

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

ЩОРІЧНА ДОПОВІДЬ
ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ,
САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ
ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.
2016 РІК



Київ – 2017

УДК 614.1/.7(477)''2016''(042.5)
ББК 51.1(4Укр)
Щ92

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

Літературні редактори: Шумило О.В., Ратаніна О.М.
Технічні редактори: Степанова І.І., Кривенко Є.М.

Адреса редколегії:
02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3;
тел.: (044) 576-41-19, факс: (044) 576-41-20

**Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2017. – 519 с.
ISBN 978-966-409-154-6**

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

Видання містить аналіз сучасних особливостей і тенденцій стану здоров'я населення України та впливу на нього комплексу чинників зовнішнього середовища.

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

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

УДК 614.1/.7(477)''2016''(042.5)
ББК 51.1(4Укр)

ISBN 978-966-409-154-6

© Міністерство охорони здоров'я України, 2017
© Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України, 2017

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП (Слабкий Г.О., Мельник П.С.)	9
1. АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ	
<i>(Чепелевська Л.А., Рудницький О.П.)</i>	11
1.1. Динаміка чисельності населення.....	11
1.2. Зрушення у статеві-віковій структурі населення.....	15
1.3. Тенденції народжуваності населення	17
1.4. Динаміка смертності населення	23
1.5. Тривалість життя	29
1.6. Перспективи і резерви підвищення тривалості життя населення.....	33
2. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	36
2.1. Тенденції стану здоров'я населення <i>(Дудник С.В., Шафранський В.В., Слабкий Г.О.)</i>	36
2.2. Динаміка стану здоров'я дитячого населення <i>(Дудіна О.О., Моїсеєнко Р.О., Заболотна І.Є., Яценко Ю.Б.)</i>	43
<i>Аналіз стану захворюваності та поширеності захворювань у дітей</i>	44
<i>Аналіз інвалідності дітей та шляхи її профілактики і реабілітації</i>	63
2.3. Динаміка стану здоров'я дорослого населення <i>(Дудник С.В.)</i>	70
2.4. Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку <i>(Дудник С.В.)</i>	75
2.5. Характеристика стану здоров'я населення старших вікових груп <i>(Дудник С.В., Саксонов С.Г.)</i>	81
2.6. Ситуаційний огляд стану репродуктивного здоров'я населення <i>(Дудіна О.О., Руденко Н.Г., Габорець Ю.Ю.)</i>	87
2.7. Характеристика захворюваності населення на туберкульоз <i>(Григорович В.Р.)</i>	109
2.8. Характеристика захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію/СНІД <i>(Григорович В.Р.)</i>	114
2.9. Характеристика служби охорони психічного здоров'я <i>(Дзюба О.М.)</i>	120
2.10. Стан проблеми алкоголізації населення України <i>(Ринда Ф.Ф.)</i>	124
2.11. Наркологічні проблеми здоров'я населення <i>(Грузєва Т.С., Дячук Д.Д., Зюков О.Л., Замкевич В.Б., Іншакова Г.В.)</i>	132
3. ХАРАКТЕРИСТИКА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ	
<i>(Ситенко О.Р., Родина Р.А., Світа В.М., Рахімова Т.Б., Дренькало М.М., Сінгаєвська В.С., Іщук Л.О., Сбоєв І.В., Дерев'янка Я.Я., Білоник А.Б., Кисляк І.І., Новохатній Ю.О., Видайко Н.Б.)</i>	135
3.1. Аналіз державної політики з питань охорони довкілля та біобезпеки.....	135
3.2. Характеристика якості води та заходів з її збереження	136
3.3. Характеристика якості повітря і заходів з її збереження.....	141
3.4. Характеристика якості ґрунту і заходів з її збереження	142

3.5. Якість та безпека продуктів харчування	144
3.6. Характеристика умов праці населення	147
3.7. Характеристика радіаційної ситуації.....	148
3.8. Характеристика санітарно-епідемічного стану та аналіз його забезпечення у навчальних та оздоровчих закладах для дітей	150
3.9. Аналіз санітарно-епідеміологічного благополуччя населення та виконання заходів із його збереження	152
4. ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ.....	167
4.1. Аналіз мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності (Торжесвська О.М.).....	167
4.2. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Україні (Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Матюха Л.Ф.).....	178
4.3. Характеристика стану вторинної медичної допомоги (Торжесвська О.М.)	186
4.4. Характеристика стану третинної медичної допомоги (Торжесвська О.М.).....	194
4.5. Діяльність служби охорони здоров'я матері та дитини (Дудіна О.О., Коваленко О.О., Гойда Н.Г., Габорець Ю.Ю.)	202
Ресурсне забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини	202
Характеристика стану організації та основних показників перинатальної допомоги в Україні	213
Медична допомога дитячому населенню	246
Діяльність будинків дитини	262
4.6. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні (Іволгін В.І., Вороненко Ю.В., Моїсеєнко Р.О., Князевич В.М., Губський Ю.І., Гойда Н.Г., Царенко А.В.)	268
4.7. Аналіз розвитку екстреної медичної допомоги (Кудренко М.В., Тимошенко Т.В., Мороз Є.Д., Кривенко Є.М., Лисенко П.М.)	295
5. ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	301
5.1. Основні результати наукової та інноваційної діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти МОЗ України (Дудник С.В., Слабкий Г.О., Петрашенко П.Р., Олексіна Н.О., Волосовець О.П., Кочет О.М., Трубка І.О., Уваренко С.В., Шевчук І.І.).....	301
5.2. Фінансування та економічні механізми управління галуззю в умовах її реформування (Шевченко М.В.).....	345
5.3. Характеристика стану та проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України (Кучеренко Н.Т., Слабкий Г.О.).....	372
5.4. Контроль якості лікарських засобів (Дзюба О.М.)	382
5.5. Формування кадрового потенціалу служби громадського здоров'я (Грузєва Т.С., Пельо І.М., Гречишкіна Н.В.).....	384

6. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЗОНІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ <i>(Мельник П.С., Кудренко М.В., Слабкий Г.О., Коваленко О.О., Верба А.В., Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Коробка В.І., Шугалей Л.М., Волоха В.Г., Сіроштан Г.М., Клименко В.І., Колесник В.В., Кулик В.В., Інкелевич Ю.В.)</i>	387
6.1. Медичне забезпечення Збройних Сил України та інших, утворених відповідно до законодавства України, військових формувань.....	387
<i>Медичне забезпечення особового складу Збройних Сил України</i>	388
<i>Стан медичного забезпечення особового складу Державної прикордонної служби України</i>	400
<i>Стан медичного забезпечення особового складу Міністерства внутрішніх справ України</i>	401
<i>Стан медичного забезпечення особового складу Служби Безпеки України</i>	402
6.2. Медичне забезпечення населення в Луганський та Донецький областях (зони проведення АТО) та областей до них наближених	404
<i>Медичне забезпечення населення в Луганській області</i>	404
<i>Медичне забезпечення населення в Донецькій області</i>	410
<i>Медичне забезпечення населення в Дніпропетровській області</i>	418
<i>Медичне забезпечення населення в Запорізькій області</i>	420
<i>Медичне забезпечення населення в Харківській області</i>	423
7. ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗВИТКУ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ <i>(Кривенко Є.М., Ситенко О.Р., Даценко С.Б.)</i>	436
8. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КОНТРОЛЮ НАД ТЮТЮНОМ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ <i>(Красовський К.С.)</i>	460
9. СТАН ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я <i>(Кучеренко Н.Т., Коваленко О.О.)</i>	465
10. ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ <i>(Ринда Ф.Ф., Шафранський В.В., Слабкий Г.О.)</i>	483
11. МОНІТОРИНГ ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПРОБЛЕМ ЯК ОСНОВА ПРОФІЛАКТИЧНИХ СТРАТЕГІЙ ТА ПРОГРАМ ДІЙ <i>(Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Зюков О.Л., Замкевич В.Б., Іниакова Г.В., Сорока І.М., Іонов М.М.)</i>	495
БІБЛІОГРАФІЯ	505

