автоматизацію і підтримку лікувально-діагностичного процесу. Основна частка інформаційних ресурсів представлена регіональними базами даних і реєстрами для різних категорій населення, де накопичується інформація про мережу лікувально-профілактичних закладів, захворюваність, народжуваність та смертність населення, забезпечення лікарями та середнім медичним персоналом, збір та обробка статистичної інформації.

Так, протягом звітного періоду у всіх ЗОЗ II-III рівнів Закарпатської області запроваджено ведення, контроль та уніфіковану обробку засобами програмного забезпечення наступних програм: “Медична статистика” статистичних форм: 071/0 “Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі (серед дітей до 14 років включно); 071-1/0 “Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі (серед дорослого населення 18 років і старше)”; 071-2/0 “Зведена відомість обліку вперше зареєстрованих травм та отруєнь в даному лікувальному закладі”; 071-3/0 “Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі (серед дітей підліткового віку 15–17 років)”.

В Івано-Франківській області електронний зв’язок запроваджено у всіх 14 ЦРЛ, 29 обласних ЗОЗ, 8 ЦМЛ і МЛ, 3 поліклініках, 1 СШМД, 2 медучилищах. При ГУОЗ, ОКЛ та 4 інших обласних закладах, 8 ЦРЛ, медичному коледжі відкриті Web-сайти, в частині з них функціонують Web-сервери. Удосконалено і активізовано роботу сайту ГУОЗ ОДА. У 2011 р. запроваджено відеоконференції через електронний зв’язок з усіма районами і обласними закладами.

Функціонує мережева програма “АСУ-стаціонар” в обласній клінічній лікарні, немережеві програми – в більшості центральних районних і міських лікарень, програми “Поліклініка” та “Стаціонар”. У 2011 р. всіма закладами області освоєно нові версії програм “Медстат” та “Кадри”. В Долинській ЦРЛ удосконалена локальна програма “Облік смертності”, в ОІАЦ МС діяла програма “Робота лікарняних ліжок за обліковою формою №16”. З січня 2011 року освоєна і впроваджена у всіх ЗОЗ II–III рівнів програма автоматизованого обліку і реєстру листків непрацездатності. На базі закладів Івано-Франківської області (пілотний

проект) в червні проведено республіканську нараду з досвіду впровадження цієї програми з участю ЦМС МОЗ України та ФСС України.

Комунальним закладом “Черкаський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики” Черкаської обласної ради оновлено та впроваджено форми інформаційно-аналітичних систем, оновлено програми “Медстат” та “Поліклініка”, розроблено електронний варіант тестування для молодших медичних спеціалістів з метою контролю визначення рівня знань і практичних навичок. Підтримуються в робочому стані “Реєстр ветеранів війни Черкаської області”, “Реєстр дітей-інвалідів”, “Реєстр постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС”, здійснюється супровід виконання державних програм медичної галузі.

З метою розвитку системи медичних електронних ресурсів видано наказ МОЗ України від 13.07.2005 р. №351 “Про забезпечення відкритості у діяльності територіальних органів виконавчої влади з питань охорони здоров’я”, яким регламентовано створення протягом місяця офіційних веб-сайтів управлінь охорони здоров’я облдержадміністрацій та визначено перелік показників, за якими повинна бути розміщена інформація на веб-сайтах.

Фахівці Центру інформаційних ресурсів Інституту гігієни і медичної екології ім. О.М. Марзеєва НАМН України зробили спробу об’єднати родинні ресурси на сайті [www.health.gov.ua](http://www.health.gov.ua). З урахуванням тематики сайт одержав назву “Медекопортал”. Медекопортал містить розділ, присвячений розвитку охорони здоров’я в Україні, і його зміст гармонійно доповнює веб-сайт Міністерства охорони здоров’я.

З метою забезпечення формування в галузі єдиної політики щодо інформатизації наказом МОЗ України від 28.03.2006 р. №178 створено Координаційну раду з питань інформатизації системи охорони здоров’я МОЗ України. Координаційною Радою здійснюється координація і планування діяльності органів, закладів та установ охорони здоров’я з питань розвитку та впровадження новітніх інформаційних технологій.

З метою створення інтегрованого інформаційного середовища галузі охорони здоров’я та забезпечення функціонування в його межах внутрішньогалузевих інформаційних ресурсів та сервісів, у 2006 р. започатковано впровадження галузевої інформаційно-телекомунікаційної системи МОЗ України “HealthNet” (ГІТС “HealthNet»), яка призначена для підтримки електронного обміну інформацією між суб’єктами єдиного інформаційного простору галузі охорони здоров’я (установами галузі, регіональними управліннями охорони здоров’я).

Відповідно до наказу МОЗ України від 26.04.2007 р. №208 “Про затвердження положення про Галузеву інформаційно-телекомунікаційну систему МОЗ України “HealthNet” введено в дію оновлений центральний вузол інформаційно-телекомунікаційної системи та розпочато тестову експлуатацію оновленої системи корпоративної електронної пошти МОЗ України. Передбачено, що електронний обмін інформацією між МОЗ України та установами галузі в подальшому здійснюватиметься виключно засобами ГІТС “HealthNet”.

З метою прискорення інформатизації закладів охорони здоров'я 21–23 травня 2007 р. у м. Запоріжжі проведено нараду-семінар з представниками територіальних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики. На нараді представлено Типову програму інформатизації закладів охорони здоров'я на обласному рівні та відбулася демонстрація діючих прикладних програмних продуктів “Медстат”, “Поліклініка”, “Стаціонар”.

У рамках Угоди між Урядом України та Урядом Республіки Корея про реалізацію проекту створення телемедичної мережі м. Києва 26 червня 2007 р. відбулося відкриття Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини на базі Київської міської клінічної лікарні №6, Київського міського діагностичного центру, Київської міської онкологічної лікарні та лікарні швидкої допомоги.

У березні 2007 р. у Донецькому державному медичному університеті ім. М. Горького відбувалася Міжнародна школа-семінар “Телемедицина: досвід і перспективи”, у якій взяли участь провідні спеціалісти у галузі медичних інформаційних технологій з України, Білорусі, Грузії, Казахстану, Росії, Узбекистану, Австралії, Єгипту, Індії, Норвегії, Польщі, США, Туреччини, Швейцарії, а також представники Міжнародного товариства телемедицини й електронної охорони здоров'я (ISfTeH).

Виконання Програми сприяло впровадженню та розвитку інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я, розширило можливості для прийняття актуальних рішень як управлінського, так і медичного характеру (запровадження реєстрів, банків даних про пацієнтів та прикріплені контингенти населення, ведення статистичних розрахунків на основі стандартизованих електронних форм тощо).

Впровадження галузевої інформаційно-телекомунікаційної системи МОЗ України “HealthNet” (ГІТС “HealthNet»), забезпечило підтримку електронного обміну інформацією між суб'єктами єдиного інформаційного простору галузі



охорони здоров'я (установами галузі, регіональними управліннями охорони здоров'я).

Створення медичних тематичних веб-серверів та веб-сторінок на сайтах органів влади дало змогу наблизити до громадськості діяльність регіональних органів управління охорони здоров'я (висвітлення оперативної інформації про стан здоров'я населення, про регіональні заходи з покращення та зміцнення здоров'я, пропаганда здорового способу життя тощо).

Завдяки Програмі, у 2003 р. завершено створення обласних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики, оснащення їх комп'ютерною технікою, встановлено електронний зв'язок, організовано навчання медперсоналу комп'ютерній грамоті, навичкам роботи із сучасними інформаційними системами.

У регіонах активно впроваджуються сучасні патентно-ліцензійні та бібліотечні інформаційні комп'ютерні технології та проводиться робота із впровадження електронних каталогів та забезпечення абонентів доступом до них. У АР Крим в КРУ “Науково-медична бібліотека” функціонує електронний читальний зал із каталогом, що налічує більше 57 тис. електронних джерел. У Національній науковій медичній бібліотеці України (м. Київ) доступ користувачів до електронних каталогів книг та періодичних видань здійснюється не тільки через локальну бібліотечну систему, але й через мережу Internet. У Волинській області розвиток електронних бібліотек проводиться згідно до наказу УОЗ ОДА від 07.12.2007 р. №284/од “Про затвердження Програми інформатизації закладів охорони здоров'я Волинської області на 2008–2015роки”. У м. Севастополь в рамках “Програми інформатизації регіону м. Севастополя”, затвердженої розпорядженням СМДА від 07.04.2003 р. №512, видано наказ УОЗ від 18.12.2008 р. №314 “Про затвердження регіональних комплексних заходів з впровадження галузевої програми “Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами та організаціями охорони здоров'я”. З початку 2009 р. у Черкаській області впроваджено автоматизовану бібліотечну систему “Ірбіс”, яка вже довела свою ефективність (активно функціонує у бібліотечних закладах Житомирської області з 2003 р.). У Житомирській області продовжується робота над формуванням електронного каталогу, який налічує більше 66 тис. записів. З метою удосконалення інформаційного забезпечення спеціалістів сфери охорони здоров'я на місцях електронний каталог представлений на Web-сайті бібліотеки. Бібліотека активно співпрацює з медичними бібліотеками України у створеній міжрегіональній корпоративній

системі, в яку ввійшли Вінницька, Рівненська, Чернігівська обласні національні медичні бібліотеки, бібліотеки Вінницького та Одеського медуніверситетів.

Для адаптації в Україні міжнародних стандартів медичної інформатики у Державному комітеті України з питань технічного регулювання та споживчої політики у Технічному комітеті ТК 20 “Інформаційні технології” створено Технічний підкомітет ПК 53 “Медична інформатика”, до складу якого входять декілька робочих груп:

1. РГ1 – Лікувальні інформаційні моделі та медичні записи: гармонізація та розробка стандартів медичних записів, первинних медичних документів та інформаційних моделей процесу надання медичної допомоги.

2. РГ2 – Медична термінологія, семантика та базові знання: гармонізація та розробка стандартів систем кодування медичних термінів, класифікаторів, номенклатур та семантичної частини інформаційних моделей.

3. РГ3 – системи захисту медичної інформації, якості передачі та відображення: гармонізація та розробка стандартів на системи захисту медичної інформації, якості передачі та відображення.

4. РГ4 – технології передачі медичної інформації, зв'язку з медичною апаратурою: гармонізація та розробка стандартів передачі цифрових зображень та звукової інформації по різних каналах зв'язку, інтеграції даних у мультимедійній інтерпретації, телекомунікаційних технологій, зв'язку між користувачем і медичною апаратурою та приладами.

### **2.35. Наукові дослідження та розвиток науки у сфері охорони здоров'я**

Інтегральним показником розвитку країни, відображенням її соціально-економічного рівня, могутнім чинником формування демографічного, економічного, трудового та культурного потенціалу суспільства є здоров'я населення.

Медична наука є складовою галузі охорони здоров'я і передбачає зв'язок між нагальними її потребами, можливостями їх матеріально-технічного і кадрового забезпечення та наслідками практичного застосування результатів наукових розробок.

Основні напрями діяльності наукового потенціалу системи Міністерства охорони здоров'я, що фінансуються з державного бюджету, – це фундаментальні дослідження; прикладні наукові розробки з пріоритетних напрямів; державне замовлення на науково-технічну продукцію; державні цільові програми у сфері

профілактичної та клінічної медицини, серед яких Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації”, що має особливе медико-соціальне значення. Передбачалося, що результати виконання цієї програми дадуть змогу поліпшити стан здоров’я населення, подовжити активне довголіття та тривалість життя, задовольнити потреби в ефективній, якісній і доступній медико-санітарній допомозі, забезпечити конструктивний підхід до вирішення проблем охорони здоров’я, досягти цілей, передбачених стратегією “Здоров’я для всіх” відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Вирішення таких складних та багатокомпонентних проблем потребувало глибокого осмислення та серйозного наукового обґрунтування.

Наукове супроводження реалізації Програми було представлено кількома взаємопов’язаними блоками: суто наукові дослідження згідно із завданнями Програми, науково-практичні розробки, що виконувалися науковцями галузі з нагальних проблем практичної медицини, та науково-організаційні заходи.

Практично всі заходи щодо виконання Програми передбачали проведення відповідних наукових досліджень.

Завдання наукового супроводження реалізації Програми були спрямовані на вирішення важливих науково-організаційних питань, зокрема удосконалення управління медичною наукою, підвищення результативності наукових досліджень та ефективності її впливу на медичну практику. Для наукового забезпечення вирішення цих складних багатоаспектних проблем з урахуванням соціально-економічних умов, що постійно змінюються, а також наукового обґрунтування прийняття адекватних управлінських рішень систематично проводився аналіз результативності технологій визначення наукових пріоритетів, поточного і перспективного планування та координації наукових досліджень, реалізації їх результатів в охороні здоров’я.

Здійснювалася робота з удосконалення інфраструктури науково-дослідних установ (НДУ), наукових підрозділів вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти (ВМНЗ) з урахуванням необхідності подальшого розвитку пріоритетних наукових напрямів.

Проводилася робота з удосконалення системи планування та координації наукових досліджень, зорієнтованих на розв’язання нагальних потреб охорони здоров’я, отримання конкурентоспроможних результатів та їх впровадження в практику.

Розроблено науково обґрунтовані організаційні форми планування наукових

досліджень та впровадження їх результатів в практику охорони здоров'я з урахуванням сучасних соціально-економічних умов.

У 2002–2011 рр. науковими та кадровими медичними установами системи МОЗ України виконувалися фундаментальні та прикладні розробки з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки та потреб охорони здоров'я. Це проблеми серцево-судинної та онкологічної патології, охорони материнства та дитинства, профілактики та лікування інфекційних хвороб, травматології та ортопедії, вивчення стану здоров'я населення України та розробка науково обґрунтованих пропозицій щодо його збереження та покращення, збереження психічного здоров'я населення, зниження негативного впливу на здоров'я навколишнього середовища, створення вітчизняних лікарських засобів, нової медичної техніки та апаратури тощо.

Наукові дослідження, які виконувалися в галузі охорони здоров'я у цей період в рамках фундаментальних та прикладних розробок у сфері профілактичної та клінічної медицини, наукових частин державних цільових програм, державного замовлення на науково-технічну продукцію, були спрямовані на розробку нових та удосконалення існуючих методів і засобів профілактики, діагностики та лікування найбільш поширених та соціально значущих захворювань. Результати цих досліджень мають вплинути на якість надання медичної допомоги, покращення показників здоров'я населення і діяльності лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, прискорити процес реформування галузі через підготовку науково обґрунтованих заходів.

Законом України “Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні”, яким регламентуються правові, економічні та організаційні засади формування та реалізації пріоритетних напрямів інноваційної діяльності, одним із стратегічних напрямів до 2013 року визнано охорону і оздоровлення людини та навколишнього середовища

У 2002–2011 рр. пріоритетними визначалися проекти НДР, тематика яких відповідала вимогам Закону України “Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні”, державних програм в галузі охорони здоров'я, галузевих пріоритетних інноваційних напрямів і передбачала розробку нових медичних технологій, спрямованих на підвищення якості надання медичної допомоги населенню та інноваційний розвиток галузі.

Фундаментальні дослідження, які виконувалися науковцями НДУ та ВМНЗ, були спрямовані на вирішення наступних проблем: теоретичне та

експериментальне вивчення морфогенетичних та патогенетичних механізмів розвитку найбільш поширених патологічних станів людини; вивчення проблем медичної генетики, спадкової патології, механізмів розвитку імунозалежної патології; фундаментальні дослідження в галузі біотехнології, пошук та розробка нових лікарських засобів; проведення наукових досліджень із трансплантації органів, тканин і клітин тощо.