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ	–	Артеріальна гіпертензія
АДТК	–	Аденокарцинома товстої кишки
АЗП/СМ	–	Амбулаторія загальної практики / сімейної медицини
АКДП	–	Абсорбована кашлюково-дифтерійно-правцева вакцина
АПЗ	–	Амбулаторно-поліклінічні заклади
АРТ	–	Антиретровірусна терапія
АТ	–	Артеріальний тиск
АТО	–	Антитерористична операція
ВГ	–	Військовий госпіталь
ВГА	–	Вірусний гепатит А
ВГВ	–	Вірусний гепатит В
ВГС	–	Вірусний гепатит С
ВІЛ	–	Вірус імунодефіциту людини
ВЛІ	–	Внутрішньолікарняна інфекція
ВМГ	–	Військовий мобільний госпіталь
ВМКУ	–	Військово-медичний клінічний госпіталь
ВМНЗ	–	Вищий медичний навчальний заклад
ВМС	–	Внутрішньоматкова спіраль
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГДК	–	Гранично допустима концентрація
ГКІ	–	Гостра кишкова інфекція
ГРВІ	–	Гострі респіраторні вірусні інфекції
ДВОЗ	–	Державні витрати на охорону здоров'я
ДЛ	–	Дільнична лікарня
ДОЛ	–	Дитяча обласна лікарня
ДПСУ	–	Державна прикордонна служба України
ДТП	–	Дорожньо-транспортна пригода
ДЦП	–	Дитячий церебральний параліч
ЕКГ	–	Електрокардіографія
ЕМД	–	Екстрена медична допомога
ЄМШСЗ	–	Міжнародний проект «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю»
ЄР	–	Європейський регіон
ЄС	–	Європейський Союз, до якого входять 27 країн Європи
ЗВОЗ	–	Загальні витрати на охорону здоров'я
ЗМІ	–	Засоби масової інформації
ЗН	–	Злоякісні новоутворення
ЗОЗ	–	Заклад охорони здоров'я
ЗП/СМ	–	Загальна практика / сімейна медицина
ЗПД	–	Заклад перинатальної допомоги
ЗПСШ	–	Захворювання, які передаються статевим шляхом
ЗПТ	–	Замісна підтримувальна терапія
ЗСЖ	–	Здоровий спосіб життя
ЗСУ	–	Збройні Сили України
ІДК	–	Індивідуальний дозиметричний контроль

ІК	Індекс концентрації
ІКТ	– Інформаційно-комунікаційні технології
ІМТ	– Індекс маси тіла
ІПСШ	– Інфекції, що передаються статевим шляхом
КВМА	– Українська військово-медична академія
КДМ	– Клініка, дружня до молоді
КДЦ	– Консультативно-діагностичний центр
КЗОЗ	– Комунальний заклад охорони здоров'я
ККА	– Кальцифікація коронарних артерій
КЛПЗ	– Комунальний клінічний лікувально-профілактичний заклад
КЛПУ	– Комунальна клінічна лікувально-профілактична установа
КМЦ	– Кальцифікація кардіоміоцитів
КНП	– Комунальне некомерційне підприємство
КП	– Клінічні протоколи
КУ	– Комунальна установа
ЛЕЗ	– Лікувально-евакуаційні заходи
ЛЗ	– Лікарський засіб
ЛЗП/СЛ	– Лікар загальної практики – сімейний лікар
ЛІЛ	– Лікарня інтенсивного лікування
ЛПЗ	– Лікувально-профілактичні заклади
ЛШМД	– Лікарня швидкої медичної допомоги
МВС	– Міністерство внутрішніх справ України
МЛ	– Міська лікарня
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
МРТ	– Магніто-резонансна томографія
МРТБ	– Мультирезистентний туберкульоз
МСЕК	– Медико-соціальна експертна комісія
НВМКУ	– Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»
НГ	– Національна гвардія України
НДІ	– Науково-дослідний інститут
НДР	– Науково-дослідна робота
НДУ	– Науково-дослідна установа
НІЗ	– Неінфекційне захворювання
НМДГ	– Неоподатковуваний мінімум доходів громадян
НРОЗ	– Національні рахунки охорони здоров'я
ОК	– Оральні контрацептиви
ОКЛ	– Обласна клінічна лікарня
ОЛ	– Обласна лікарня
ОТГ	– О'єднана територіальна громада
ОТЖ	– Очікувана тривалість життя
ПВР	– Природжені вади розвитку
ПВС	– Природжена вада серця
ПЛР	– Полімеразна ланцюгова реакція
ПМСД	– Первинна медико-санітарна допомога
ПТСР	– Посттравматичний стресовий розлад

ПХД	– Паліативна та хоспісна допомога
ПЦ	– Перинатальний центр
РІЛДД	– Розширена ініціатива ВООЗ і ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини»
РКБТ	– Рамкова Конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну
РЛ	– Районна лікарня
РПД	– Регіональний перинатальний центр
РЦС	– Регіональний центр боротьби зі СНІДом
СБУ	– Служба безпеки України
СЕМ	– Сероепідеміологічний моніторинг
СЕС	– Санітарно-епідеміологічна станція
СЛА	– Сімейна лікарська амбулаторія
СНІД	– Синдром набутого імунodefіциту
СОТЖ	– Середня очікувана тривалість життя
ССЗ	– Серцево-судинні захворювання
ТБ	– Туберкульоз
ТЗ	– Транспортний засіб
ТМД	– Третинна медична допомога
ТМО	– Територіальне медичне об'єднання
ТПВ	– Тверді побутові відходи
ТПВ	– Тверді побутові відходи
УЗД	– Ультразвукове дослідження
УКПМД	– Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги
УОЗ	– Управління охорони здоров'я
ФАП	– Фельдшерсько-акушерський пункт
ФП	– Фельдшерський пункт
ХНІЗ	– Хронічні неінфекційні захворювання
ХРТБ	– Хіміорезистентний туберкульоз
ХСК	– Хвороби системи кровообігу
ЦПМСД	– Центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦРЛ	– Центральна районна лікарня
ЦРТ	– Цілі Розвитку Тисячоліття
ЧПМД	– Частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	– Чоловіки, що які мають сексуальні стосунки з чоловіками

ВСТУП

Здоров'я має виняткове значення у житті кожної людини, кожної сім'ї та суспільства у цілому. Здоров'я та благополуччя населення є ключовими факторами економічного та соціального розвитку країни. Гарне здоров'я нації є неоціненним ресурсом держави.

Здоров'я сприяє підвищенню продуктивності праці, формуванню більш ефективних трудових ресурсів та більш здоровому старінню; скорочує витрати, пов'язані з хворобою та соціальною допомогою, а також витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги; сприяє зменшенню втрат податкових надходжень у бюджет. Міжнародний досвід показує, що найбільш перспективним шляхом для забезпечення здоров'я та благополуччя населення є злагоджена робота усіх секторів держави, яка скерована на соціальні та індивідуальні детермінанти здоров'я.

У Європейському регіоні ВООЗ з 2012 р. діють Основи європейської політики «Здоров'я-2020» як стратегічна платформа, заснована на цінностях, орієнтована на конкретні дії, з можливістю адаптації до конкретних реалій.

Цим документом країни Європейського регіону ВООЗ визнають право кожної людини на здоров'я, незалежно від етнічної належності, статі, віку, соціального положення та платіжеспроможності. До основних цінностей відносяться справедливість, стійкість, якість, прозорість, підзвітність, захист людської гідності та право на участь у прийнятті рішень.

Нова європейська політика щодо здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику.

Стратегічними задачами політики Здоров'я-2020, вирішення яких може дати реальні позитивні результати, є:

- покращення здоров'я для всіх і скорочення нерівності в показниках здоров'я;
- удосконалення лідерства та колективного керівництва в інтересах здоров'я.
- Основи політики Здоров'я-2020 включають чотири пріоритетні напрямки стратегічних дій:
 - інвестування в здоров'я на всіх етапах життя та розширення прав і можливостей громадян;
 - вирішення найбільш актуальних проблем регіону;
 - зміцнення систем охорони здоров'я, які мають бути орієнтованими на людину, потенціалу системи громадського здоров'я, готовності до надзвичайних ситуацій, епіднадзора та реагування;
 - підвищення «міцності» місцевих громад та створення підтримуючого середовища.

Вказані чотири пріоритетні напрямки стратегічних дій взаємопов'язані і доповнюють один одного. Так, наприклад, дії на всіх етапах життя та розширення прав і можливостей людей допомагають стримувати розвиток епідемії неінфекційних хвороб, що буде сприяти зростанню потенціалу громадського здоров'я, а це, в свою чергу, сприятиме більш ефективній боротьбі з інфекційними хворобами. Слід зазначити, що уряд зможе досягти більшого позитивного впливу на здоров'я населення, коли буде взаємопов'язувати стратегії, інвестиції, послуги та зосередить увагу на скороченні соціальних нерівностей.

Таким чином, реалізація визначених ВООЗ чотирьох пріоритетів вимагає використання комплексних підходів стратегічного керівництва, яке сприяє підвищенню рівня здоров'я, соціальної справедливості та благополуччя. Таке керівництво повинне скеровуватися на впровадження позитивних змін, сприяти інноваціям і бути орієнтованим на вкладання ресурсів у зміцнення здоров'я і профілактику хвороб.

Україна належить до країн Європейського регіону із незадовільними показниками здоров'я, низькими показниками середньої очікуваної тривалості життя. Поширеними є поведінкові фактори нездоров'я: вживання тютюну та алкоголю, ожиріння, низький рівень фізичної активності, високий рівень стресів. Крім того, населення з низькими прибутками, навіть за необхідності, відкладає звернення у медичний заклад через страх фінансової кризи у зв'язку з необхідністю оплати за медичну допомогу.

На цьому фоні у 2016 р. в країні проводилося реформування системи охорони здоров'я. Метою реформи було створення системи охорони здоров'я, яка здатна відповідати на реальні потреби людей, забезпечувати доступні та якісні послуги і гарантувати фінансовий захист у разі хвороби.

Ключовими напрямками реформи системи охорони здоров'я були визначені:

- створення та запровадження нової моделі фінансування галузі;
- запровадження в країні системи громадського здоров'я;
- дерегуляція фармацевтичної галузі;
- подальший розвиток первинної медичної допомоги;
- проведення державних закупівель лікарських засобів та медичного обладнання.

Напрямки реформи на законодавчому рівні підтримані відповідними нормативно-правовими актами. Практичне впровадження реформи охорони здоров'я в життя здійснювалося Міністерством охорони здоров'я України.

У Щорічні доповіді, яка підготовлена науковцями ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», представлено аналіз демографічної ситуації та стану здоров'я населення України; охарактеризовано санітарно-епідемічну ситуацію в країні; показано організацію медичної допомоги населенню та розвиток системи охорони здоров'я України; показано стан інформатизації охорони здоров'я; проведено аналіз медичного забезпечення в зоні АТО; охарактеризовано спосіб життя населення, основні загрози здоров'ю, пов'язані зі способом життя, та шляхи профілактики, зокрема напрямки державної політики щодо контролю над тютюном та результати її реалізації; показано забезпечення державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я та основні досягнення медичної науки.

Авторський колектив сподівається, що представлені в Щорічній доповіді матеріали будуть корисними і для осіб, які приймають рішення на всіх рівнях державного управління, і для науковців та організаторів охорони здоров'я.

1. АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ ЗА 2012–2016 РР.

1.1. Динаміка чисельності населення

Демографічна ситуація, що склалася в Україні, цілком обґрунтовано викликає занепокоєння як владних структур, так і широких верств населення. Скорочення чисельності населення, зниження тривалості життя та обвальне падіння народжуваності, від'ємне сальдо міграції, що стали характерними ознаками демографічних процесів за роки незалежності, дають підстави кваліфікувати їх як ознаки затяжної демографічної кризи.

Причини цього мають історичне коріння і накопичувалися протягом тривалого часу у минулому столітті. Соціальні катастрофи 1930–1940-х років, затяжна системна криза 1990-х рр. вкрай негативно вплинули на природний процес демографічної еволюції, призвели до помітних деформацій вікової структури населення, передчасної смертності близько 16 млн осіб. У поєднанні з низьким рівнем народжуваності впродовж останніх 40 років це обумовило вичерпання демографічного і відтворювального потенціалу і зрештою не могло не призвести до депопуляції і скорочення чисельності населення.

Чисельність населення неухильно зменшується впродовж останніх 24 років. З початку 1993 р., коли населення України мало найбільшу чисельність (52,2 млн осіб), до початку 2014 р. його природний убуток – результат перевищення числа померлих над числом народжених – та негативне міграційне сальдо зумовили неухильне скорочення.

Перевищення кількості померлих над числом народжених на сьогодні не є таким вже екстраординарним явищем у Європі, третина країн якої теж охоплені депопуляцією. Однак Україну серед цих держав вирізняє масштабність і прискорені темпи депопуляції. Протягом 1993–2013 рр. населення нашої країни зменшилося на 6,8 млн осіб, у середньому на 340 тис. осіб щорічно. Понад 80% загального убутку населення за вказані роки припадає на природне зменшення.

У 90-х роках минулого і на початку ХХІ ст. було перервано нормальний розвиток України, у якій встановився тип відтворення населення, притаманний тривало воюючих країн: надвисока смертність – наднизька народжуваність. Тому депопуляція в Україні за період соціально-економічних трансформацій набула спонтанно-сталого характеру і поки що немає вагомих ознак її пом'якшення. Через доволі високий рівень постаріння, депопуляція триватиме в Україні ще довго, навіть за умови підвищення народжуваності та зниження смертності.

Про незворотність процесів депопуляції в Україні і, відповідно, продовження тренду скорочення чисельності населення у довготривалій перспективі свідчить аналіз змін найбільш точного узагальнюючого показника стану відтворення населення, яким є нетто-коефіцієнт відтворення населення. Він відображає середнє число дівчаток, що народжує жінка за все своє життя і які доживають до того віку, в якому вона була при народженні кожної дитини. Іншими словами, нетто-коефіцієнт показує, якою мірою попереднє покоління замінюється наступним. Вже сорок років поспіль він знаходиться нижче 1,0, а це означає, що режим відтворення населення в Україні є звуженим, тобто таким, що не забезпечує навіть простого заміщення поколінь.

Скорочення населення продовжувалось і у 2014–2016 роках. На початок 2017 р., за оцінкою Державної служби статистики, чисельність населення України становила 42 584,5 тис. осіб, з них 29 463,2 тис. осіб (69,2%) проживали у міських поселеннях і 13 121,3 тис. осіб – у сільській місцевості (30,8%). За останні три роки населення України зменшилося на 489 тис. осіб, а в цілому за період 2012–2016 рр. – на 705 тис. осіб (табл. 1.1.1).

Таблиця 1.1.1

Динаміка чисельності населення на початок року та її зміни в Україні у 2012–2017 рр.

Рік	Чисельність наявного населення, тис. осіб			Зміни чисельності населення, 2012=100,%		
	все населення	міські поселення	сільські поселення	все населення	міські поселення	Сільське населення
2012	43289,4	29791,1	13498,3	100,0	100,0	100,0
2013	43204,4	29785,7	13418,7	99,8	100,0	99,4
2014	43073,1	29741,1	13332	99,5	99,8	98,8
2015	42929,3	29673,1	13256,2	99,2	99,6	98,2
2016	42760,5	29585	13175,5	98,8	99,3	97,6
2017	42584,5	29463,2	13121,3	98,4	98,9	97,2

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

Характерною особливістю компонентів змін чисельності є співвідношення природного убутку населення протягом останніх років. Спричинене воно збільшенням чисельності жінок дітородного віку внаслідок підвищення народжуваності у 1980-х роках, а також входженням до контингенту літніх людей малочисельних поколінь 1940-х років, що сповільнювало зростання числа смертей у нульових роках ХХІ століття.