Всього щорічно виконувалося приблизно 40 фундаментальних наукових досліджень у сфері профілактичної та клінічної медицини.

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 їх лікування та профілактики.

Прикладні дослідження та розробки, що виконувалися у 2002–2011 роках підвідомчими Міністерству охорони здоров'я НДУ та ВМНЗ, продовжували вирішення таких актуальних проблем:

- розробка нових методів діагностики, лікування та профілактика онкологічних захворювань, патології шлунково-кишкового тракту, опорно-рухового апарату, серцево-судинної та ендокринної систем, цереброваскулярної патології, травм тощо на засадах доказової медицини;

- наукове обґрунтування критеріїв медико-соціальної експертизи та програм медико-соціальної реабілітації інвалідів;

- розробка медичних технологій, спрямованих на зниження рівня професійних і виробничо обумовлених захворювань;

- вивчення стану здоров'я населення України та розробка пропозицій щодо його збереження та покращення;

- наукове обґрунтування розвитку епідемічного процесу при небезпечних та особливо небезпечних інфекціях і розробка протиепідемічних та профілактичних заходів.

Щорічно науковцями НДУ та ВМНЗ виконувалося приблизно 170–190 прикладних науково-дослідних розробок. Наукові результати НДР, що мали інноваційну спрямованість, включалися у чергові випуски Реєстру галузевих нововведень, у методичні документи і наукові публікації та були доведені до лікувально-профілактичних установ галузі охорони здоров'я для впровадження в практику.

Наукове супроводження виконання Програми здійснювали також наукові

установи Національної академії медичних наук України, Міністерства освіти і науки, молоді і спорту України, Міністерства екології та природних ресурсів України, Міністерства надзвичайних ситуацій України та деяких інших відомств.

Цільове фінансування наукового супроводження Програми для наукових установ і навчальних медичних закладів МОЗ України розпочалось лише з 2008 року. До цього науковий супровід виконання завдань Програми здійснювався в рамках прикладних НДР, спрямованих на вирішення нагальних проблем практичної медицини, в результаті виконання яких створювалися нові та удосконалювалися існуючі медичні технології діагностики, лікування і профілактики найбільш поширених та соціально-значущих захворювань. Ряд таких НДР фінансувалися в рамках інших бюджетних програм, а також виконувалися за ініціативними планами НДУ та ВМНЗ.

Щорічно науковцями Українського інституту стратегічних досліджень разом із співробітниками профільних підрозділів МОЗ України здійснювався детальний аналіз звітів про виконання наукових досліджень, які відповідали завданням Програми, проводилася оцінка їх результативності.

Всього підвідомчими МОЗ України НДУ та ВМНЗ в рамках Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” за рахунок державного бюджету виконувалось 11 науково-дослідницьких робіт.

1. НДР “Наукова оцінка реалізації Європейської політики “Здоров’я для всіх” в Україні” (установа-виконавець – ДУ “Український, інститут стратегічних досліджень МОЗ України”). Проведено аналіз національних та державних програм з охорони здоров’я населення України щодо втілення завдань стратегії “Здоров’я для всіх” (ЗДВ). Підготовлено розділ “Стратегії щодо досягнення здоров’я для всіх” до науково-інформаційного видання “Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації”. 2010”. Здійснено аналіз законів з охорони здоров’я населення України щодо втілення завдань політики досягнення здоров’я для всіх у XXI столітті в Європейському регіоні ВООЗ. Проведено порівняльний аналіз стану чинного законодавства з питань охорони здоров’я населення України щодо втілення політики “Здоров’я для всіх” на підставі найбільш вагомих законів з головних напрямів охорони здоров’я населення (більше 20 законів). До бази даних ЗДВ Європейського регіонального бюро ВООЗ надана інформація за майже 100 статистичними індикаторами ЗДВ в Україні. Результати роботи відображені у пропозиціях МОЗ України до Міністерства економіки України щодо необхідності посилення боротьби з курінням та алкоголізацією молоді законодавчим шляхом;

пропозиції до проекту Закону України “Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми “Здорова нація” на 2009–2013 роки.

Опубліковано монографію “Здоров’я населення та діяльність охорони здоров’я України: європейський вимір (за даними вибіркового індикатора бази даних ЄРБ ВООЗ), 6 статей. Результати проведених досліджень використані при підготовці 14-ти законодавчих та нормативних актів, постанов уряду, наказів МОЗ України тощо.

2. НДР “Науково-методологічне та організаційно-методичне забезпечення моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки” (установа-виконавець – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”). В результаті виконання НДР проаналізовано результати моніторингу та інформаційного забезпечення процесу виконання Програми за методологічно поєднаними блоками (основні напрями державної політики в охороні здоров’я в сучасних соціально-економічних умовах України; здоров’я різних верств населення; захворюваність населення на найбільш поширені хвороби; організація медичної допомоги; ресурси системи охорони здоров’я: фінансові, кадрові, медикаментозні та технічні; діяльність санітарно-епідеміологічної служби; профілактична спрямованість та формування здорового способу життя; інформатизація та наукове забезпечення охорони здоров’я; вивчено вплив виконання Програми на функціонування системи охорони здоров’я населення України; оцінена ефективність реалізації державних, галузевих, регіональних програм, які були створені в рамках Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації”. За результатами НДР опубліковано розділ монографії та 2 статті. Підготовлено 2 накази МОЗ України. Підготовлено узагальнену інформацію про стан виконання Програми, яка представлена до Кабінету Міністрів України.

3. НДР “Обґрунтування та розробка наукових основ профілактичних стратегій в охороні здоров’я” (установа-виконавець – Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця). На основі результатів досліджень вивчено особливості напрямів і шляхів впровадження профілактичних програм в охороні здоров’я країн Європи і світу, встановлено ефективні стратегії реалізації профілактичного напрямку в національній системі охорони здоров’я, обґрунтовано концепцію профілактики на різних рівнях організації охорони здоров’я. Визначено основні напрями сучасних профілактичних стратегій у сфері охорони здоров’я, обґрунтовано глобальну тотальну комплексну інтегральну

міжсекторальну та міжгалузеву систему профілактики вертикальної та горизонтальної спрямованості, стратегію освітньо-просвітницької діяльності з профілактики куріння та модель її реалізації. Розроблено освітній курс “Контроль над тютюном” для різних категорій фахівців і населення України. За результатами НДР опубліковано 3 монографії, 1 довідник, 96 статей (в т.ч. 3 за кордоном), 65 тез (в т.ч. 16 за кордоном), 2 інформаційні листи; отримано 1 патент на винахід; 4 пропозиції включено до Реєстру галузевих нововведень; підготовлено 1 докторську і 1 кандидатську дисертації. Результати досліджень висвітлені в 38 доповідях на наукових форумах (в т.ч. 16 за кордоном).

4. НДР “Розробити індикатори якості спеціалізованої допомоги хворим на злоякісні новоутворення та комплекс заходів, що забезпечують їх дотримання онкологічними закладами” (установа-виконавець – Національний інститут раку). Вперше обґрунтовані та визначені індикатори якості медичної допомоги хворим на основні форми злоякісних новоутворень з урахуванням критеріїв доведеної ефективності. Розроблено комплекс заходів, насамперед щодо удосконалення нормативно-правової та ресурсної підтримки визначених індикаторів якості онкологічної допомоги. Розроблені диференційовані по регіонах моделі оптимізації спеціалізованої медичної допомоги онкологічним хворим залежно від базового рівня забезпечення якості. Створено алгоритм розробки клінічних індикаторів якості надання медичної допомоги онкологічним хворим, що може використовуватись для будь-якої нозологічної форми злоякісного новоутворення. Визначено перелік індикаторів, які можуть характеризувати стан діяльності онкологічної служби країни.

Табель оснащення основним медичним обладнанням та виробами медичного призначення онкологічного закладу затверджено наказом МОЗ України від 15.12.2009 № 954, що дозволяє проводити моніторинг матеріально-технічного забезпечення медичних закладів України, які надають спеціалізовану допомогу хворим на злоякісні новоутворення, що в подальшому дозволить рівномірно забезпечити їх обладнанням та виробами медичного призначення. Опубліковано 3 статті, 1 методичні рекомендації; зроблено 9 доповідей на наукових форумах.

5. НДР “Розроблення системи санаторно-курортної реабілітації дітей, хворих на злоякісні новоутворення” (установа-виконавець – Український НДІ медичної реабілітації та курортології). Робота виконувалась за двома основними напрямками – створення відповідної нормативної бази та головних методичних



підходів щодо реабілітації дітей після радикального лікування онкопатології.

Аналіз комплексного обстеження дітей після радикального лікування онкопатології (загальне клінічне обстеження, оцінка стану вегетативної нервової системи за даними кардіоінтервалографії, психологічне тестування з визначенням рівня тривоги, “якості життя”, загальноклінічні, біохімічні, гістохімічні лабораторні тести) свідчить за те, що у 2/3 дітей присутня різноманітна супутня патологія, порушення стану адаптації та погіршення якості життя.

Затверджені “Положення про реабілітаційне відділення для дітей з онкологічною патологією” для санаторіїв МОЗ України, “Показання та протипоказання до реабілітаційної терапії в умовах санаторіїв України” (наказ МОЗ України від 12.01.09 р. № 4), “Загальний протокол реабілітаційного лікування дітей з онкогематологічною патологією” (наказ МОЗ України від 28.05.2009 № 364).

На підставі оцінки динаміки клініко-функціональних та клініко-лабораторних даних розроблені лікувально-реабілітаційні комплекси з включенням внутрішнього прийому лікувально-столових мінеральних вод різного хімічного складу, дієтотерапії, гідротерапії, оксигенотерапії, галотерапії, ЛФК, фітотерапії, психосоматичної корекції. Обґрунтовано ефективність розроблених різних програм реабілітації та їх диференційоване використання для дітей з онкогематологічними захворюваннями, визначено перевагу застосування послідовно двох етапів реабілітації (ранньої поліклінічної та санаторно-курортної).

Використання розробленої системи санаторно-курортної реабілітації дітей, хворих на злоякісні новоутворення, сприятиме зменшенню частоти рецидивів, збільшенню термінів ремісії, поліпшенню реадаптації і ресоціалізації хворих дітей, покращенню якості їхнього життя.

У результаті виконання НДР опубліковано 1 підручник, 16 статей, 1 методичні рекомендації, 2 інформаційні листи; отримано 1 патент на корисну модель; до Реєстру галузевих нововведень включено 8 пропозицій; зроблено 17 доповідей на наукових форумах.

6. НДР “Вивчити особливості та динаміку черепно-мозкової травми у сільського населення України” (установа-виконавець – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова). Здійснено дослідження епідеміологічних показників черепно-мозкової травми (ЧМТ) у населення сільської місцевості, а також динаміку їх змін впродовж 2005-2009 років. Вивчено

динаміку змін епідеміологічних показників ЧМТ у відповідь на зміни соціальних факторів. Динаміка ЧМТ в сільській місцевості свідчить про деяке зменшення частоти виробничої травми, та водночас збільшення її в побуті, деяке зростання кількості постраждалих юнацького віку, а також жіночої статі, при стабільних показниках ступеня її тяжкості.

Отримано характеристику особливостей ЧМТ серед населення сільського регіону України на прикладі Вінницької області, визначено основні недоліки надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, а також у неспеціалізованих лікувальних закладах первинного та вторинного рівня. Визначено необхідність у дотриманні протоколів лікування ЧМТ лікарями, що надають допомогу постраждалим із ЧМТ (травматологи, неврологи) у дільничних та районних лікарнях сільської місцевості. Визначено наявність впливу соціальних факторів на динаміку змін показників ЧМТ. Оpubліковано 8 статей, 5 із яких ввійшли до міжнародних баз даних.

7. НДР “Нові технології ранньої діагностики онкологічних, нейроендокринних, серцево-судинних, церебро-васкулярних, аутоімунних і інфекційних захворювань” (установа-виконавець – Запорізький державний медичний університет). На основі проведених молекулярно-клітинних досліджень вперше визначені три типи можливої прогресії фіброзу печінки при хронічних вірусних гепатитах В і С та методика їх визначення в гепатобіопсіях; визначені особливості морфогенезу фіброзу підшлункової залози; виявлені імуногістохімічні показники для диференціальної морфологічної діагностики атипової гіперплазії та раку ендометрію у жінок в перименопаузальному періоді; визначені особливості ураження судин міокарда при діабетичній кардіоміопатії, а також основні морфогенетичні типи селективної загибелі нейронів головного мозку в постреанімаційному періоді та структурно-функціональної недостатності кардіореспіраторного центру стовбура головного мозку; розроблено імунохроматографічний експрес-метод інтраопераційної діагностики наявності інфікування вірусами гепатиту С органів для використання в невідкладній хірургії і в біопсійній діагностиці, а також посмертної імунохроматографічної діагностики ВІЛ-інфекції і вірусних гепатитів для запобігання непередбаченому інфікуванню персоналу патологоанатомічних і судово-медичних бюро.

Медична ефективність: покращення на 20% ранньої біопсійної діагностики важких хвороб людини, попередження інфікування ВІЛ і вірусними гепатитами патологоанатомів і судово-медичних експертів. Оpubліковано 20 статей; до

Реєстру галузевих нововведень включено 2 пропозиції; отримано 1 патент на винахід, 1 свідоцтво про реєстрацію авторського права; зроблено 7 доповідей на наукових форумах. Виконується 5 докторських та 8 кандидатських дисертацій.

8. НДР “Розробка підходів до комплексної оцінки екологічного ризику для здоров’я із застосуванням геоінформаційних технологій” (установа-виконавець – Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського). Залежно від мікро- та макроелементного балансу організму одержані результати визначення функціонального стану центральної нервової, серцево-судинної, дихальної, імунної систем дітей (здорових та із захворюваннями нервової системи). Вивчено особливості мікроелементного балансу, зокрема вмісту токсичних важких металів і стійких органічних сполук в системі “мати-дитина” та в біосубстратах недоношених новонароджених дітей. Створено систему комплексної оцінки екологічного ризику для здоров’я. Розроблені рекомендації для медико-екологічної профілактики. За даними спостереження за фактичними навантаженнями важкими металами та поллютантами на території південного регіону півострова та промислово забрудненого північного Криму розраховано критичні навантаження і підготовлено електронні карти їх перевищень у формі національних даних для кримського регіону, які представлені в органи Конвенції LRTAP. Їх використання дозволить покращити екологічну ситуацію в регіоні та стан здоров’я населення. Запровадження розроблених у проекті заходів дозволить попередити, а там, де він відбувся, – зменшити негативний вплив факторів довкілля на здоров’я населення.

Представлена доповідь на міжнародній нараді експертів у межах Європейської конвенції про транскордонні переноси атмосферних забруднювачів на дальній відстані (Париж, Франція, травень 2010 р.). Опубліковано 96 наукових праць, 1 методичну рекомендацію, 7 інформаційних листів; до Реєстру галузевих нововведень включено 5 пропозицій; отримано 2 патенти; зроблено 9 доповідей на наукових форумах.

9. НДР “Клініко-епідеміологічні дослідження стану здоров’я та умов праці з впровадженням концепції управління ризиками професійної та виробничо-обумовленої захворюваності у працівників машинобудування, які працюють у шкідливих та небезпечних умовах” (установа-виконавець –Харківський національний медичний університет). Вивчена роль шкідливих факторів виробничого середовища в розвитку хронічних професійних захворювань органів дихання, визначена залежність терміну їх розвитку від рівня шкідливих факторів.