Однак вплив обох цих чинників практично вичерпав себе і вже на початку 20-х років поточного століття число потенційних матерів повернеться до рівня початку 1990-х років, а зростання числа літніх людей знову набере силу за рахунок поколінь, народжених наприкінці 40-х і у 50-х роках минулого століття. Внаслідок цих змін, сприятливі з точки зору сповільнення темпів скорочення чисельності населення у 2000–2014 рр. у подальшому знову стають несприятливими.

Певним чинником протидії загального скорочення чисельності населення України виступає міграція населення. Так, за даними статистичного відомства, в Україну протягом 2012–2016 рр. прибуло на 126 тис. осіб більше, ніж вибуло за її межі. Однак такі обсяги додатного сальдо міграції неспроможні суттєво вплинути на зменшення загального убутку населення.

Помітні зміни у динаміці міського і сільського населення України відбулися за минулі роки поточного століття. Слід зазначити при цьому, що депопуляція у містах з 1999 р. набула всеукраїнського характеру: не залишилося жодної області з природним приростом (у селах така ситуація склалася у 2001 р.). Отже, у ХХІ столітті неухильно зменшувалася чисельність населення у всіх областях і в міських поселеннях (за винятком м. Києва), і у сільській місцевості.

Формування чисельності міського і сільського населення за останні п'ять років, як і в попередніх періодах, відбувалося за рахунок трьох компонентів: природного і міграційного убутку (приросту) і адміністративно-територіальних перетворень. При цьому природний убуток, як для міських, так і сільських поселень, був основним чинником скорочення

населення. За період 2012–2016 рр. змін населення за рахунок адміністративно-територіальних перетворень не відбувалось (табл. 1.1.2).

Таблиця 1.1.2

Компоненти формування чисельності населення України за період 2012–2016 рр.

Рік	Чисельність наявного населення на початок року, тис. осіб	Загальний приріст (убуток), тис. осіб	у тому числі	
			Природний (убуток), приріст	Міграційний приріст
<i>Усе населення</i>				
2012	43289,4	-85,0	-139,5	54,5
2013	43204,4	-131,3	-154,9	23,6
2014	43073,1	-143,8	-166,8	23,0
2015	42929,3	-168,8	-183,0	14,2
2016	42760,5	-176,0	-186,6	10,6
2017	42584,5	–	–	–
<i>Міське населення</i>				
2012	29791,1	-5,4	-66,9	61,5
2013	29785,7	-44,6	-78,0	33,4
2014	29741,1	-68	-85,2	17,2
2015	29673,1	-116,7	-92,7	-24,0
2016	29556,4	-93,2	-98,9	5,7
2017	29463,23	–	–	–
<i>Сільське населення</i>				
2012	13498,3	-79,6	-72,6	-7,0
2013	13418,7	-86,7	-76,9	-9,8
2014	13332,0	-75,8	-81,6	5,8
2015	13256,2	-52,1	-90,3	38,2
2016	13204,1	-82,8	-87,7	4,9
2017	13121,3	–	–	–

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

У динаміці чисельності населення України на регіональному рівні спостерігаються певні відмінності, обумовлені особливостями як природного, так і міграційного руху населення. Найбільшими коефіцієнтами природного зменшення населення характеризувались найстаріші у демографічному відношенні області: Чернігівська (-10,3%), Сумська (-8,9%), Полтавська (-8,3%), Черкаська (-7,8%), Кіровоградська (-7,7%), Запорізька (-7,1%).

Відносно високий рівень народжуваності і більш низькі показники смертності населення зафіксовано в областях Західного регіону (Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Рівненській), у яких найдовше (до 2003 р.) зберігалось зростання чисельності населення, а пізніше темпи її скорочення були значно меншими, ніж в інших областях. Слід зазначити, що у минулому році у двох західних областях (Закарпатській, Рівненській) і в м. Києві зафіксовано природний приріст у межах від 0,5‰ до 2,0‰ (табл. 1.1.3).

Таблиця 1.1.3

Динаміка природного приросту (убутку) населення України в розрізі областей та м. Києва у 2012–2016 рр., на 1000 населення

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік				
	2012	2013	2014	2015*	2016*
Україна	-3,2	-3,6	-3,9	-4,3	-4,4
<i>Область</i>					
Вінницька	-4,2	-4,9	-5	-5,7	-5,8

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік				
	2012	2013	2014	2015*	2016*
Волинська	1,6	1	0,9	-0,4	-0,4
Дніпропетровська	-4,3	-4,5	-4,9	-6,2	-6,8
<i>Область</i>					
Донецька	-6,3	-6,5	-8,4	-5,3	-4,1
Житомирська	-4,1	-4,6	-4,8	-5,7	-5,7
Закарпатська	3,3	2,9	2,8	1	0,5
Запорізька	-4,2	-4,7	-5,1	-6,5	-7,1
Івано-Франківська	0,2	-0,5	-0,6	-1,5	-1,9
Київська	-3,6	-3,9	-4,3	-4,8	-5,3
Кіровоградська	-5,5	-6	-6,2	-6,9	-7,7
Луганська	-6,4	-6,8	-5,1	-4,1	-3,5
Львівська	-0,6	-0,8	-0,9	-2	-2,0
Миколаївська	-3,2	-3,7	-4	-5,5	-5,8
Одеська	-1,4	-1,9	-2	-3	-3,0
Полтавська	-6,5	-6,9	-7,1	-7,6	-8,3
Рівненська	3,5	2,5	2,1	1,2	1,0
Сумська	-6,9	-7,7	-8,1	-8,2	-8,9
Тернопільська	-2,4	-2,7	-3,2	-4,2	-4,7
Харківська	-4,7	-4,7	-5,2	-6,5	-6,7
Херсонська	-3	-3,5	-3,6	-4,9	-5,4
Хмельницька	-4,2	-4,6	-4,4	-5,1	-5,6
Черкаська	-6,2	-6,6	-6,7	-6,9	-7,8
Чернівецька	0,3	-0,1	0,1	-1,2	-1,4
Чернігівська	-9,2	-9,4	-10,2	-10,3	-10,3
м. Київ	2,1	1,9	1,7	1,8	2,0

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

Додатній загальний приріст населення протягом 2012–2016 рр. спостерігався у Рівненській, Закарпатській, Київській та Волинській областях і м. Києві, у решті регіонів зафіксовано убуток населення. Найбільше скорочення чисельності відзначалося у Чернігівській, Одеській, Полтавській, Кіровоградській, Вінницькій, Житомирській і Черкаській областях (табл. 1.1.4).

Таблиця 1.1.4

Динаміка чисельності населення України в регіональному аспекті за період 2012–2017 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік						2017 р. у% до 2012 р.
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Україна	43289,4	43204,4	43073,1	42928,9	42760,5	42584,5	98,4
<i>Область</i>							
Вінницька	1634,2	1627	1618,3	1610,6	1602,2	1590,4	97,3
Волинська	1038,6	1040	1041,3	1042,9	1042,7	1041,0	100,2
Дніпропетровська	3320,3	3307,8	3292,4	3276,6	3254,9	3230,4	97,3
Донецька	4403,2	4375,4	4343,9	4297	4265,1	4244,0	96,4
Житомирська	1273,2	1268,9	1262,5	1256	1247,5	1240,5	97,4
Закарпатська	1250,7	1254,4	1256,9	1259,6	1259,2	1258,8	100,6
Запорізька	1791,7	1785,2	1775,8	1765,9	1753,6	1739,5	97,1
Ів.-Франківська	1380,1	1381,8	1382,1	1382,6	1382,3	1379,9	100,0
Київська	1719,5	1722,1	1725,5	1729,2	1732,2	1734,5	100,9
Кіровоградська	1002,4	995,2	987,6	980,6	973,1	965,8	96,3
Луганська	2272,7	2256,5	2239,5	2220	2205,4	2195,3	96,6
Львівська	2540,9	2540,7	2538,4	2537,8	2534,2	2534,0	99,7

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік						2017 р. у% до 2012 р.
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Миколаївська	1178,2	1173,5	1168,4	1164,3	1158,2	1150,1	97,6
Одеська	2388,3	2395,2	2396,5	2396,4	2390,3	2386,5	99,9
Полтавська	1477,2	1467,8	1458,2	1449	1438,9	1426,8	96,6
Рівненська	1154,3	1156,9	1158,8	1161,2	1161,8	1162,7	100,7
Сумська	1152,3	1143,2	1133	1123,4	1113,3	1104,5	95,9
Тернопільська	1080,4	1077,3	1073,3	1069,9	1065,7	1059,2	98,0
Харківська	2742,2	2744,4	2737,2	2731,3	2718,6	2701,2	98,5
Херсонська	1083,4	1078,2	1072,5	1067,9	1062,4	1055,6	97,4
Хмельницька	1320,2	1314	1307	1301,2	1294,4	1285,3	97,4
Черкаська	1277,3	1268,9	1260	1251,8	1243	1231,2	96,4
Чернівецька	905,3	907,2	908,5	910	909,9	908,1	100,3
Чернігівська	1088,5	1077,8	1066,8	1055,7	1045	1033,4	94,9
м. Київ	2814,3	2845	2868,7	2888	2906,6	2925,8	104,0

1.2. Зрушення у статеві-віковій структурі населення

На соціальний та економічний розвиток України суттєво впливає статеві-віковий склад населення. Сучасна структура населення України є результатом її демографічного розвитку за останні 100 років. Вона сильно деформована соціальними катастрофами першої половини ХХ століття. Основним результатом еволюційної зміни вікового складу населення України є його постаріння, яке простежується за всіма показниками, що вимірюють цей процес. Процес демографічного старіння населення є результатом, передусім, зниження народжуваності та збереження її впродовж тривалого періоду на рівні, що не забезпечує навіть простого відтворення поколінь. В економічно розвинутих країнах до цього додається вплив зростання очікуваної тривалості життя населення. Істотною протидією старінню населення цих країн є міграція, оскільки приїздить, в основному, молодь. В Україні міграція посилює вплив низької народжуваності, а помітного зростання очікуваної тривалості життя населення, особливо старшого віку, не спостерігається. Демографічне старіння є одним із проявів трансформації вікової структури населення у процесі демографічного переходу. Збільшення частки економічно та соціально неактивних людей похилого віку, за умов одночасного зменшення частки дітей та населення працездатного віку, впливає на різні сфери життєдіяльності українського соціуму. На тлі загального зниження чисельності населення його старіння у нашій країні у найближчі десятиріччя прогресуватиме, адже невдовзі саме особливості наявної вікової структури діятимуть у бік значного збільшення частки людей похилого віку. Потрібні неординарні зусилля для адаптації суспільства до цього глобального процесу трансформації вікової структури, щоб ситуація не перетворилася на так звану «кризу старіння», яка загрожує країнам із низькою народжуваністю.

Україна належить до країн із досить високим рівнем старіння населення. За величиною частки осіб віком 60 років і старше у загальній чисельності населення наша країна входить у число 30 найстаріших держав світу.

Станом на початок 2016 р. частка дітей у населенні України становила 16,1%, осіб у працездатному віці – 61,8%, старше працездатного – 22,1% (табл. 1.2.1).

Розподіл населення України за укрупненими віковими групами у 2012–2016 рр.,%

Рік	Частка населення у віці		
	допрацездатному	працездатному	післяпрацездатному
<i>Міські та сільські поселення</i>			
2012	15,4	63,4	21,2
2013	15,5	63,1	21,4
2014	15,7	62,7	21,6
2015	15,9	62,2	21,8
2016	16,1	61,8	22,1
<i>Міські поселення</i>			
2012	14,5	65,3	20,1
2013	14,7	64,8	20,5
2014	15,0	64,2	20,8
2015	15,2	63,5	21,2
2016	15,4	62,9	21,7
<i>Сільські поселення</i>			
2012	17,2	59,3	23,5
2013	17,3	59,4	23,4
2014	17,4	59,4	23,2
2015	17,5	59,4	23,1
2016	17,6	59,3	23,1

Регіональний аналіз старіння населення України призводить до висновку: чим більше людей літнього віку у регіонах, тим менше дітей.

У цілому ж в Україні спостерігається суттєва регіональна варіація рівнів старіння населення. До «старших» областей країни належать північні та північно-східні, до відносно «молодших» – західні регіони, м Київ та окремі південні. Наразі найвищим рівнем старіння вирізняється населення Чернігівської області (майже 19%), а найнижчим – Закарпатської (11,4%).

Однією з найбільш виразних особливостей старіння в нашій країні є помітна гендерна асиметрія у складі літнього населення: майже дві третини осіб, що досягли першого порогу старості, представлені в Україні літніми жінками. Статева диспропорція у складі літнього контингенту стрімко зростає з віком: серед осіб, що досягли порогу довголіття (80 років), чисельність жінок у 2,5 разу перевищує кількість чоловіків, а ближче до досягнення 100-річної вікової відмітки жінок-довгожителюк у нашій країні вже майже вчетверо більше, ніж чоловіків.

Попри високий у цілому рівень старіння в Україні за такими його показниками, як частка осіб, старших від 65 (і тим більше 60) років, наша країна дотепер має порівняно невисоку частку довголітніх людей. Це пояснюється її відставанням від розвинених європейських країн за очікуваною тривалістю життя і невисоким рівнем дожиття до порогу довголіття – до 80 років.

Найвищий коефіцієнт довголіття (кількість осіб у віці понад 80 років у середньому на 100 людей старше 60 років) у сільських жителів Чернігівської, Хмельницької, Волинської і Житомирської областей; найнижчий – в Одеській, Херсонській, Закарпатській областях. Серед міських жителів найвищим рівнем довголіття виділяються східні та південні області,

найнижчим – Закарпатська область. Загалом найвищий коефіцієнт довголіття нині спостерігається у Чернігівській, Тернопільській, Волинській і Хмельницькій областях. Внаслідок нижчої очікуваної тривалості життя чоловіків порівняно з жінками, чоловіче населення характеризується нижчим у 1,7 разу рівнем старіння, ніж жіноче. Серед жінок близько 19% у віці понад 65 років, серед чоловіків – понад 11%.

За роки незалежності спостерігаються нові тенденції – дуже швидкі темпи старіння міського населення: частка міського населення у віці понад 65 років збільшилася в 1,5 разу, сільського – в 1,1 разу.

Важливим індикатором процесу старіння є індекс старіння, який показує кількість осіб старше 65 років у розрахунку на 100 дітей у віці до 15 років. За 1990–2016 рр. індекс старіння в Україні зріс майже удвічі, у тому числі у міських поселеннях, де переважають малодітні сім'ї, таке зростання становило 2,3 разу, у селах – лише у 1,4 разу.

В Україні частка осіб віком понад 65 років у 2016 р. становила майже 16%, поряд з цим за шкалою ООН старим населенням вважається тоді, коли частка населення країни у зазначеному віці складає більше 7%. Тому населення України оцінюється як дуже старе, про що свідчать також характеристики статеві-вікової піраміди: наявна вузька основа та відносно велика частка населення пенсійного віку (рис. 1.2.1).