Визначені імунологічні критерії професійного ризику в ливарному виробництві машинобудування, вплив рівнів запиленості та стажу роботи на ризик захворюваності. Запропоновано комплекс імунологічних показників щодо визначення груп ризику професійних захворювань та їх моніторингу, заходи профілактичного спрямування щодо профзахворювань дихальної системи. Оpubліковано 5 статей, 1 методичні рекомендації; 4 пропозиції включено до Реєстру галузевих нововведень; отримано 2 патенти на корисну модель; зроблено 5 доповідей на наукових форумах.

10. НДР “Методологія та технологія визначення універсальних компетенцій лікаря та їх відображення у державних стандартах додипломної методичної освіти” (установа-виконавець – Донецький національний медичний університет імені М. Горького). Оцінено значущість та зроблено порівняльний аналіз універсальних компетенцій випускників медичного та стоматологічного факультетів. За методикою європейського проекту "TUNING" визначено найважливіші для стоматолога універсальні компетенції – здатність застосовувати знання на практиці, ретельна підготовка з основ професії, здатність вчитися, турбота про якість, прагнення успіху, здатність працювати самостійно, базові знання в різних сферах. Цим компетенціям слід приділяти значну увагу при навчанні в медичному ВНЗ, і формування їх має забезпечуватися не стільки змістом навчального процесу, скільки його організацією. Розроблено методологічні підходи та технології відображення універсальних компетенцій лікаря у державних стандартах додипломної медичної освіти. Підготовлено нові проекти освітньо-кваліфікаційних характеристик зі спеціальностей “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”. Очікується, що результати проведених досліджень сприятимуть суттєвому підвищенню якості вищої медичної освіти у підготовці лікарів. Оpubліковано монографію, 9 статей, у тому числі 4 статті у виданнях країн СНД. Зроблено 4 доповіді на наукових форумах.

11. НДР “Медичний електронний паспорт громадянина України” (установа-виконавець – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика). Запропонований принципово новий механізм реєстрації даних про здоров’я людини за допомогою функціонально незалежного носія інформації. Визначені елементи нормативно-правової бази України для запровадження медичного електронного паспорта (МЕП). Вперше сформульовані концептуальні підходи до створення державної розгалуженої Інформаційної системи МЕП. Розроблені принципові схеми обміну інформацією в інформаційному просторі

галузі охорони здоров'я. Розроблений оригінальний матеріальний носій для МЕР на базі мікро-контролера та мікросхеми флеш-пам'яті. Для контролера розроблено програмне забезпечення, що здійснює багаторівневий доступ до медичних даних. Опубліковано 3 монографії, 2 посібника, 45 статей, 2 методичні рекомендації. Отримано 1 патент. Зроблено 22 доповіді на наукових форумах.

Державною установою “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України” крім виконання 2-х НДР в рамках Програми, також здійснювалася організація та координація виконання Програми, забезпечувалися міжрегіональні та міжгалузеві зв'язки, інформаційно-аналітична робота, моніторинг, що проводився з метою чіткого контролю за ходом реалізації Програми, узагальнення отриманих результатів, оцінка ефективності, підготовка звітів для директивних органів тощо.

Проведений аналіз стану виконання завдань Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” свідчить про те, що у 2002–2011 роках здійснювалося міжнародне науково-технічне співробітництво НДУ та ВМНЗ, підпорядкованих МОЗ України, яке було спрямоване на подальшу інтеграцію з міжнародним науковим медичним співтовариством, пошуки можливих джерел фінансової підтримки тих наукових розробок, що можуть становити інтерес для світової наукової медичної громадськості.

Наукові дослідження, які виконувалися згідно з Програмою у 2002–2011 роках інститутами Національної академії медичних наук України, були спрямовані на розробку: технології ранньої діагностики, лікування та профілактики диспластичних захворювань хребта та суглобів; системи лікувально-профілактичного забезпечення хворих з тяжкими хворобами органів травлення; методів профілактики і лікування розсіяного склерозу; диференційно-діагностичних критеріїв депресивних розладів у хворих з соматичною патологією; скринінг-оцінки та методів профілактики порушень здоров'я у дітей шкільного віку; технології гігієнічної оцінки ризику для здоров'я населення забруднення довкілля і заходів профілактики тощо.

Міністерство освіти і науки України реалізацію завдань Програми забезпечувало шляхом виконання наукових досліджень, що включені до Державних науково-технічних програм “Нові технології та засоби діагностики і лікування найбільш поширених захворювань” і “Генні та аналітичні біотехнології”.

Очікується, що результати виконання Міжгалузевої комплексної програми

“Здоров’я нації” на 2002–2011 роки будуть використані в процесі подальших реформ системи охорони здоров’я, забезпечать досягнення цілей, передбачених стратегією “Здоров’я для всіх” відповідно до рекомендацій ВООЗ.

### 2.36. Стратегії щодо досягнення здоров’я для всіх

ВООЗ у 1998 р. прийняла програму “Здоров’я для всіх у 21-му столітті”, в якій накреслила глобальні пріоритети та основні завдання, котрі повинні забезпечити у всесвітньому масштабі можливості досягнення і підтримання найбільш високого рівня здоров’я протягом усього життєвого циклу. Саме за показником рівня здоров’я населення міжнародні експерти ООН, ВООЗ зараз проводять порівняльний вимір ступеня сталого розвитку тих чи інших країн. Хоча формально цей документ стосується тільки країн Європи, він визначає основні напрями зусиль усіх розвинених країн світу щодо проблем здоров’я. Для її реалізації розроблено 21 завдання (табл. 2.36.1).

Таблиця 2.36.1. Завдання ВООЗ щодо досягнення ЗДВ-21

Завдання	Зміст
Завдання 1	Солідарність в інтересах охорони здоров’я в Європейському регіоні
Завдання 2	Рівноправність в питаннях охорони здоров’я
Завдання 3.	Здоровий початок життя
Завдання 4.	Здоров’я молоді
Завдання 5	Збереження здоров’я у похилому віці
Завдання 6	Поліпшення психічного здоров’я
Завдання 7	Скорочення поширеності інфекційних хвороб
Завдання 8	Скорочення поширеності неінфекційних хвороб
Завдання 9	Скорочення травматизму внаслідок актів насилля та нещасних випадків
Завдання 10	Здорове та безпечне фізичне середовище
Завдання 11	Більш здоровий спосіб життя
Завдання 12	Зменшення тягаря, що спричиняє алкоголь, а також залежність, викликана тютюном
Завдання 13	Умови здорового середовища
Завдання 14	Багатосекторальні зобов’язання щодо здоров’я
Завдання 15	Інтегрований сектор охорони здоров’я
Завдання 16	Питання керівництва та забезпечення якості медико-санітарної допомоги
Завдання 17	Фінансування служб охорони здоров’я та виділення ресурсів
Завдання 18	Розвиток кадрових ресурсів для охорони здоров’я
Завдання 19	Наукові дослідження та інформація з питань охорони здоров’я
Завдання 20	Мобілізація партнерів в інтересах охорони здоров’я
Завдання 21	Політика і стратегії щодо досягнення здоров’я для всіх

На думку фахівців ВООЗ, сукупність 21 завдань – “надихаюча” основа для розробки політики охорони здоров’я в країнах Європейського регіону.

Реалізація політики ЗДВ-21 в Україні здійснювалася шляхом прийняття Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки, у яку

включено спеціальний розділ “Стратегії щодо досягнення здоров’я для всіх”. Стан виконання запланованих заходів за цим розділом наведений у таблиці 2.36.2.

Таблиця 2.36.2 Виконання заходів “Стратегії щодо досягнення здоров’я для всіх”

№ пункту	Стан виконання
п. XXXVI.1	Прийняті нормативно-правові документи у 2002-2011 рр. загалом відповідали вимогам “Стратегії досягнення здоров’я для всіх” ВООЗ
п. XXXVI.2	Створення координаційної ради зі здійснення політики ЗДВ-21 в Україні було визнано недоцільним
п. XXXVI.3	Створена система регулярної оцінки здоров’я та якості життя населення України, адаптованої до Європейської програми EUROHIS. З метою подальшої адаптації відповідно до Європейської програми EUROHIS, у жовтні 2004 р. за пропозицією МОЗ Держкомстатом до програми анкетного опитування щодо стану здоров’я осіб, які входять до складу домогосподарств, що беруть участь в обстеженні умов життя, введені питання щодо наявності хронічних захворювань за видами, причин звернення населення по медичну допомогу, пріоритетних критеріїв цінностей життя, а також розширено перелік показників самооцінки стану здоров’я.
п. XXXVI.4	Забезпечена підготовка організаторів охорони здоров’я у ВНЗ з позицій ЗДВ
п. XXXVI.5	Забезпечено проведення моніторингу (динамічного, порівняльного) за впровадженням “Стратегії досягнення здоров’я для всіх” ВООЗ в Україні

Щорічно до бази даних ЄРБ ВООЗ надавалися понад 100 індикаторів за 6 групами показників: окремі демографічні та соціально-економічні показники; захворюваність, інвалідність та госпіталізація; здоров’я матері та дитини; навколишнє середовище; ресурси охорони здоров’я; діяльність служб охорони здоров’я та витрати.

У 2008 та 2011 рр. проведено порівняльний аналіз стану здоров’я населення України за даними моніторингу ЗДВ на підставі аналізу понад 400 показників здоров’я Європейської бази даних “Здоров’я для всіх”, що відображають 6 груп індикаторів, зокрема індикатори смертності – 246 показників; захворюваності, інвалідності та госпіталізації – 49 показників; способу життя – 19 показників; ресурсів охорони здоров’я – 32 показники; діяльності і витрати охорони здоров’я – 37 показників; здоров’я матері і дитини – 21 показник.

У 2009 р. проведено порівняльний аналіз стану чинного законодавства з охорони здоров’я населення України щодо втілення завдань ЗДВ-21. Було проаналізовано понад 20 базових законів (без урахування законів щодо змін та доповнень до цих законів).

У 2010 р. проведено аналіз чинних загальнодержавних (національних)

програм з охорони здоров'я населення (13) щодо втілення завдань “Здоров'я для всіх”.

На підставі порівняльних аналізів як стану чинного законодавства з охорони здоров'я населення України та чинних загальнодержавних програм з охорони здоров'я населення щодо втілення завдань ЗДВ-21, так і стану здоров'я населення України за даними моніторингу ЗДВ можна зробити наступні висновки:

1. Національна політика ЗДВ-21 в Україні досі не затверджена спеціальним законодавчим актом, однак фактично має обов'язковий характер, оскільки різноманітні стратегії, що передбачені у різних завданнях політики ЗДВ, так чи інакше відображено у чинному законодавстві України. Однак жодне з 21-го завдання ЗДВ-21 у чинному законодавстві України досі повністю не втілено. Ряд стратегій ЗДВ-21, внаслідок прогалин у чинному законодавстві з охорони здоров'я, впроваджуються на підставі різних підзаконних нормативно-правових актів, які не завжди можуть повністю компенсувати відсутність законодавчого підґрунтя. Значна кількість стратегій ЗДВ, які втілені у чинному законодавстві України, по суті, мають декларативний характер через відсутність чіткого механізму їх реалізації. Санітарне законодавство України досить потужне та загалом відповідає міжнародним стратегіям в галузі епідеміології, імунізації та боротьби з інфекційними хворобами, однак воно не передбачає повну або часткову ліквідацію деяких з них, як це передбачено завданнями ЗДВ-21 на період до 2010 р., та наразі реалізовує лише розширену програму імунізації – РПІ – замість «РПІ плюс». Стабільний та ефективний механізм фінансування сфери охорони здоров'я не створений. Стратегія “Здоров'я через освіту” у чинному законодавстві, насамперед в Законі України “Про освіту”, не відображена. Політика країни стосовно реклами алкоголю та тютюну, незважаючи на досить суттєві її обмеження в 2008–2011 роки, залишається недосконалою.

2. Проблеми охорони здоров'я населення в Україні вирішуються відповідно до міжнародної практики програмно-цільовим методом: до 2011 р. функціонувало понад 20 державних (цільових) програм. Однак ніякої послідовності між ними немає: кожна програма самостійно вирішує свої проблеми. Прогнозовані очікувані результати виконання Програм загалом мають тотожні тенденції з відповідними показниками завдань ЗДВ-21, тим не менше за окремими показниками вони можуть суттєво відрізнятись. Більшість загальнодержавних програм з охорони здоров'я населення України розроблені без урахування відсутності єдиного медичного простору, спостерігається недостатня



міжсекторальність дій для вирішення завдань окремих програм. В жодній із загальнодержавних програм з охорони здоров'я головні стратегії дій ЗДВ-21 щодо вирішення тієї чи іншої проблеми повністю не втілені. В більшості з них акцент робиться на лікувальній складовій. Водночас питання профілактики та формування ЗСЖ розглядаються як другорядні, за винятком лише окремих програм, що суперечить їхньому статусу як соціальних програм.

3. Відсутній комплексний інтегральний підхід для розв'язання програмно-цільовим методом окремих актуальних проблем охорони здоров'я: ХНІЗ, ЗСЖ тощо.

4. Проблема формування ЗСЖ вирішується незадовільно: механізм фінансування заходів з формування ЗСЖ не визначений, неможливість запровадження моніторингу за показниками, що пов'язані із суб'єктивним фактором (через їх відсутність), недостатність використання заходів горизонтального і вертикального векторів профілактики, обмеженість засобів вирішення проблеми формування ЗСЖ, акцент на використанні ЗМІ та на інші пасивні стратегії профілактики тощо не здатні забезпечити формування ЗСЖ та підвищення рівня санітарно-гігієнічної культури серед широких верств населення, що ставить під сумнів дієвість такої роботи в українському суспільстві.

5. За більшістю з проаналізованих індикаторів здоров'я України на підставі бази даних ЄРБ ВООЗ у 2001–2005 рр. та 2005–2008 рр. спостерігалася позитивна динаміка. Індикатори щодо очікуваної тривалості життя, які на сучасному етапі є головними для оцінки здоров'я населення, на відміну від попереднього періоду, при якому спостерігалася стагнація тривалості життя на низькому рівні, у 2006–2008 рр. мали, хоча й незначні, тенденції до поліпшення. Тому розрив у рівнях показників очікуваної тривалості життя, наприклад між країнами ЄС та Україною, почав скорочуватися. Однак за рівнем індикаторів смертності та захворюваності Україна загалом переважно знаходиться у першій десятці серед країн у Європейському регіоні, тобто знаходиться серед країн з найвищим рівнем смертності та захворюваності, а щодо витрат на охорону здоров'я Україна переважно займає 15–48 місця, тобто належить до числа найгірших в Європі. Інтегральний показник фінансування галузі – витрати на охорону здоров'я (% від ВВП) – незначно перевищує рівень критичного показника, визначеного ВООЗ.

### **2.37. Міжнародне співробітництво та партнерство**

Стратегія міжнародного співробітництва галузі охорони здоров'я у рамках

виконання Програми була спрямована на налагодження партнерства вітчизняних закладів охорони здоров'я з відповідними міжнародними та зарубіжними організаціями з найбільш соціально значущих пріоритетів: створення сприятливого для здоров'я навколишнього середовища; виховання та пропаганда ЗСЖ; профілактика алкоголізму, тютюнопаління, наркоманії та токсикоманії; зниження смертності та поширеності неінфекційних захворювань; контроль за станом захворюваності на туберкульоз та ВІЛ/СНІД; ліквідація віддалених наслідків Чорнобильської катастрофи; запровадження сучасних принципів сімейної медицини та міжнародних стандартів якості надання медичних послуг.

Серед найактуальніших проблем нашого суспільства і охорони здоров'я зокрема залишаються проблеми алкоголізації та наркотизації населення і куріння.

У Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки ця діяльність була сформульована надто стисло та не досить конкретно – тільки в одному пункті “Здійснювати профілактику алкоголізму, тютюнопаління, наркоманії та токсикоманії, залучаючи до цього засоби масової інформації” (постійно).

З урахуванням міжнародного досвіду щодо вирішення проблеми вживання інтоксикантів акцент у реалізації цього пункту Програми було зроблено на удосконалення чинного законодавства.

За період 2002–2011 рр. суттєві зміни відбулися у маркетингу алкоголю, насамперед слабоалкогольних напоїв та тютюну. Майже до останнього часу політика держави у сфері реклами алкогольних виробів та тютюну була вкрай не виваженою, що сприяло загостренню проблеми. На початку 2009–2010 рр. відбулися значні зміни у чинному законодавстві з цих питань. До 2010 р. в країні не було жодних обмежень щодо рекламування пива та слабоалкогольних напоїв. Із прийняттям Закону України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмеження споживання і продажу пива та слабоалкогольних напоїв” від 21.01.2010 р. №1824-VI, який прирівняв пиво та алкопопси до алкогольних напоїв, на них стали розповсюджуватися всі норми щодо обмеження споживання, продажу, рекламування та відповідальності за порушення норм чинного законодавства стосовно алкогольних напоїв. З 1.01.2009 р. в Україні діє норма щодо заборони реклама алкогольних напоїв засобами зовнішньої реклами, а з 1.01.2010 р. вона розповсюджується й на всі друковані ЗМІ (крім спеціалізованих видань). Тобто на сьогодні рекламування будь-яких алкогольних напоїв заборонено засобами внутрішньої та зовнішньої реклами, на зовнішніх та

внутрішніх поверхнях транспортних засобів загального користування та метрополітену, з 6 години ранку до 23 годин по телебаченню та радіо, на перших і останніх сторінках газет, на обкладинках журналів та інших видань, в усіх виданнях для дітей та юнацтва, на сторінках для дітей та юнацтва усіх друкованих видань. Однак для алкогольної реклами все ще залишаються досить потужні засоби – це Інтернет, телебачення та радіо (з 23 до 6 год), друковані ЗМІ (до 1.01.2010 р.) тощо. Водночас світовий досвід демонструє хибність такої політики. ВООЗ змодельовала вплив повної заборони реклами. Застосування цієї моделі до країн ЄС свідчить, що завдяки цьому можна було б щорічно уникнути майже 202 тис. років інвалідності та передчасної смерті при оціненій вартості дотримання цих заходів у 95 млн євро.

Законодавством України заборонена реклама тютюну на телебаченні і радіо (з 1996 р.), у громадському транспорті (з 2003 р.), на зовнішніх носіях (з 2009 р.) та в друкованих виданнях (з 2010 р.); також заборонено поширення безкоштовних зразків сигарет. 22 вересня 2011 р. Верховна Рада ухвалила законопроект, який передбачає подальші обмеження реклами тютюну та спонсорства з боку тютюнових компаній. У 2005 р. Законом України “Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров’я населення” було заборонено напис “легкі” на упаковках сигарет, впроваджувалася заборона на куріння в деяких місцях, медичні попередження на упаковці мали займати 30% площі тощо. У 2009 р. і до вищезгаданого закону були внесені поправки, за якими медичні попередження на упаковці мали займати 50% і містити малюнки (це положення, згідно з постановою КМУ від 19.01.2011 р. №306, набуває чинності у жовтні 2012 року), і посилювалася заборона на куріння в деяких місцях. У 2006 р. Україна ратифікувала Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну.

Протягом нетривалого часу Україна вирішувала проблему куріння програмно-цільовим методом. Кабінет Міністрів України 3 вересня 2009 р. затвердив Державну цільову соціальну програму зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров’я населення в Україні на період до 2012 року. Головним показником ефективності її виконання було визначено зниження рівня поширеності вживання тютюнових виробів, яке вимірюється за даними опитувань, що проводить Державна служба статистики. При ухваленні програми було заплановано зменшити цей рівень у 2010 р. до 23%. Фактично він зменшився до 22,4%, тобто за основним своїм показником Державна програма

успішно виконувалася. Проте, незважаючи на те, що вона довела свою ефективність, Кабінет Міністрів України своєю постановою № 704 від 22.06.2011 (п. 31 дод. 1) визнав такою, що втратила чинність, постанову № 940 від 3.09.2009 року, а отже Державна цільова соціальна програма зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року була скасована.

Проблема боротьби з наркотизацією населення України до 2011 р. формально вирішувалася Програмою реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки (далі – Програма профілактики наркоманії), Програмою профілактики ВІЛ/СНІДу та Міжгалузєвою комплексною програмою “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки (остання носить концептуальний характер). Однак практично ніякої наступності між ними не було: кожна програма самостійно вирішувала свої проблеми. Акцент у Програмі профілактики наркоманії було зроблено на силові методи вирішення цієї проблеми: з 80 із запланованих заходів майже 50 в тій чи іншій мірі пов'язані з такими методами. Сучасні підходи до розв'язання проблеми наркоманії ґрунтуються на наступних 4-х підходах ВООЗ: стратегії зниження постачання, попиту (профілактика, лікування) та шкоди. Однак в Програмі були використані фактично тільки 3 стратегії: зниження постачання, попиту (профілактика, лікування). Стратегія зменшення шкоди була фактично зведена до забезпечення вивчення вітчизняного досвіду роботи із застосування методик “замісної терапії” для лікування та соціальної реабілітації осіб, хворих на наркоманію (п. 26), а інші її напрямки (програма обміну шприців тощо) були проігноровані. Необхідно також зазначити, що Програма профілактики наркоманії погано фінансувалася. У зв'язку із закінченням терміну її дії Кабінет Міністрів України ухвалив розпорядженням від 13 вересня 2010 р. № 1808-р Концепцію реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 роки (далі – Концепція) та затвердив розпорядженням від 22.11.2010 р. № 2140-р План заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 роки (далі – План). Тобто програмно-цільовий підхід до вирішення найважливіших для суспільства проблем, визначений Законом України від 18.03.2004 р. №1621-ІУ “Про державні цільові програми”, по суті було замінено Планом заходів. В ньому формально

збережений міжсекторальний підхід до вирішення проблеми наркоманії. Однак практично не визначені, навіть мінімальні чи орієнтовні, розміри фінансування заходів з протидії наркоманії. Така практика не відповідає політиці ЗДВ-21 ВООЗ (завдання 17). Окремі передбачені заходи ніби сформульовані правильно, однак лише в загальних рисах. Тому неможливо визначити не тільки дійсну потребу в тих чи інших заходах, але й дати у подальшому бодай якусь оцінку їх виконанню.

Цінова політика держави щодо алкоголю та тютюну з грудня 2010 р. стала регулюватися Податковим кодексом України, в якому передбачено спеціальний розділ VI “Акцизний податок”.

Серед профілактичних заходів, що здійснювалися у 2002–2011 рр., найбільшу увагу заслуговує проведення спеціальних наркологічних оглядів. В Україні запроваджена система обов’язкових наркологічних оглядів окремих контингентів населення з метою попередження нещасних випадків та травматизму внаслідок наркотичної та алкогольної залежності, насамперед серед водіїв транспортних засобів, осіб, що мають отримати зброю, тощо. Застосування в процесі огляду тестів “Аудит” та “Тест клінічного скринінгу” дозволяє виявляти до 99% осіб з алкогольною залежністю. На підставі даних, наприклад, за 2008–2010 рр., щорічно обов’язковими наркологічними оглядами охоплювалося більше 2,0 млн чоловік, серед яких частка осіб, направлених на стаціонарне дообстеження з ознаками розладів психіки та поведінки через вживання алкоголю та наркотиків, в середньому становить 0,5%.

Інформування населення щодо заходів профілактики шкідливих для здоров’я звичок у 2002–2011 рр. в Україні здійснювалося шляхом використання індивідуальних, групових та масових форм гігієнічного навчання в процесі культурологічної та пропагандистської роботи, загальноосвітнього навчання.

Враховуючи той факт, що тільки 1% дорослого населення нерегулярно охоплюється ЗМІ, в інтересах інформування населення з питань профілактики шкідливих для здоров’я звичок акцент було зроблено на використанні ЗМІ. В 2011 р. загалом з питань ЗСЖ та профілактики захворювань було проведено 31,3 тис. теле- та 81,5 тис. радіопередач, опубліковано 69,6 тис. статей. Питома вага алкогольної та антинаркоманійної тематики у загальній кількості проведених заходів із здоровоохоронної тематики через ЗМІ в регіонах приблизно складає: по телебаченню – від 1,5% до 6%, по радіо – від 2,5% до 7%, в пресі – 1,5–4,5%.

Для привернення уваги населення до актуальних проблем охорони здоров’я у 2002–2011 рр. в регіонах України проводилися пропагандистські акції,

присвячені знаменним датам, зокрема Міжнародний день боротьби проти зловживання наркотиками та їх незаконного обороту, Всесвітній день боротьби зі СНІДом, Всесвітній день боротьби з курінням, Всесвітній день здоров'я і т.п. Акцент в їх проведенні робився на використанні одночасно групових та масових форм, що дає можливість чинити психологічний тиск на свідомість людей. Так, в 2011 р. на Луганщині під час акції, присвяченої Міжнародному дню боротьби проти зловживання наркотиками та їх незаконного обороту (26 червня), було проведено 10 теле- та 60 радіопередач, опубліковано 13 статей, організовано 90 відеодемонстрацій, проведено 664 лекції тощо, під час заходів до Всесвітнього дня без тютюну (31 травня) та Міжнародного дня непаління (17 листопада) було організовано 485 лекцій, 6 теле- та 70 радіопередач, 13 публікацій в пресі, 46 відеодемонстрацій тощо та 5252 лекцій, 30 теле- та 256 радіопередач, 79 статей, 56 відеодемонстрацій тощо відповідно. Однак питання щодо ефективності пропагандистських кампаній до цього часу залишається відкритим. Пояснюється це наступним. Організація та забезпечення масовості таких акцій потребує певного фінансового забезпечення, механізм якого у нас дотепер не розроблений. Вони потребують різноманітних диференційованих, тобто розрахованих на різні види аудиторії, як відео- та аудіоматеріалів, так і популярних санітарно-освітніх матеріалів, насамперед плакати і малоформатні види друкованої продукції. Водночас слід мати зворотній 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.

В регіонах для різних верств населення ЦЗ, переважно обласними, видавалася популярна санітарно-освітня література з тематики профілактики куріння, алкогольної та наркотичної залежності: пам'ятки, буклети тощо. Однак обсяг друкованих матеріалів через дефіцит коштів був незначним. Така література, наприклад, у 2011 р. видавалася у Запорізькій (буклет “Скажи наркотичній спокусі – “Ні”! Збережи життя!” – 5,0 тис. прим., пам'ятка “Юний друже! Зумій не стати рабом наркозалежності!” – 5,0 тис. прим.), Тернопільській (пам'ятка “Наркоманія, не стань черговою жертвою!”), Чернівецькій (санбюлетень “Захисти себе від тютюну та зупинись!” – 0,6 тис. прим.) областях

та в м. Києві (пам'ятка з профілактики тютюнокуріння – 7,0 тис. прим.).

У загальноосвітніх навчальних закладах, за даними МОНмолодьспорт України, проводилися заняття з профілактики куріння, алкогольної залежності та наркоманії при вивченні курсів “Основи безпеки життєдіяльності” та “Основи медичних знань”. Крім зазначених обов'язкових курсів ці питання включалися у різноманітні факультативи за програмами “Діалог”, “Сприяння просвітницькій роботі “рівний-рівному” тощо. Звичними для шкіл стали:

- години спілкування на теми: “Здоров'я за димом”, “Димова завіса”, “Твоє здоров'я в твоїх руках”, “Здоров'я та шкідливі звички”, “Молодь за здоровий спосіб життя” тощо;

- усні журнали: “Викрадач розуму – нікотин”, “Курінню та наркотикам не місце у житті людини”, “Шкідливі звички”, “Все в твоїх руках”, “Здоров'я – це здорово!”, “Важливе в житті вміння – вміння сказати “Ні!””, “Пити, палити чи жити” тощо;

- виховні години: “Життя – це мить, зумій його прожити”, “Немає щастя без здоров'я”, “Корисні та шкідливі звички”, “Будьмо здоровими!”, “Здоров'я та шкідливі звички”, “Профілактика шкідливих звичок”, “Життя у своє задоволення”, “Не марнуй своє майбутнє” тощо;

- тематичні тижні (“Згубний вплив шкідливих звичок на здоров'я людини”, “Здоров'я – багатство на всі часи”, “Бути здоровим – престижно”);

- захист проектів на цю тему (“Ми кажемо “Так!” здоровому способу життя”);

- конкурси творчих робіт (“Вплив тютюнопаління, алкоголю і наркотиків на організм підлітків”);

- уроки здоров'я „Геть паління! Ми – здорове покоління!”, „Моє здоров'я в моїх руках” тощо;

- конкурси стінгазет, плакатів, малюнків на тему “Здорові діти-здорова нація”, “Палити чи жити”, “Здоров'я – це здорово!” тощо.

Однак висока поширеність шкідливих для здоров'я звичок серед населення, насамперед підростаючого покоління, свідчить про недостатню ефективність навчання з основ ЗСЖ у загальноосвітніх закладах. Соціологічні дослідження Українського інституту соціальних досліджень ім. О. Яременка (далі – УІСД) в динаміці свідчать про невинну з віком наркотизацію підростаючого покоління (табл. 2.37).

Таблиця 2.37 Частота вживання наркотичних речовин серед учнів і студентів

Відповідь респондентів	УІСД, 6535 опитаних, квітень–травень 2006 р.						УІСД, 10343 респондента, 2010 р.					
	8-й клас	10-й клас	1-й курс ПТУ	1-й курс вузу	10-11 клас ч	10-11 клас ж	ПТНЗ		ВНЗ I-II р.а.		ВНЗ III-IV р.а.	
							ч	ж	ч	ж	ч	ж
<b>Узагалі в своєму житті, %</b>												
Не вживали	92	88	74	80	84	95	70	88	71	89	70	86
Вживали, у т.ч.												
1–2 рази	4	6	11	10	10	4	13	8	13	8	14	10
від 3 разів і більше (більше 3 разів*)	3	5	12	7	6	1	17	4	16	3	16	4
Немає відповіді	1	1	3	3								
<b>Протягом останніх 30 днів</b>												
Не вживали	91	90	81	87	96	99	91	98	91	99	92	97
Вживали, у т.ч.												
1-2 рази	9	10	19	13	4	1	9	2	9	1	8	3
від 3 разів і більше (більше 3 разів*)	8	8	11	9	2,5	1	4	1	4	0,8	5	2
Немає відповіді	1	2	4	3	1,5	-	3	1	1	0,2	3	1
Немає відповіді	–	–	4	1								

Не сприяє гігієнічному навчанню в школах й недостатня професійна підготовка вчителів: результати моніторингового супроводу запровадження навчального курсу “Основи здоров’я” в ЗОНЗ (2006–2009 рр.) засвідчили, що тільки 44% вчителів мали сертифікат про проходження відповідної підготовки з методики викладання предмету. Водночас за інформацією МОНмолодіспорту України на курсах підвищення фахової кваліфікації педагогічних працівників інститутів післядипломної педагогічної освіти (з усіх напрямів) протягом багатьох років здійснюється вивчення тематичних спецкурсів з метою оволодіння методикою організації правового виховання та інформаційно-просвітницької роботи щодо запобігання вживанню учнями наркотичних та психоактивних речовин, а саме: “Сучасні науково-практичні підходи до зміцнення здоров’я людини”, “Сучасні концептуальні підходи до формування культури здорового життя”, “Профілактика наркоманії серед учнівської молоді”, “Написання шкільних проектів з профілактики негативних проявів у поведінці неповнолітніх”, “Реалізація нетрадиційних підходів до організації профілактичної роботи в загальноосвітньому навчальному закладі”, “Школа та її роль у профілактиці алкоголізму та наркоманії серед дітей і підлітків”, “Психологічний механізм формування залежності” тощо.



З індивідуальних форм гігієнічного навчання найбільш широко використовувався телефон довіри. Так, у 2011 р. було зареєстровано майже 130,3 тис. звернень, у тому числі по телефону довіри Донецького облнаркодиспансеру проконсультовано 1200 осіб, до інформаційно-консультативної соціально-наркологічної приймальні в м. Києві звернулися більше 3,4 тис. чол. тощо.

В регіонах останніми роками використовували цікаві форми роботи, що не передбачені офіційною статистикою. Так, у Донецькій області на базі ЦЗ міст Горлівка, Краматорська, Макіївки, Слов'янська функціонували кабінети здоров'я підлітків з консультуванням молоді профільними фахівцями щодо запобігання шкідливим звичкам, профілактики ВІЛ/СНІДу, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я тощо (охоплено майже 9,2 тис. підлітків), на базі Київського міського ЦЗ працював антитютюновий клуб тощо. На Чернігівщині упродовж березня-травня 2011 р., відповідно до наказу управління освіти Чернігівської міської ради від 01.04.2011 №161 “Про апробацію інформаційно-освітньої протиалкогольної програми для учнів 7 класів “Сімейна розмова” в загальноосвітніх навчальних закладах”, дана Програма впроваджувалася працівниками психологічної служби у 26 загальноосвітніх навчальних закладах м. Чернігова серед учнів 7-х класів та їхніх батьків. У червні 2011 р. підведено підсумки впровадження Програми у навчальних закладах м. Чернігова, планується подальше її впровадження серед учнів 7–8 класів ЗОНЗ.

За період дії вказаної Програми певна увага приділялася підготовці майбутніх лікарів з питань наркології, ЗСЖ, профілактики шкідливих для здоров'я звичок тощо. У 2009 р. МОН разом з МОЗ в навчальні програми підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар” у вищих медичних навчальних закладах III–IV рівня акредитації включили наступні питання:

- ФВ та здоров'я (1–6 курси);
- основи профілактики алкоголізму та наркоманії (4 курс);
- основи сексології та сексопатології (5 курс);
- актуальні питання індивідуальної гігієни та профілактики (6 курс);
- фармацевтичні аспекти алкоголізму, наркоманії, токсикоманії (3 курс);
- психіатрія, наркологія (4 курс) тощо.

Наказами МОЗ України від 19.10.09 № 749 “Про затвердження та введення навчальної підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст”

кваліфікації “лікар” у ВНЗ IV рівня акредитації за спеціальностями “лікувальна справа”, “педіатрія”, “медико-профілактична справа” та від 19.10.09 № 750 “Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар-психолог” у ВНЗ IV рівня акредитації за спеціальністю “медична психологія” введено вивчення курсу “Основи профілактики тютюнопаління”, алкоголізму, токсикоманії та наркоманії” (4-й рік навчання, 1,5 кредити, обсягом 45 год.).

З метою адаптації міжнародних програм та проектів, а саме „Міста здоров`я”, “Європейська мережа шкіл сприяння здоров`ю”, CINDI, “Європа без тютюну”, “Молодь за здоров`я” тощо в Україні та в регіонах проводилась систематична діяльність в цьому напрямку.

У Вінницькій області запроваджена методика DOTS з профілактики туберкульозу, провадилось фінансування Глобальним фондом ООН програм з профілактики СНІДу. У Волинській області створено кабінети “Діабетичні стопа”, школи “Діабетиків”, глюкозоричні пункти для скринінг-діагностики; для раннього виявлення патології щитовидної залози впроваджено тонкогolkову біопсію. В м. Луцьку за міжнародною програмою створено і функціонує Центр профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Впроваджено інвазивні методи лікування порушень серцевого ритму. Впроваджено коронаграфію, стентування, балонопластику, аортокоронарне шунтування на базі обласної клінічної лікарні. Створена токсикологічна лабораторія, постійно діяли оперативні групи для виявлення хворих на наркоманію та СНІД. Проводилась санітарно-освітня робота серед школярів і студентів. У Донецькій області впроваджено низку скринінг-програм, які застосовуються під час проведення профілактичних медичних оглядів, обстеженням перед постановкою на диспансерний облік. При цьому застосовується анкета Роузе з метою виявлення прихованої стенокардії, а також алгоритми діагностики туберкульозу серед дітей і підлітків, ультразвуковий та біохімічний скринінг вагітних тощо. Завдяки багаторічному досвіду диспансерного спостереження за здоров`ям постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС та при пильній увазі з боку сімейних лікарів створюється можливість відпрацювання механізмів родинного моніторингу та профілактичного попередження виникнення захворювань.

У Житомирській області за Програмою CINDI розроблені “Заходи щодо підвищення поінформованості населення та роз`яснювальної роботи в ЗМІ з питань психічного здоров`я”. Наприклад, у 2010 р. проведено 1 засідання

координаційної ради, 2 колегії, 3 апаратні та 3 селекторні наради УОЗ. За програмою “Європа без тютюну” підготовлено розпорядження голови ОДА “Про затвердження Плану заходів з виконання Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров’я населення на період до 2012 року”. За програмою “Молодь за здоров’я” підготовлено “План заходів щодо виконання обласної програми “Молодь Житомирщини” на 2007–2011 роки”. В області діяли також наступні міжнародні програми: “Здоров’я для майбутнього”; “Програма “Дракула” (збереження стоматологічного здоров’я дітей та підлітків). Під патронатом Green Cross Швейцарія та благодійної організації Green Cross Україна з 01.01.2006 р. в області на базі обласної дитячої лікарні працює проект “Карієс”.

У Івано-Франківській та Рівненській областях впроваджувалися міжнародні програми – “Міста здоров’я”, “Школи здоров’я”, “СІНДІ”, “Європа без тютюну”, “Молодь за здоров’я” тощо. Проводилося вивчення впливу віддалених наслідків ЧАЕС на стан здоров’я населення – за програмою ВООЗ, проектом USAID (“Українсько-Американський проект дослідження раку та інших захворювань щитовидної залози в Україні після аварії на ЧАЕС”).

У Івано-Франківській області проводилося активне раннє виявлення хворих з постановкою на диспансерний облік і лікуванням; обласними спеціалістами надавалася виїзна планова консультативна допомога; практикувалося широке залучення ЗМІ з метою пропаганди знань з профілактики захворювань. З 2009 р відновлено загальну диспансеризацію населення із щомісячним моніторингом. Область бере активну участь у міжнародних програмах “Міста здоров’я”, “Школи здоров’я”, “СІНДІ”, “Європа без тютюну”, “Молодь за здоров’я”. Обласна кардіологічна дитяча лікарня, центральна районна лікарня продовжували брати участь в українсько-швейцарській програмі “Покращення надання перинатальних послуг” на платформі Інтернету. У 2011 р. ВООЗ-ЮНІСЕФ підтверджено статус “Лікарні, доброзичливої до дитини” усім 13 стаціонарним закладам області. Продовжувались партнерські стосунки щодо обміну досвідом з хірургічними клініками США, центрами екстреної допомоги Румунії, кардіологічними клініками Польщі і Литви, психіатричними лікарнями Польщі (Ополе).

Установи та заклади охорони здоров’я Закарпатської області широко задіяні у міжнародне співробітництво та партнерство. Це, насамперед, Управління охорони здоров’я, обласна дитяча лікарня, обласний клінічний кардіологічний диспансер, обласна клінічна стоматологічна поліклініка, обласне клінічне ТМО

“Фтизіатрія” та п’ять районних лікарень. Країни-партнери: Угорщина, Словаччина, Румунія, Польща, Німеччина, Нідерланди. Так, наприклад, із липня 2010 р. обласна дитяча лікарня виконує проект “Європейська колиска” за кошти гранту в рамках програми транскордонного співробітництва Угорщина-Словаччина-Румунія-Україна. Проект спрямований на розвиток надання невідкладної допомоги новонародженим та покращення матеріально-технічного забезпечення відділення новонароджених обласної дитячої лікарні. В рамках нового конкурсу програми транскордонного співробітництва ENPI розпочато розробку спільних проектів із лікарнею м. Михайловце, Словаччина, "Можливості енергозбереження" щодо впровадження енергозберігаючих технологій та з лікарнею м. Кішварда, Угорщина, “Розвиток реабілітації дітей” щодо реконструкції приміщень Центру “Росинка”. ОКТМО “Фтизіатрія” спільно з управлінням охорони здоров’я, ТОВ “Закарпатське обласне агенство із залучення інвестицій та господарського розвитку територій”, а також із медичним факультетом університету м. Вроцлав, Польща. Підготовлено та подано на конкурс проект в рамках Програми транскордонного співробітництва Єврокомісії “Польща–Україна–Білорусь, 2007–2013” в сфері профілактики та лікування туберкульозу. В разі отримання гранту буде підписана угода щодо реалізації проекту, в рамках якого, серед іншого, планується закупівля сучасного медичного обладнання, навчання працівників протитуберкульозної служби області з питань лабораторної діагностики туберкульозу, лікування хворих на хіміорезистентні форми туберкульозу, спільні науково-практичні розробки тощо. Також багато років діє угода між Спілкою медиків-угорців Закарпаття та Всеугорською організацією лікарів, яка, в свою чергу, входить до Всесвітньої спілки угорських лікарів. Щороку угорськомовні медичні працівники (лікарі, медсестри), які проживають на Закарпатті, мають можливість відвідувати різноманітні заходи, які проводяться цими громадськими організаціями в Угорщині, Словаччині, Румунії та на Закарпатті. Протягом звітнього періоду 17 закарпатських лікарів взяли участь у трьох міжнародних конференціях, що проводились в рамках цього співробітництва, 8 лікарів пройшли стажування в клініках Угорщини та Словаччини. Спілка продовжує займатися організацією направлення на обстеження та лікування мешканців краю до Угорщини (за кошти Угорщини). Протягом звітнього періоду з цією метою до Угорщини було відправлено 29 закарпатців.

У Кіровоградській області з метою проведення диспансеризації дитячого і

дорослого населення, виявлення захворювань на ранніх стадіях з 2004 р. організовано комплексний медичний огляд сільського населення. В області започатковано соціально-гуманітарний проект “Людина – в центрі уваги влади”. Однією із складових даного проекту є напрямок “Здоров’я людини – понад усе!”, у рамках якого відбулось вручення 12 автомобілів ЛПЗ області, які були придбані за кошти приватних підприємців-меценатів. З 2009 р. в області впроваджується проект “Здоров’я матері і дитини” спільно з компанією JSI на базі пологових будинків (відділень). У всіх пологових стаціонарах області здійснене переведення ліжкового фонду родопомічних закладів на сумісне перебування матері та дитини з активним впровадженням програм грудного вигодування. Інноваційні технології щодо ведення пологів по типу сімейних пологових залів та партнерських пологів впроваджено в пологових стаціонарах усіх ЛПЗ області.

Медиками Львівської області налагоджено активну співпрацю з урядовими структурами за кордоном, міжнародними професійними організаціями та добродійними громадськими організаціями, фундаціями, зокрема США, Канади, Нідерландів, Бельгії, Італії, Франції, Великобританії, Польщі, Австрії, Німеччини та іншими.

В Одеській області у всіх ЛПЗ сільських районів і м. Одеси забезпечене 100-відсоткове охоплення диспансерним наглядом хворих на цукровий діабет та його ускладнення. Усі діти та підлітки, хворі на цукровий діабет, забезпечені засобами введення інсуліну та здійснення самоконтролю, а дорослі – тільки на 15%. Складено Державний реєстр хворих на цукровий діабет, проводиться довгостроковий моніторинг стану їх здоров’я. Всі інсулінозалежні хворі забезпечені інсулінами: вітчизняними “Індар” і “Фармак” – на 50%, іноземними фірми “Ново-Нордикс” – на 50%. За фінансової підтримки компанії “Ново-Нордикс” з метою навчання хворих методу самоконтролю і методики введення інсуліну при обласному ендокринологічному диспансері був відкритий організаційно-методичний кабінет, оснащений необхідним сучасним устаткуванням. Також придбане необхідне устаткування і відкриті кабінети “діабетична стопа”, невролога, офтальмолога, придбана апаратура для імуноферментного аналізу. На базі ендокринологічного відділення МКЛ N1 м. Одеси відкрита “школа діабету”. Була зроблена Perezaryadka 2-x gamma-терапевтичних апаратів “Агат” на суму 174 тис. гривень. Здійснювалася госпіталізація в стаціонари загальнолікувальної мережі онкохворих в термінальній стадії для симптоматичного лікування. У рамках плану санітарно-

освітньої роботи співробітниками онокодиспансеру було проведено більше 20 виступів в засобах масової інформації. У 2003 р. створений Одеський обласний медичний центр із відділом диспансеризації, на який покладені функції з організаційно-методичної і координаційної роботи з питань диспансеризації. За рік було здійснено 14 виїздів із залученням 86 фахівців, оглянуто 4314 осіб за програмою ”Диспансеризація населення”. Розроблені методичні рекомендації щодо надання оперативної інформації з питань диспансеризації населення. ЛПЗ забезпечені методиками розрахунку показників з диспансеризації населення. Складено графіки роботи виїзних бригад у райони області.

У Рівненській області запроваджено моніторинг стану здоров’я сільського населення, моніторинг новонароджених з вродженими вадами розвитку, Національний реєстр обліку стану здоров’я населення, постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС, канцер-реєстр. Контрольна диспансеризація окремих хронічних захворювань на базі обласних спеціалізованих центрів здійснюється шляхом розширення диспансерних груп за рахунок контингентів з факторами ризику. Здійснюються подвірні обходи працівниками закладів ПМСД з проведенням тонометрії дорослому населенню, складений Державний реєстр хворих на цукровий діабет. Виконання цільових державних та регіональних програм і комплексних заходів з охорони здоров’я проводиться у виїзній формі (бригадами фахівців обласних ЛПЗ). Запроваджене гігієнічне виховання населення та пропаганда здорового способу життя, а також участь у міжнародних програмах – “Міста здоров’я”, “Школи здоров’я”, “СІНДІ”, “Європа без тютюну”, “Молодь за здоров’я” тощо. Проводиться вивчення впливу віддалених наслідків ЧАЕС на стан здоров’я населення – за програмою ВООЗ, проектом USAID (“Українсько-Американський проект дослідження раку та інших захворювань щитовидної залози в Україні після аварії на ЧАЕС”). Активно ведеться співпраця з американськими науковцями щодо профілактики та ранньої діагностики безпліддя, виявлення вроджених вад, ризику алкогольного синдрому плоду; з питань кардіохірургічної допомоги – з Республікою Польща, Німеччиною, Італією. Набула подальшого розвитку практика телемедичних консультацій з провідними науково-дослідними та лікувально-профілактичними закладами України, країн СНД, Німеччини, Швейцарії, США, Чехії, Словаччини.