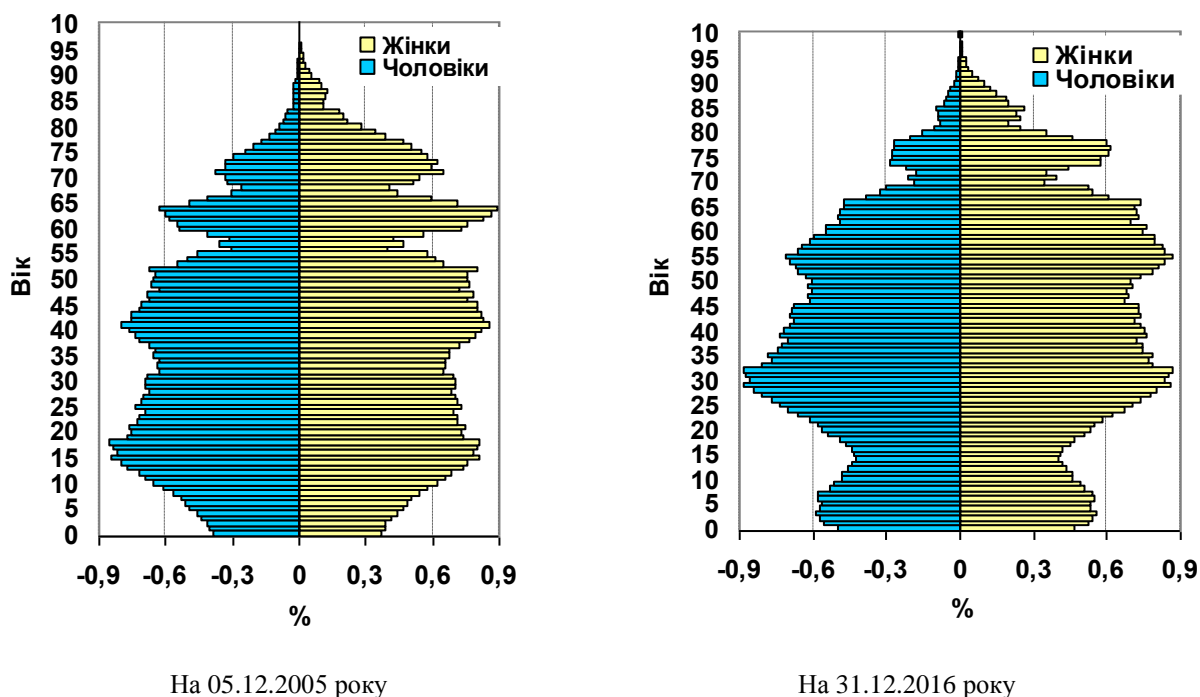


Рис. 1.2.1 – Статеві-вікові піраміди населення України у 2001 р. і на кінець 2016 р. (тис. осіб)

1.3. Тенденції народжуваності населення

На початку XXI століття в Україні спостерігається підвищення рівня народжуваності, яке тривало з невеликими перервами протягом 2002–2012 років. До цього періоду, навпаки, зафіксовано швидке падіння народжуваності. Так, кількість народжених у 2001 р. (358,6 тис.) зменшилася в 1,7 разу порівняно з 1990 р. (624,6 тис.) (рис. 1.3.1.).

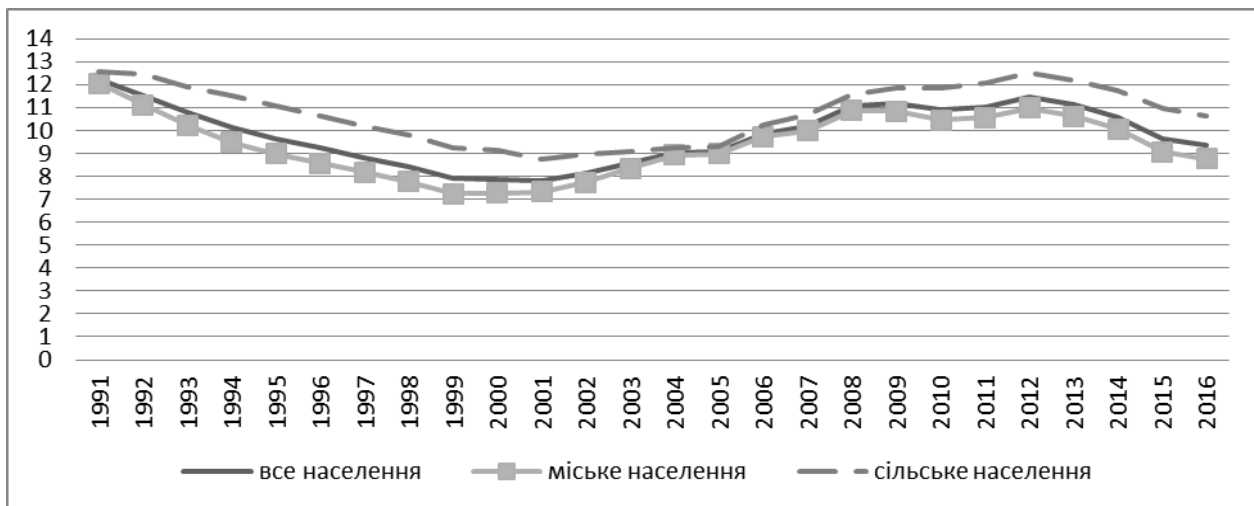


Рис. 1.3.1. Рівень народжуваності населення України за період 1991–2016 рр., %

У 2013 р. знову відновилася тенденція до скорочування народжуваності, як у міських поселеннях, так і в сільській місцевості. Так, у 2016 р. число народжень в Україні порівняно з 2012 р. в абсолютному вимірі зменшилось на 94,4 тис. осіб (у міських поселеннях – на 63 тис., у сільській місцевості – на 31,4 тис.). У 2016 р. народилося на 14,8 тис. менше, ніж у 2015 р., а загальний коефіцієнт народжуваності знизився з 9,6‰ у 2015 р. до 9,3‰ у 2016 р. (табл. 1.3.1).

Таблиця 1.3.1.

Динаміка чисел народжених та загальних коефіцієнтів народжуваності (розраховано за даними Державної служби статистики України)

Рік	Число народжених (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти народжуваності (‰)			
	Міські поселення та сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення у% до сільської місцевості	Міські поселення і сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення у% до сільської місцевості
2012	491,4	323,0	168,4	191,8	11,4	10,8	12,5	86,7
2013	475,1	312,4	162,7	192,0	11,0	10,5	12,2	86,3
2014	465,9	306,3	159,6	191,9	10,8	10,3	12,0	85,9
2015	411,8	266,1	145,7	182,6	9,6	9,0	11,0	81,4
2016	397,0	260,0	137,0	189,7	9,3	8,8	10,4	84,5
2016 р. у% до 2012 р.	80,8	80,5	81,4	x	81,9	81,2	83,3	-

Примітка: без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

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

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

Сезонні відхилення помісячних чисел народжених від середньорічних значень також вказують на зміну сезонної хвилі народжень. У першій половині 90-х років минулого століття помісячні числа народжених у січні-липні перевищували середньорічні значення, а у вересні-грудні були помітно нижчими. На початку поточного століття більш низькі числа помісячних народжень у жовтні-грудні зберігалися, але найбільше значення явно змістилося на літні місяці. У 2010 р. і 2016 р. число народжень було найнижчим у перші і останні місяці року, а найбільші значення відзначалися в червні-липні і липні-серпні відповідно.

За минулі роки ХХІ ст. відбулися помітні зрушення у народжуваності в Україні, зокрема зменшилась кількість позашлюбних народжень – з 98,3 тис. осіб, або 21,1% від загальної кількості народжень, до 84,8 тис. осіб, або 20,6% від усіх народжених у 2015 р. Число народжених жінками, які перебувають у незареєстрованому шлюбі, обумовлене не тільки дійсно позашлюбною дітородною активністю, але й поширенням незареєстрованих шлюбів, які стали досить розповсюдженим явищем в Україні і, виходячи з досвіду західних країн, матимуть тенденцію до стабілізації. Народжуваність поза зареєстрованим шлюбом в Україні відрізняється від розвинутих країн Європи як усе ще меншою поширеністю, так і тією негативною рисою, що позашлюбна народжуваність у нас є найбільш високою саме в наймолодших вікових групах жінок, народження дітей у яких є наслідком надто ранніх і часто небажаних вагітностей.