На Тернопольщині в усіх 859 загальноосвітніх закладах області впроваджено курси “Основа здоров’я” для учнів 1–9 класів відповідно до Держстандарту, педагогічні працівники та школярі області брали участь в

україно-датському проєкті “Школа розважального футболу”. Також запроваджене навчання хворих на діабет методам самоконтролю, створена науково-дослідна лабораторія міжнародного мультицентрового дослідження. З метою зниження рівня смертності та поширеності ряду хронічних захворювань кожним обласним профільним спеціалістом впроваджено в практику нові медичні технології обстеження і лікування, найбільш ефективні організаційні форми і методи диспансеризації і профілактики. Розроблено схему поетапного обстеження хворих на АГ, починаючи з ФАПів і закінчуючи центром. Профілактика професійних захворювань проводиться шляхом організації щорічних періодичних медичних оглядів робітників, що працюють в шкідливих умовах праці. Здійснюється 100% охоплення диспансерним наглядом усіх хворих з ендокринними захворюваннями на рівні лікарських амбулаторій, сімейних лікарів, дільничних терапевтів та ендокринологів. Розроблені організаційні заходи зі зниження рівня смертності та поширеності хронічних захворювань. Відпрацьована ступенева система диспансерного нагляду за хворими на серцево-судинні, онкологічні, респіраторні та ендокринологічні захворювання. Обстеження та лікування здійснюється відповідно до стандартів МОЗ України. Проводяться регулярні виїзди фахівців спеціалізованих закладів (обласна клінічна лікарня, обласні дитяча лікарня, онкодиспансер, обласна психоневрологічна лікарня). В усіх 859 загальноосвітніх закладах області впроваджено курси “Основа здоров’я” для учнів 1–9 класів відповідно до Держстандарту, факультативи “Школа проти СНІДу” – у 82 школах області, що становить 27% від усіх загальноосвітніх закладів. Педагогічні працівники та школярі області брали участь в україно-датському проєкті “Школа розважального футболу”. Підготовлено методичні рекомендації для педагогічних працівників щодо організації інформаційно-просвітницької роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу, збереження репродуктивного здоров’я та дотримання здорового способу життя учнів та молоді. 14230 учнів (12%) охоплено секційними заняттями з фізичної культури.

У Харківській області впроваджена програма персоніфікованого обліку диспансеризації населення. Проводиться моніторинг цитологічного стану шийки матки, моніторинг стану здоров’я вагітних, що входять до груп високого ризику, моніторинг безплідних пар. Працює 338 “Шкіл здоров’я”, протягом 2011 р. створено 5 шкіл. Завершено впровадження проєкту Агентства Міжнародного розвитку США “Разом до здоров’я” щодо формування навичок контрацепції, планування сім’ї, безпечної статевої поведінки тощо. Триває співпраця міської

дитячої лікарні №16 з благодійним закладом футбольного клубу Німеччини “Фонд Егідіуса Брауна” щодо обміну досвідом, проводиться навчання медичних працівників з питань гематології.

У Херсонській області впроваджувалися сучасні методи диспансеризації населення, профілактики захворювань. У Хмельницькій області налагоджене диспансерне спостереження. У Черкаській області з метою зниження рівня смертності та поширеності хронічних захворювань впроваджуються сучасні форми і методи диспансеризації хворих з бронхіальною астмою з контролем раннього загострення та ефективності лікування методом пікфлуометрії, виявлення уреаз цим тестом хелікобактерзалежних захворювань з проведенням верифікації у диспансерних хворих з ерозивними гастродуоденітами, виразковою хворобою, здійснювалося використання прік-тесту для раннього виявлення алергічних захворювань при диспансеризації хворих з груп ризику, проводилося залучення спеціалістів обласної лікарні до диспансерного нагляду хворих з важкою терапевтичною патологією. Використовувалася мережа денних стаціонарів поліклінік та амбулаторій для планового оздоровлення диспансерних хворих та їх реабілітації відповідно до загальноприйнятих стандартів. Запроваджувалися освітні програми для диспансерних хворих в астмоклубах, школах хворих на гіпертонічну хворобу, цукровий діабет та інші. Створені спеціалізовані кабінети в поліклініках для диспансерних хворих на цукровий діабет (“діабетична стопа”), хворих з церебро-васкулярною патологією. Широко використовуються виїзні форми роботи для проведення диспансерних оглядів хворих з терапевтичною патологією на селі (кардіологічні, гастроентерологічні та інші). У 2004 р. в рамках реалізації заходів щодо поліпшення якості надання медичної допомоги хворим із серцево-судинною патологією створено обласний кардіологічний центр з метою впровадження сучасних хірургічних та медикаментозних методів лікування. На його реконструкцію виділено 300 тис. грн, в січні 2005 р. – 100 тис. грн. У Чернівецькій області розроблена Міжгалузева обласна комплексна програма “Охорона здоров’я буковинців на 2004-2011 рр.” У Чернігівській області затверджений план впровадження адаптованої DOTS-стратегії на 2006 р. В АР Крим продовжується запровадження сучасних, найбільш ефективних організаційних форм і методів диспансеризації населення, профілактики і лікування серцево-судинних, ендокринних, онкологічних захворювань з урахуванням закордонного досвіду. У всіх містах і районах Криму з 2003 р. запроваджена методика надання швидкої невідкладної допомоги при



гострому інфаркті міокарда на догоспітальному етапі за схемою “МОНА”. У 2002–2003 рр. створено регіональний реєстр хворих на цукровий діабет за комплексною програмою “Синадіаб”. До реєстру внесено 3032 хворих на цукровий діабет I типу і 24169 хворих на цукровий діабет II типу. Завдяки впровадженню дослідження із застосуванням онкомаркерів, вдосконалена діагностика і тактика лікування онкопатології. Ведеться канцер-реєстр. Впроваджується адаптована DOTS-стратегія ВООЗ по боротьбі з туберкульозом. У м. Києві запроваджена програма “Здоров’я киян на 2003–2011 рр.” Поліпшується організація диспансерного нагляду, зміцнення амбулаторно-поліклінічної ланки системи надання медичної допомоги. До першого Всесвітнього дня боротьби з інсультом фахівці профілактичної медицини ГУОЗ та МОЗ України приєдналися до масової профілактичної акції, яку організувала на Майдані Незалежності ГО “Українська Асоціація боротьби з інсультом”. У м. Севастополі завершений перший етап диспансеризації населення серед контингентів декретованих осіб.

За підтримки експертів проекту ЄС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні” МОЗ та НАМН України була розроблена “Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини”. Загальнодержавна програма адаптації законодавства України до законодавства ЄС передбачає гармонізацію національної системи стандартизації з європейськими принципами. Методологічною основою діяльності в сфері стандартизації медичної допомоги є сучасні наукові підходи щодо принципів та вимог до створення медико-технологічних нормативних документів, зокрема опитувальник AGREE, “SIGN 50”. Вищезазначений опитувальник дозволяє оцінити якість матеріалу, який представлений в клінічних настановах, а “SIGN 50” є „золотим стандартом” для національних систем охорони здоров’я в питанні розробки клінічних настанов. В рамках проекту TACIS “Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні” були видані “Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів”, NICARE, 2006 та “Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів (скорочений варіант)”, NICO 2007. Протягом 2002–2011 рр. МОЗ України відповідними наказами затвердило державні соціальні стандарти надання медичної допомоги за 59 профілями надання медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних умовах і за

56 профілями надання медичної допомоги у стаціонарних умовах, та клінічні протоколи за 72 профілями надання медичної допомоги населенню.

Міжнародне співробітництво і партнерство сприяло подальшому зміцненню здоров'я населення України, а також імплементації європейських стандартів якості надання медичної допомоги, що сприяє європейській інтеграції України.

Вирішення проблеми алкогольної залежності населення в Україні досі здійснюється непрограмним методом. Водночас міжнародний досвід свідчить, що поліпшити ситуацію щодо зменшення алкоголізації населення можливо, передусім, шляхом запровадження системного програмного підходу у її вирішення. Державна політика щодо реклами алкогольних виробів, попри її обмеження у 2009 р. та на початку 2010 р., залишається недосконалою: у виробників алкогольних напоїв все ще залишаються досить потужні засоби просування алкогольних виробів у побут людей, відсутні дієві важелі впливу держави на обмеження показу нездорового способу життя по телебаченню, насамперед вживання алкоголю.

Нові нормативно-правові документи з боротьби з наркоманією, що будуть визначати політику країни з цієї проблеми на період з 2011 по 2015 роки, мають суттєві недоліки, що ставить під певний сумнів ефективність такої політики.

Виявлені тенденції показують, що заходи контролю над тютюном, які вже проводилися в Україні, треба продовжувати, бо вони виявилися ефективними, але їх треба посилити і забезпечити належними ресурсами для закріплення і розвитку позитивних тенденцій.

Інформування населення щодо заходів профілактики шкідливих для здоров'я звичок в Україні недостатньо ефективно. Валеологічне виховання підростаючого покоління в процесі загальноосвітнього навчання не забезпечує належне інформування про наслідки куріння, вживання алкоголю та наркотиків для усвідомленого прийняття рішення про початок вживання психоактивних речовин.

Гармонізація національної системи стандартизації відбувається відповідно до європейських принципів.

### **2.38. Етика, деонтологія та соціально-економічний захист медичних працівників**

Заходи, передбачені цим розділом Програми, спрямовані на поліпшення соціально-економічного захисту медичних працівників та їх взаємовідносин з

пацієнтами, що має сприяти удосконаленню організації медичної допомоги на всіх рівнях, підвищенню її якості та ефективності. Вони передбачали розробку проекту Закону України “Про захист прав пацієнтів та медичних працівників”, створення за участі медичних асоціацій Судів честі медичних працівників, доручивши їм розгляд справ з проблем етики та деонтології; сприяння організації при кожному ЗОЗ громадських рад пацієнтів, покликаних брати участь у розв’язанні проблем охорони здоров’я, удосконаленні надання медичної допомоги, поліпшенні стосунків між пацієнтами і медичними працівниками; підготовку і видання масовим тиражем посібників та інших праць з питань сучасної етики та деонтології; сприяння створенню Української асоціації захисту прав пацієнтів, а також бюро незалежної експертизи, юридичних консультації, медико-консультативних центрів, добродійного фонду.

Основні положення цього розділу, за виконання яких відповідає Міністерство охорони здоров’я, Національна академія медичних наук і Міністерство юстиції України, досі не виконано. Розроблено проекти Законів України “Про захист прав пацієнтів” та “Про лікарське самоврядування”, але вони навіть не розглядалися Верховною Радою України. У 2009 р. на Х з’їзді Всеукраїнського лікарського товариства було прийнято Етичний кодекс українського лікаря, але він так і не став чинною нормою суспільного життя, досі юридично не оформлено гарантований рівень надання безоплатної медичної допомоги, що призводить до порушення конституційних прав громадян України на одержання такої допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров’я. Не створено Української асоціації прав пацієнтів. Не можна визнати задовільними підготовку і видання масовими накладами посібників та інших праць з питань медичної етики, деонтології, захисту прав пацієнтів і медичних працівників.

На рівні регіонів робота за цим розділом Програми проводилася переважно за таким напрямками:

- активізація діяльності асоціацій медичних працівників;
- створення за їхньої участі Судів честі медичних працівників, які мають розглядати справи з проблем етики та деонтології;
- сприяння організації при кожному ЗОЗ і органах управління охороною здоров’я громадських рад пацієнтів, покликаних брати участь у розв’язанні проблем охорони здоров’я, удосконаленні надання медичної допомоги населенню.

Громадська рада при МОЗ функціонує під керівництвом президента Всеукраїнського лікарського товариства О.С. Мусія. Припинила свою діяльність Національна рада з питань охорони здоров'я при Президентові України. За одержаними даними, громадські ради у тій чи іншій формі існують лише при УОЗ ОДА Житомирської, Луганської та Тернопільської областей.

У м. Миколаєві при міському голові створено Громадську медичну раду, до складу якої входять як представники медичної громадськості, так і голови низки громадських організацій міста.

В Одесі створено Асоціацію громадських організацій “Громадська рада з питань охорони здоров'я”, до складу якої входять представники 9 ветеранських організацій, громадської організації інвалідів, громадської організації “Одеська міська рада багатодітних сімей”, громадської організації “Союз Чорнобиль Україна”, обласної жіночої організації “Мати і дитина”. Вона підготувала матеріали до збірників “Здоров'я громади – загальна турбота” і з досвіду реформування охорони здоров'я на регіональному рівні.

У Дніпропетровській, Тернопільській, Чернівецькій і Черкаській областях громадські ради організовано при всіх ЛПЗ обласного, міського та районного рівнів. За наказами УОЗ Тернопільської, Чернівецької і Черкаської ОДА створено клініко-експертні комісії (КЕК). У 2011 р. позитивні зрушення відбулися в Харківській області, де громадські ради було створено при 60% ЛПЗ обласного, 50% – міського і 55% – районного рівнів, і в Кіровоградській області, де вони існують при 97% обласних, 89% міських і 92% районних закладів.

У Житомирській області громадські ради створено при всіх ЛПЗ обласного і міського рівнів та при 99% закладів районного рівня. Створюються КЕК із залученням представників громадських організацій. В області діють Асоціація лікарів та Асоціація медичних сестер. У містах і районах області створено групи підтримки хворих на психічні захворювання, фенілкетонурію, цукровий діабет.

У Вінницькій області громадські ради організовано при 44,1% ЛПЗ обласного, 37,4% міського і 53,5% районного рівнів. При обласних ЛПЗ створено КЕК.

В Івано-Франківській області проблеми стосунків між лікарями і пацієнтами обговорюються на засіданнях колегії ГУОП ОДА, виробничих нарадах. Громадські ради пацієнтів існують у 5,9% ЛПЗ обласного, 14,3% закладів міського і 28,6% районного рівнів. Активно працюють 11 КЕК з основних профілів медичної допомоги.

У Київській області громадські ради пацієнтів створено при 50% ЛПЗ обласного, 50% міського і 75% районного рівнів; у Кіровоградській області – у 97% закладів обласного, 89% міського і 92% районного рівнів; у Луганській області – при 19,5% ЛПЗ обласного, 92,9% міського і 70,6% районного рівнів.

У Львівській області опрацьовано і затверджено положення про клініко-експертні комісії та перелік випадків, які підлягають експертизі якості наданої медичної допомоги за вимогами стандартів, клінічних протоколів, нормативів. При Українському лікарському товаристві функціонує Комісія з медичної етики та деонтології, проводиться робота з організації груп взаємодопомоги хворими на цукровий діабет та громадських рад при ЛПЗ.

В Одеській області громадські ради пацієнтів організовано при 50% ЛПЗ обласного, 70% міського і 40% районного рівнів. Створюються КЕК із залученням представників громадських організацій, громадських рад пацієнтів.

У Полтавській області діє осередок Всеукраїнської бази захисту прав та безпеки пацієнтів, який співпрацює з ГУОЗ ОДА. Наказом ГУОЗ передбачено включення до складу КЕК представників громадських організацій і професійних лікарських асоціацій.

У АР Крим з 2004 р. працює програма “12 кроків” (“Анонімні алкоголіки” та “Анонімні наркомани”), яка охоплює близько 600 осіб. На базі наркологічного диспансеру працюють 6 волонтерів з числа наркозалежних, впроваджується програма замісної терапії. На базі Центру профілактики та боротьби зі СНІДом працює консультативний пункт, де представники ВІЛ-сервісних організацій здійснюють медико-соціальний супровід антиретровірусної терапії, надання допомоги та підтримки ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД. Функціонують програми “Надія і порятунок” та “Твоя перемога”. Громадські ради створено при 100% обласних і 80% міських медичних закладах, але їх зовсім немає в районах.

У деяких регіонах організація громадських рад пацієнтів не проводиться або проводиться незадовільно. У Донецькій області і АР Крим це пояснюється відсутністю ініціативи з боку населення. До того ж Донецька область не надає інформації про створення і діяльність КЕК. У Києві наглядові громадські ради було створено лише при територіальних медичних об'єднаннях. Громадські ради пацієнтів зовсім не створюються також у Волинській, Закарпатській, Запорізькій, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Херсонській, Чернігівській областях.

Не створено КЕК у Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Луганській, Львівській, Миколаївській,

Харківській, Херсонській, Хмельницькій і Чернігівській областях.

Така ситуація свідчить, що у багатьох регіонах керівники місцевої влади і органів охорони здоров'я не розуміють значення і ролі як участі громадськості, так і контролю якості медичної допомоги в поліпшенні діяльності системи охорони здоров'я населення.

Лише в АР Крим створено Суд честі при Асоціації медичних працівників Криму. У деяких регіонах функції Судів честі виконують Асоціації медичних працівників, а в деяких відсутність таких судів пояснюється відсутністю нормативно-правової бази для їх створення.

Для того, щоб ці проблеми були розв'язані на належному рівні, необхідно:

- терміново прийняти Закони України "Про захист прав пацієнтів" і "Про лікарське самоврядування", які мають покласти обов'язок щодо виконання цих завдань як на органи і заклади охорони здоров'я, так і на професійні товариства медичних працівників та громадські організації пацієнтів. З цією метою на основі прийнятих законів розробити і затвердити положення про громадські ради пацієнтів і клініко-експертні комісії;
- відновити роботу Національної ради з питань охорони здоров'я при Президентові України і активізувати діяльність Громадської ради при МОЗ України. Керівникам органів та закладів охорони здоров'я не тільки сприяти, а й взяти активну участь у створенні громадських рад при кожному медичному закладі і органі охорони здоров'я;
- активізувати роботу Всеукраїнського лікарського товариства і професійних медичних асоціацій, створивши їх осередки у всіх регіонах і великих містах України;
- організувати мережу Судів честі медичних працівників у всіх регіонах і містах України, великих медичних закладах, поклавши відповідальність за їх створення як на професійні асоціації медичних працівників, так і на керівників органів та закладів охорони здоров'я;
- міністерствам охорони здоров'я і юстиції України створити систему захисту прав пацієнтів, яка має включати мережу бюро незалежної експертизи, спеціалізованих юридичних консультацій і медико-консультативних центрів (клініко-експертних комісій).

## ВИСНОВКИ

- Винятково важливим для галузі є вивчення динаміки стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я. За своєю структурою та характером функціонування охорона здоров'я належить до складних відкритих динамічних систем, управління якими потребує ефективного зворотного зв'язку, тобто постійного оперативного забезпечення інформацією від об'єктів управління. Тільки маючи об'єктивну інформацію про стан здоров'я населення та результати діяльності галузі, можна адекватно оцінювати ефективність роботи, розробляти заходи щодо коригування та реформування системи охорони здоров'я. З цією метою і було впроваджено відповідний моніторинг.

Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки була розроблена в розвиток політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ в Україні та затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. №14.

Впродовж дії Програми діяльність галузі охорони здоров'я була спрямована на реалізацію наступних пріоритетів: охорона здоров'я матері та дитини, переорієнтація первинної медико-санітарної допомоги на загальну практику – сімейну медицину, фундаментальними засадами якої стали профілактика і раннє виявлення захворювань, проведення реструктуризації та оптимізації медичної допомоги, що надається на різних рівнях, з метою побудови найбільш раціональної моделі надання медичної допомоги, зміцнення матеріально-технічної бази медичних закладів, поліпшення кадрової ситуації, залучення додаткових фінансових ресурсів, боротьба з найбільш поширеними хронічними неепідемічними та епідемічними хворобам.

- З метою моніторингу даних, що надходили від виконавців, розроблено автоматизовану уніфіковану програму збору, обробки та узагальнення інформації про стан виконання Програми, створено відповідну базу даних. Зазначена програма розрахована на три типи користувачів: адміністратора, виконавця заходів і спеціаліста-аналітика. Результати утримуються у вигляді порівняльних таблиць за певний проміжок часу і для різних груп виконавців.

Завдяки використанню Інтернет-технологій розвиток і модифікації автоматизованої програми не потребували додаткового часу на оновлення версій користувачів, повідомлення, створення додаткових інструкцій або навчання персоналу.

- Державна політика у сфері охорони здоров'я реалізується шляхом удосконалення нормативно-правової бази, упорядкування мережі закладів охорони здоров'я всіх форм власності, збільшення асигнувань на охорону здоров'я та раціоналізації їх використання, поліпшення організації медичної допомоги на основі пріоритетного розвитку ПМСД на засадах загальної практики/сімейної медицини, запровадження державних соціальних нормативів у галузі, дотримання справедливості і рівності у питаннях охорони здоров'я, сприяння соціально-економічному захисту медичних працівників.

З метою адаптації законодавства України до законодавства ЄС та досягнення відповідності правової системи України *acquis communautaire* з урахуванням критеріїв, що висуваються ЄС до держав, які мають намір вступити до нього, затверджено Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» від 18.03.2004 р. №1629-IV.

Для створення ефективної системи організації надання медичної допомоги населенню щодо забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу внесено зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я, що затверджено Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7.07.2011 р. № 3611-VI.

Виконання завдань Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини створило сприятливі умови щодо формування системи надання населенню високоякісної медичної допомоги, реалізації принципу організації та координації роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря щодо надання пацієнтам спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги.

Для надання медичної допомоги та оперативного обміну медичною інформацією широко використовуються можливості мережі Internet (консультування через електронну пошту, Internet-факсимільний зв'язок, он-лайн-консультації тощо). Комп'ютерною технікою служба забезпечена на 90%, доступом до мережі Internet – на 80% від потреби (до 60% в окремих регіонах).

Пріоритетним напрямком процесу організації єдиного інформаційного простору в системі охорони здоров'я є створення науково-інформаційної комп'ютерної мережі галузі охорони здоров'я. Процес гальмує відсутність



фінансування на встановлення необхідного обладнання та розробку програмного забезпечення.

В напрямку підготовки та запровадження стандартів медичних технологій МОЗ України розроблено державні соціальні стандарти за 59 профілями надання медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних умовах та за 56 профілями надання медичної допомоги у стаціонарних умовах.

Наказом МОЗ України від 11.08.2004 р. № 411 затверджено порядок здійснення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів в закладах охорони здоров'я. МОЗ України затверджено клінічні протоколи за 72 профілями надання медичної допомоги населенню.

Робота щодо удосконалення структури і підвищення ефективності здійснення державного санепіднагляду передбачена на всіх напрямках рішенням Колегії державної санепідслужби України «Аналіз діяльності держсанепідслужби України та пріоритетні напрями діяльності» та указами Президента України: від 09.12.2010 р. №1085/2010 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» та від 24.12.2010 р. №1199/2010 «Деякі питання організації роботи міністерств, інших центральних органів виконавчої влади»; наказами МОЗ України від 15.12.2010 р. №1122 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я, спрямованих на виконання Плану організації виконання Указу Президента України від 9.12.2010 р. №1085 «Про оптимізацію системи центральних органів», від 20.01.2011 р. №27-к «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», від 27.04.2011 р. №504/2011 «Про Національний план дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

- Законодавче регулювання питань, пов'язаних з поліпшенням доступності та якості медичної допомоги, забезпечувалось переважно шляхом застосування програмно-цільового методу формування бюджетних видатків на охорону здоров'я населення України. Значних результатів у цьому напрямі досягнуто у процесі реалізації комплексу заходів, визначених державними цільовими програмами, затвердженими протягом 2002–2011 рр.

Здійснювалась робота, спрямована на наближення національної законодавчої бази до європейських стандартів забезпечення високоякісної і доступної медичної допомоги, та підготовлено законопроекти «Про ратифікацію Конвенції 102 Міжнародної Організації Праці про мінімальні норми соціального

забезпечення”, “Про ратифікацію Конвенції 130 Міжнародної Організації Праці про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби”, “Про ратифікацію Європейського кодексу соціального забезпечення”.

Одним із суттєвих напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення справедливості і рівності. Цей принцип, закладений у національному законодавстві з питань охорони здоров'я, відповідає завданням гармонізації із законодавством ЄС.

- Протягом 2002–2011 рр. у системі охорони материнства і дитинства продовжувались структурні зміни. Вони, безумовно, були пов'язані із соціально-економічними процесами і диктувалися демографічною ситуацією, основними напрямами Концепції розвитку охорони здоров'я населення України та заходами Програми. За цей період кількість родильних ліжок зменшилася з 24,4 тис. до 22,8 тис., а гінекологічних – з 22,6 тис. до 20,4 тис. Якщо у 2002 р. на 1000 пологів припадало 64 ліжка, то у 2010 – 46,6. Водночас проведена регламентована наказом МОЗ України від 29.12.2003 р. №620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» реструктуризація ліжкового фонду для вагітних, роділь і породіль відповідно до рівнів надання медичної допомоги.

У цілому по Україні виконано усі передбачені Програмою заходи, спрямовані на удосконалення нормативно-правової бази служби охорони здоров'я матері і дитини, приведення мережі задіяних в медичному обслуговуванні жінок закладів до світових стандартів, розробку і впровадження всесвітньо визнаних доказових технологій організації діяльності закладів служби, профілактики, діагностики, лікування і реабілітації жінок та новонароджених дітей. В ході виконання Програми розроблено і впроваджено в діяльність закладів Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, Національну програму «Нове життя»; накази МОЗ України від 28.12.2002 р. № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», від 29.12.2003 р. №620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні», від 31.12.2003 р. №641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні», від 15.07.2011 р. №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»; 50 затверджених відповідним наказами клінічних протоколів, технології яких ґрунтуються на даних надійних досліджень.

Виконання заходів Програми щодо поліпшення здоров'я жінок сприяло

зменшенню частоти абортів з 25,78 на 1000 жінок фертильного віку у 2002 р. до 13,45 у 2011 р., збільшенню частоти нормальних пологів з 32,4% до 68,55% відповідно, поліпшенню здоров'я нових народжуваних поколінь (індекс здоров'я новонароджених збільшився з 72,9% у 2002 р. до 84,6% у 2011 р.), зменшенню захворюваності дітей першого року життя з 1993,5 на 1000 дітей до 1 року до 1591,6 відповідно. Досягнута позитивна динаміка й основних інтегральних показників діяльності сфери охорони здоров'я та стану соціально-економічного розвитку держави – материнської смертності з 22,5 на 100 тис. народжених живими у 2002 р. до 16,7 у 2011 р. та малюкової смертності – з 10,3 на 1000 народжених живими до 9,08 відповідно.

- Основні завдання Програми ґрунтувалися на стратегії Підсумкового документу Спеціальної сесії в інтересах дітей Генеральної Асамблеї ООН «Світ, сприятливий для дітей», яким визнано чотири пріоритетні напрями діяльності: пропагування здорового способу життя; забезпечення можливості здобувати високоякісну освіту; захист дітей від жорстокого поводження, насильства та експлуатації; боротьба з ВІЛ/СНІДом.

Реалізація заходів Програми була спрямована на утвердження здорового способу життя дітей та молоді через активізацію фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової роботи, змістовного дозвілля і відпочинку; інформаційно-просвітницької роботи з протидії поширенню серед молоді соціально небезпечних хвороб.

Вирішення основних завдань Програми відбувалося міжсекторально на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади.

- Несприятливі умови праці знаходять своє відображення у показниках професійної захворюваності працівників різних галузей народного господарства. Щорічно в Україні виявляється 6–8 тисяч випадків профзахворювань. Аналіз даних щорічних звітів галузей народного господарства України щодо заходів із збереження здоров'я працюючого населення вказує на деяке покращення показників профілактичної роботи. Однак досить часто заходи, що проводились, були фрагментарними, повільно розроблялися та впроваджувалися сучасні інформаційні технології для проведення моніторингу стану виробничого середовища та оцінки здоров'я працюючого населення. Привертає увагу також недосконалість чинної системи виявлення профзахворювань, що утруднює процес розробки заходів з профілактики і зумовлює зниження трудового та

інтелектуального потенціалу.

- В Україні функціонує розгалужена мережа підпорядкованих МОЗ та Мінпраці та соціальної політики України спеціалізованих закладів для медико-соціального обслуговування осіб похилого віку і ветеранів війни, праці та інших категорій громадян, визначених законодавством. Проте ще існують проблеми з недофінансуванням соціальних програм для забезпечення збереження здоров'я в старості. Недостатнім є фінансування із місцевих бюджетів на пільгове медикаментозне забезпечення, слухо- та зубопротезування ветеранів війни. На забезпечення ветеранів медикаментами та харчуванням при стаціонарному лікуванні коштів в бюджетах більшості ЛПЗ також передбачено менше чинних нормативів.

- В рамках виконання Програми у частині забезпечення кращих можливостей для інвалідів у переважній більшості регіонів України завершено роботу зі створення реабілітаційних рад; розроблені регіональні моделі системи медичної реабілітації інвалідів; відновили свою роботу реабілітаційні комісії; оптимізовано мережу спеціальних навчальних закладів для осіб з вадами розвитку; створено можливості для отримання дітьми-інвалідами повноцінної загальної освіти, медико-соціальної реабілітації, інтеграції в суспільство.

- Протягом дії Програми проводились щорічні профілактичні огляди з виділенням груп підвищеного ризику захворювання на хронічні хвороби. У більшості адміністративних територій сформовані групи підвищеного ризику щодо захворювання на ішемічну хворобу серця, артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, туберкульоз тощо.

Розроблені нові методи санаторно-курортної реабілітації хворих, які перенесли мозковий інсульт; доведена ефективність використання мікрохвильової резонансної терапії у хворих похилого віку з різними захворюваннями.

Впроваджуються стандарти надання профілактичної, діагностичної та лікувальної допомоги хворим з хронічними хворобами.

- На кінець виконання Програми в усіх закладах охорони здоров'я України впроваджені стандарти надання профілактичної, діагностичної, лікувальної, реабілітаційної допомоги кардіологічним хворим.

Було прийнято Державну програму запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки (постанова КМУ від 31.05.2006 р. № 761), якою передбачено більш детальний план заходів із відповідним фінансуванням для покращення ситуації щодо захворюваності на

серцево-судинні хвороби в країні.

Проте проблема захворюваності на серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання, які визначають рівень тимчасової непрацездатності, інвалідності та смертності населення (насамперед працездатного віку), залишається. Зусилля держави і далі повинні бути спрямовані на профілактику цих захворювань, їх раннє виявлення, кваліфіковане лікування та попередження ускладнень.

- Розроблено та затверджено Загальнодержавну програму боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року (Закон України “Про Затвердження загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року” від 23.12.2009 р. № 1794-VI). Важливо, що на відміну від Загальнодержавної програми «Онкологія», наступна програма містить кількісні критерії оцінки її ефективності.

Створення Національного канцер-реєстру України з персоніфікованою базою даних про всі випадки захворювань на злоякісні новоутворення на всій території країни зі щорічним поповненням інформації дозволило вперше провести дослідження виживаності на рівні популяції.

- З метою реалізації державної програми «Цукровий діабет» у всіх областях осіб з груп ризику захворювання на цукровий діабет обстежували на глікемію та глюкозурію, за необхідності проводився тест толерантності до глюкози.

Розроблені та функціонують реєстри хворих на інсулінозалежний цукровий діабет, онкологічну патологію, реєстр хворих з нирковою недостатністю та пересаженою ниркою, реєстр осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

Відмічено позитивну динаміку в матеріально-технічному забезпеченні ендокринологічних установ. В усіх регіонах України спостерігається 100-відсоткове забезпечення дітей засобами для введення інсуліну (шприц-ручками) та здійснення самоконтролю. Водночас недостатнє фінансування галузі не дозволяє 100-відсотково забезпечити дорослих хворих на інсулінозалежний діабет засобами самоконтролю (тест-смужками, глюкометрами).