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

В Україні спостерігається суттєва регіональна диференціація народжуваності. Диференціація областей України за рівнем народжуваності пов'язана не тільки з відмінностями в інтенсивності народжуваності, але й з особливостями вікової структури населення. За даними 2016 р., цей показник був нижчим за середній по Україні (9,3%) у 9 областях (табл. 1.3.2). Значення загального коефіцієнта народжуваності коливалися від 8,0% у Сумській до 13,5% у Рівненській області. Також існує диференціація в народжуваності за типом поселення. Наприклад, для Закарпатської області по містах показник народжуваності становить 12,2% і є найвищим серед областей (якщо не враховувати м. Київ, де показник народжуваності 12,5%), а для сільського населення найвищий показник у Рівненській області – 15,3%.

За рівнем народжуваності регіони України розподіляються на три групи. Східні області, яким притаманна надзвичайно низька народжуваність, яка навіть наполовину не забезпечує відновлення чисельності населення (Сумська, Чернігівська, Луганська, Донецька,

Полтавська, Харківська області). Західні області (Волинська, Рівненська, Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька, до них наближається Одеська) мають відносно високі показники народжуваності. Їм притаманні порівняно високі сумарні коефіцієнти народжуваності (1,4–1,6 дитини на одну жінку). Це переважно території, де зберігаються традиції дводітності, які демонструють найменші в країні показники поширеності абортів, з удвічі нижчою за український рівень часткою позашлюбної народжуваності. До третьої групи належить решта областей (демографічно старі регіони півночі та центру), в яких показники відтворення населення знаходяться на рівні середньоукраїнських.

Таблиця 1.3.2.

**Регіональна диференціація загального коефіцієнта народжуваності в Україні у 2015–2016 рр.
(розраховано за даними Державної служби статистики України)**

Регіон	Кількість народжених на 1000 населення					
	усе населення		міське населення		сільське населення	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Україна	9,3	9,6	8,8	9,1	10,4	10,8
<i>Область</i>						
Вінницька	9,6	10,2	10,1	10,4	9,1	10,0
Волинська	12,5	12,8	11,4	11,8	13,7	14,0
Дніпропетровська	9,6	10,2	9,7	10,1	9,1	10,8
Донецька	4,5	3,9	4,3	3,9	6,9	4,4
Житомирська	10,4	11,0	10,3	10,6	10,7	11,4
Закарпатська	12,7	13,3	12,2	12,7	13,0	13,7
Запорізька	9,0	9,4	8,7	9,1	9,9	10,5
Івано-Франківська	10,6	11,3	9,8	10,4	11,2	11,9
Київська	11,0	11,7	11,3	11,8	10,5	11,5
Кіровоградська	9,1	9,7	9,2	9,3	9,0	10,3
Луганська	2,9	2,4	2,5	2,3	5,6	3,0
Львівська	10,7	11,0	9,8	10,3	12,1	12,1
Миколаївська	9,3	9,9	9,0	9,2	10,1	11,5
Одеська	11,1	11,5	10,1	10,2	13,1	14,0
Полтавська	8,7	9,3	8,7	9,1	8,7	9,7
Рівненська	13,5	13,9	11,5	11,9	15,3	15,7
Сумська	8,0	8,8	8,6	8,8	6,6	8,7
Тернопільська	9,4	10,1	9,8	10,4	9,1	9,9
Харківська	8,9	9,2	8,7	9,0	9,4	9,6
Херсонська	10,2	10,7	10,3	10,1	10,0	11,7
Хмельницька	9,9	10,6	10,3	10,9	9,3	10,3
Черкаська	8,6	9,2	8,9	9,2	8,1	9,3
Чернівецька	11,2	11,7	10,0	10,0	12,2	13,0
Чернігівська	8,2	8,7	8,6	8,9	7,3	8,2
м. Київ	12,5	12,3	12,5	12,3	-	-

Примітка: без урахування частини зони проведення антитерористичної операції.

Однією з характерних особливостей народжуваності в Україні є перехід до малодітності. Як за результатами Першого Всеукраїнського перепису населення 2001 р., так і згідно з даними щорічних вибірових обстежень умов життя домогосподарств, найпоширенішим типом домогосподарств із дітьми віком до 18 років є одnodітні сім'ї. Динамічні порівняння даних переписів населення свідчать, що кількість сімей, які обмежуються лише однією дитиною, постійно збільшується. Така сама тенденція простежується й за результатами вибірових обстежень. Так, якщо у 2000 р. частка

домогосподарств з однією дитиною серед усіх домогосподарств із дітьми становила 61%, то у 2011 р. однодітних домогосподарств було вже 75% (22% – дводітні сім'ї та 3% мали у своєму складі трьох і більше дітей).

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

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

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

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

«Постаріння» материнства проявляється, насамперед, у зростанні середнього віку матері на момент народження дитини. Якщо у середині 1990-х років цей показник був на рівні 24,5 року, то за даними 2015 р. він піднявся до 27,9 року (рис. 1.3.2).

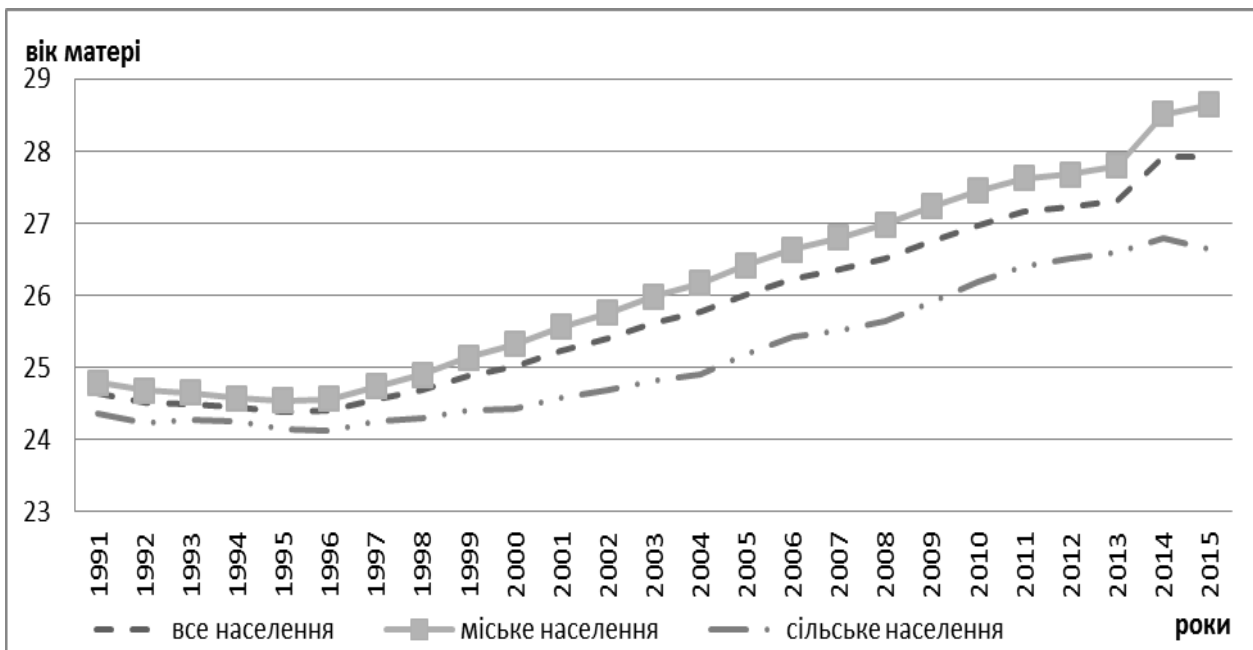


Рис. 1.3.2. Середній вік матері при народженні дитини у 1991–2015 рр., років

Іншою ілюстрацією «постаріння» материнства є той факт, що за повільного зростання на початку нового тисячоліття (а в деякі роки навіть незначного зменшення) інтенсивності народжуваності у молодших дітородних групах жінок, рівень народжуваності у жінок середнього і старшого репродуктивного віку невідмінно зростає, починаючи з 2001 року. Так, у 2012 р. порівняно з 2000 р. інтенсивність народжуваності жінок у віці 35–39 років зросла майже втричі та становила 26,4‰.