Основними проблемами в організації роботи ендокринологічної служби залишаються: недостатня укомплектованість лікарями-ендокринологами штатних посад; несвоєчасність звертання по медичну допомогу хворих, особливо мешканців сільської місцевості; зношування фізіотерапевтичного обладнання і невідповідність апаратури фізіотерапевтичних кабінетів сучасним вимогам; незадовільне забезпечення інсуліном і таблетованими цукрознижувальними

препаратами хворих на ЦД.

- З метою забезпечення надання належної медико-психологічної допомоги дітям та підліткам з граничними психічними розладами за звітний період створено: 11 закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів для медико-психологічної допомоги дітям і підліткам з граничними психічними розладами; 36 центрів медико-соціальної реабілітації загальною потужністю 1470 ліжок, в середньому 42 ліжка; 23 центри сімейного консультування та психотерапевтичної корекції на 370 відвідувань за зміну; 30 стаціонарів та відділень для дітей з граничними розладами на 840 ліжок; 116 дитячих поліклінік, у штатах яких є дитячий психіатр, що складає 40,8% від загальної кількості відповідних закладів охорони здоров'я; 64,0% від загальної кількості шкіл мають у штаті дитячого психолога.

За період виконання Програми захворюваність населення України на психічні розлади знизилась на 6,7%, а поширеність – зросла на 3,4%, покращився диспансерний нагляд (збільшення на 46,7%).

Поширеність наркологічних розладів знизилась на 5,1%, особливо алкогольних психозів (на 54,3%). Захворюваність на наркологічні розлади знизилась на 21,9%.

- Держава вперше за багато років може продемонструвати позитивні результати своєї роботи, адже, незважаючи на збереження епідемії в країні, протягом останніх років медики змогли зупинити зростання поширеності туберкульозу та домоглися зниження смертності.

Поширення ВІЛ-інфекції в Україні не вдалося припинити, не забезпечено можливість доступу до лікування хворих, які потребували антиретровірусної терапії. Інформаційно-просвітницькі та профілактичні програми не забезпечили достатнього впливу на тенденції розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу серед загального населення та груп ризику. Проблема ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні не обмежується, як і в багатьох інших країнах, виключно медичними питаннями. Наслідки поширення цього захворювання погіршують соціально-економічний стан країни.

Наказом МОЗ України від 16.09.2011 р. №595 “Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів” затверджено новий Календар профілактичних щеплень в Україні, який включає обов'язкові профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на дифтерію, кашлюк, кір, поліомієліт, правець,

туберкульоз.

- За рекомендаціями ВООЗ, підготовленими на основі кращого світового досвіду, лише розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини дасть змогу істотно вплинути на поліпшення демографічної ситуації, досягти справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів.

Одним з основних аспектів, що сприяє подальшому розвитку сімейної медицини в нашій державі, є формування державної політики і стратегії в галузі охорони здоров'я на основі профілактичної спрямованості збереження і зміцнення здоров'я населення з максимальним залученням до їх реалізації органів виконавчої влади та працедавців.

- Незважаючи на розширення обсягів стаціонарозамінного лікування, в Україні все ще зберігаються дуже високі порівняно з економічно розвиненими країнами рівні та обсяги госпіталізації населення у лікарняні заклади. Динаміка показників використання ліжкового фонду лікарняних закладів характеризувалася подальшим збільшенням середнього числа днів зайнятості ліжка, його обігу та скорочення загального терміну перебування хворого на ліжку.

- Оптимізація медичної допомоги сільському населенню відбувається ще досить повільно, але зазнає деяких змін – впроваджено інформаційні системи збору та узагальнення інформації, проводиться робота з наближення висококваліфікованої медичної допомоги до мешканців віддалених районів, заклади ПМСД на засадах ЗП/СМ забезпечено апаратурою та транспортом, СЛА та ФАПи – лікарськими засобами.

Відсутність позитивної динаміки показників можна пояснити великим дефіцитом штатних посад лікарів СЛА та ДЛ, а також обмеженою доступністю медичної допомоги в сільській місцевості. Основними проблемами в організації роботи з надання медичної допомоги сільському населенню є недостатній рівень фінансового, кадрового, матеріально-технічного, у т.ч. технологічного, забезпечення сільських закладів охорони здоров'я.

- Робота з формування ЗСЖ в Україні у 2002–2011 рр. здійснювалася з використанням усіх 3-х форм гігієнічного виховання населення та різноманітних його засобів за основними напрямками системи гігієнічного виховання населення і з урахуванням так званого «Календаря знаменних дат». Гігієнічне навчання за медико-оздоровчими показаннями та професійна гігієнічна підготовка за цільовим призначенням населення, використання ЗМІ залишаються домінуючими напрямками системи гігієнічного виховання населення. Загалом масові та групові

форми гігієнічного навчання залишаються найбільш поширеними та доступними в роботі з формування ЗСЖ. Індивідуальні форми гігієнічного виховання, незважаючи на свою високу ефективність, відіграють у гігієнічному вихованні населення допоміжну роль.

В регіонах продовжується скорочення мережі центрів здоров'я, що здійснюють організаційно-методичне забезпечення роботи з формування ЗСЖ. Валеологічне виховання підростаючого покоління в процесі загальноосвітнього навчання не стало головним джерелом інформації про ЗСЖ для дітей та підлітків. Система неформального гігієнічного навчання різноманітних верств населення неефективна і потребує радикальних змін. Впровадження нової системи професійної гігієнічної підготовки так званих декретованих контингентів відбувається досить повільно. Новітні інформаційні технології для інформування населення з питань ЗСЖ використовуються обмежено.

Формування ЗСЖ населення – складний та тривалий процес, що потребує суттєвої корекції відповідно до сучасних реалій.

- Дані моніторингу Програми свідчать про щорічне поетапне збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я під час формування бюджетів усіх рівнів, тобто це завдання Програми можна вважати виконаним.

Питання запровадження обов'язкового державного медичного страхування залишається відкритим, хоча досить значна робота проведена для законодавчого врегулювання цього питання.

Продовжується розвиток лікарняних кас, кошти яких спрямовуються на покращення медикаментозного забезпечення пацієнтів у ЗОЗ України як приклад одного із механізмів солідарної акумуляції коштів територіальних громад на розвиток охорони здоров'я.

Створено правове поле для запровадження фінансування постачальників медичних послуг на основі методів, спрямованих на формування в закладах охорони здоров'я стимулів до підвищення якості та економічної ефективності медичної допомоги, і відповідні механізми відпрацьовуються на рівні пілотних проектів у 3-х областях та м. Києві.

- Нагальною проблемою у сфері підготовки кадрів на перспективу продовжує залишатися: забезпечення ефективного використання наявного кадрового потенціалу через підвищення навантаження на лікарів та перерозподіл обов'язків між ними та середніми медичними працівниками; здійснення розробки та впровадження програми поступового відходу від планування потреби за



допомогою кадрових нормативів до планування розвитку та наповнення кадрових ресурсів за ринковими принципами, які ґрунтуються на управлінні процесами кадрового забезпечення на засадах достатнього фінансового забезпечення і важелів місцевого самоврядування.

- Велика робота проводилась державою щодо поліпшення санітарно-епідеміологічної ситуації в країні в напрямку удосконалення контролю за забрудненням довкілля, джерел водопостачання, санітарним станом населених пунктів, об'єктів харчування тощо. Аналіз діяльності санітарно-епідеміологічної служби свідчить, що і досі залишається незадовільним стан водопостачання населених місць; якість питної води не завжди відповідає нормативним вимогам; продовжує залишатись високим рівень забруднення повітряного середовища шкідливими речовинами; викликає занепокоєння стан справ з виробництвом та реалізацією недоброякісних і небезпечних для здоров'я продуктів харчування. У регіонах не вжито достатньо заходів щодо створення полігонів для захоронення токсичних промислових відходів.

- За період виконання Програми міжнародна діяльність в галузі охорони здоров'я України була спрямована на залучення міжнародного технічного ресурсу для вирішення стратегічних завдань розвитку сфери охорони здоров'я, серед яких організаційне і фінансове реформування галузі з метою покращення доступу населення до якісних медичних послуг; запобігання розповсюдженню інфекційних хвороб та боротьба з особливо небезпечними соціальними інфекційними хворобами (туберкульоз, СНІД); охорона материнства і дитинства. Також приділялась велика увага забезпеченню зниження рівня смертності та поширеності ряду хронічних захворювань (серцево-судинні, респіраторні, онкологічні, цукровий діабет та інші ендокринні хвороби, професійні захворювання тощо) шляхом впровадження сучасних найбільш ефективних організаційних форм і методів диспансеризації населення, профілактики з урахуванням зарубіжного досвіду (програма IPHECA).

- Успішно втілюється у життя Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я в Україні. На базі провідних медичних науково-дослідних інститутів МОЗ та НАМН України, вищих медичних навчальних закладів створено тематичні веб-сервери.

Впровадження галузевої інформаційно-телекомунікаційної системи МОЗ України "HealthNet" (ГІТС "HealthNet») забезпечило підтримку електронного обміну

інформацією між суб'єктами єдиного інформаційного простору галузі охорони здоров'я (установами галузі, регіональними управліннями охорони здоров'я).

Створення медичних тематичних веб-серверів та веб-сторінок на сайтах органів влади дало змогу наблизити до громадськості діяльність регіональних органів управління охороною здоров'я (висвітлення оперативної інформації про стан здоров'я населення, про регіональні заходи з покращення та зміцнення здоров'я, пропаганда здорового способу життя тощо).

- Медична наука є складовою охорони здоров'я і передбачає зв'язок між нагальними її потребами, можливостями їх матеріально-технічного і кадрового забезпечення та наслідками практичного застосування результатів наукових розробок.

У 2002–2011 рр. пріоритетними визначалися проекти НДР, тематика яких відповідає вимогам Закону України "Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні", державних програм в галузі охорони здоров'я, галузевих пріоритетних інноваційних напрямів і передбачає розробку нових медичних технологій, спрямованих на підвищення якості надання медичної допомоги населенню та інноваційний розвиток галузі.

Всього щорічно виконувалося близько 40 фундаментальних наукових досліджень у сфері профілактичної та клінічної медицини.

- Програма "Здоров'я нації" є концептуальною, тому своїми заходами вона декларувала не тільки виконання конкретних завдань, але і створення цільових програм, спрямованих на вирішення окремих проблем охорони здоров'я.

Отриманий досвід виконання Програми доцільно використовувати в подальшій розробці подібних моніторингових проектів. Проведене дослідження сприятиме цілеспрямованому пошуку шляхів вирішення існуючих проблем у сфері охорони здоров'я.

Результати виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки будуть використані в процесі подальших реформ системи охорони здоров'я, забезпечать досягнення цілей, передбачених стратегією «Здоров'я для всіх» відповідно до рекомендацій ВООЗ.

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

DOTS	– Стратегія короткотермінової терапії безпосереднього спостереження
АГ	– Артеріальна гіпертензія
АЕС	– Атомна електростанція
АЗП/СМ	– Амбулаторія загальної практики / сімейної медицини
АПЗ	– Амбулаторно-поліклінічний заклад
АСУ	– Автоматизована система управління
БД	– База даних
ВВП	– Внутрішній валовий продукт
ВВР	– Вроджені вади розвитку
ВГА	– Вірусний гепатит А
ВГВ	– Вірусний гепатит В
ВГС	– Вірусний гепатит С
ВІЛ	– Вірус імунодефіциту людини
ВМНЗ	– Вищий медичний навчальний заклад
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВШ	– Відношення шансів
ГДК	– Гранично допустима концентрація
ГМО	– Генетично модифікований організм
ГПХ	– Гостра променева хвороба
ГРВІ	– Гостра респіраторна вірусна інфекція
ДБСТ	– Дитячий будинок сімейного типу
ДІ	– Довірчий інтервал
ДІВ	– Джерело іонізуючого випромінювання
ДЛ	– Дільнична лікарня
ДНЗ	– Дошкільний навчальний заклад
ДЮСШ	– Дитячо-юнацька спортивна школа
ЄРБ	– Європейське регіональне бюро ВООЗ
ЄС	– Європейський Союз
ЗМІ	– Засоби масової інформації
ЗН	– Злоякісні новоутворення
ЗОЗ	– Заклад охорони здоров'я
ЗОНЗ	– Загальноосвітній навчальний заклад
ЗОШ	– Загальноосвітня школа
ЗП/СМ	– Загальна практика / сімейна медицина

ЗСЖ	–	Здоровий спосіб життя
ІМ	–	Інфаркт міокарда
ІПР	–	Індивідуальна програма реабілітації інвалідів
ІПСШ	–	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	–	Імуноферментний аналіз
ІХС	–	Ішемічна хвороба серця
КДМ	–	Клініка, дружня до молоді
КЕК	–	Клініко-експертна комісія
КМСШМД	–	Київська міська станція швидкої медичної допомоги
ЛДД	–	Лікарня, доброзичлива до дитини
ЛЗП/СЛ	–	Лікар загальної практики / сімейний лікар
ЛК	–	Лікарняна каса
ЛНА	–	Ліквідатор наслідків аварії (на ЧАЕС)
ЛПЗ	–	Лікувально-профілактичний заклад
МЕП	–	Медичний електронний паспорт
МЛ	–	Міська лікарня
МКХ-10	–	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МСЕК	–	Медико-соціальна експертна комісія
НАМН	–	Національна академія медичних наук України
НАПН	–	Національна академія педагогічних наук України
НДІ	–	Науково-дослідний інститут
НДР	–	Науково-дослідна робота
НДУ	–	Науково-дослідна установа
ОДА	–	Обласна державна адміністрація
ОКЛ	–	Обласна клінічна лікарня
ООД	–	Обласний онкологічний диспансер
ООН	–	Організація Об'єднаних Націй
ПЛР	–	Полімеразна ланцюгова реакція
ПМСД	–	Первинна медико-санітарна допомога
ПНЗ	–	Позашкільний навчальний заклад
РАВ	–	Радіоактивні відходи
РІП	–	Радіоізотопний прилад
РЛ	–	Районна лікарня
САО	–	Спеціальне алергологічне обстеження
СЕС	–	Санітарно-епідеміологічна станція
СЗЗ	–	Санітарно-захисна зона
СІТ	–	Специфічна імунотерапія

СЛА	– Сільська лікарська амбулаторія
СН	– Серцева недостатність
СНІД	– Синдром набутого імунодефіциту
СОЗ	– Стійкі органічні забруднювачі
СТМО	– Сільське територіальне медичне об'єднання
СШД	– Станція швидкої допомоги
ТМО	– Територіальне медичне об'єднання
ТПВ	– Тверді побутові відходи
ТЧХ	– Товариство Червоного Хреста
УІСД	– Український інститут стратегічних досліджень
УЦІТ	– Український центр інформаційних технологій
ФАП	– Фельдшерсько-акушерський пункт
ФП	– Фельдшерський пункт
ХОС	– Хлорорганічні сполуки
ЦД	– Цукровий діабет
ЦЗ	– Центр здоров'я
ЦПМСД	– Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги
ЦРЛ	– Центральна районна лікарня
ЧАЕС	– Чорнобильська атомна електростанція
ЧМТ	– Черепно-мозкова травма
ШМД	– Швидка медична допомога
ЮНІСЕФ	– Дитячий фонд ООН

*Наукове видання*

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДУ “УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ”**

**МІЖГАЛУЗЕВА  
КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА “ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ”  
2002–2011**

**Монографія**

*За редакцією  
Р.О. Моїсеєнко, Г.О. Слабкого*