Зміни в дітородній поведінці населення обумовлені, з одного боку, зовнішніми економічними умовами, що характеризують соціальний статус жінки у суспільстві, рівень її освіти, зайнятості, доходів, соціальної захищеності, а з іншого – ступенем задоволення особистих потреб та інтересів. Для багатьох країн Європи та світу з низьким і дуже низьким рівнем народжуваності, до яких належить й Україна, незабезпечення самовідтворення людності стало феноменом і одним з основних викликів людства в наші дні (рис. 1.3.3, рис. 1.3.4).

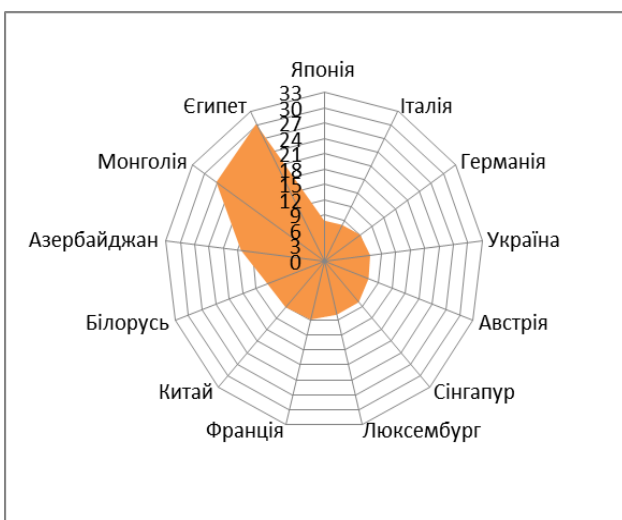


Рис. 1.3.3. Порівняння рівня народжуваності в країнах світу, на 1000 осіб

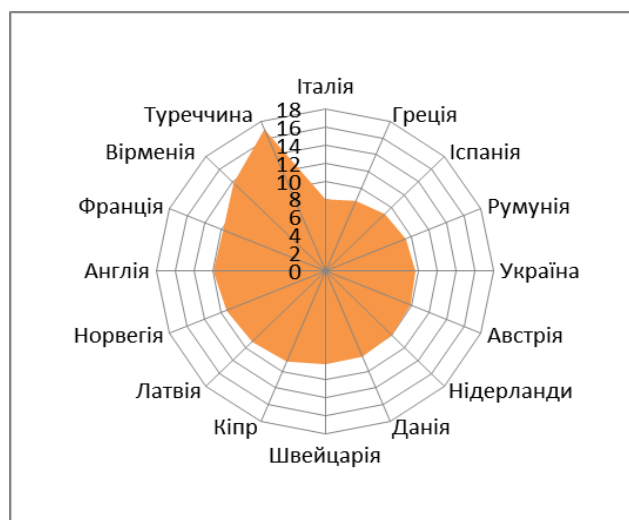


Рис. 1.3.4. Порівняння рівня народжуваності в країнах Європи, на 1000 осіб

1.4. Динаміка смертності населення

Тренд смертності населення України за роки незалежності залишається вкрай неблагополучним. Зростання числа померлих і загального коефіцієнта смертності переважає в Україні за останні півстоліття, що обумовлено як старінням населення, так і підвищенням інтенсивності смертності. Особливо швидке зростання відзначалося в 1991–1995 рр., за яким ішов спад 1996–1998 рр., а потім відновлення зростання. Найбільше число померлих зареєстровано в 2005 р. – 745 тисяч осіб, або 16,7‰ (рис. 1.4.1).

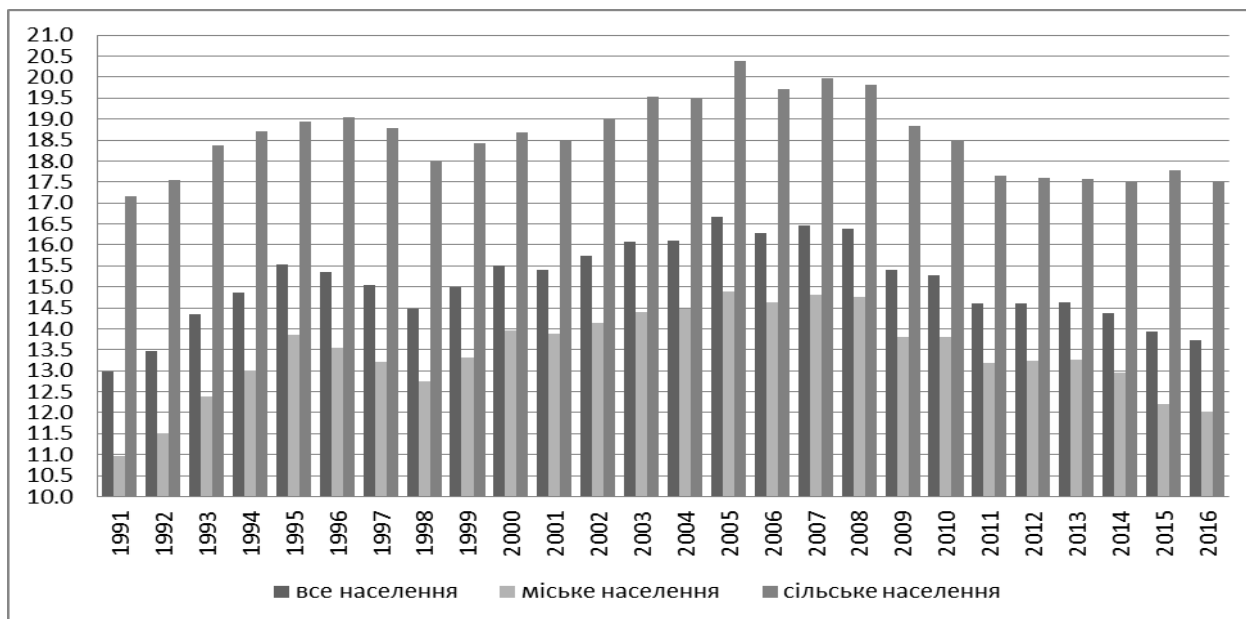


Рис. 1.4.1. Коефіцієнти смертності населення України за період 1991–2016 рр., ‰

Незважаючи на позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності останніми роками, український показник у 2016 р. залишається одним із найвищих у Європі і світі (рис. 1.4.2., рис. 1.4.3.).

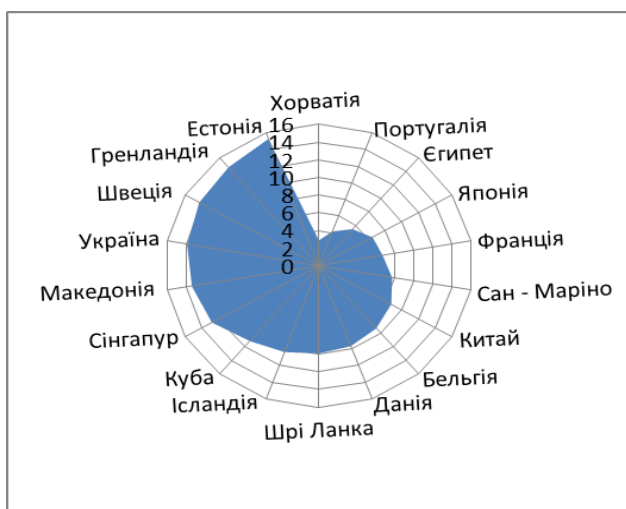


Рис. 1.4.2. Порівняння рівня смертності і в країнах світу, на 1000 осіб

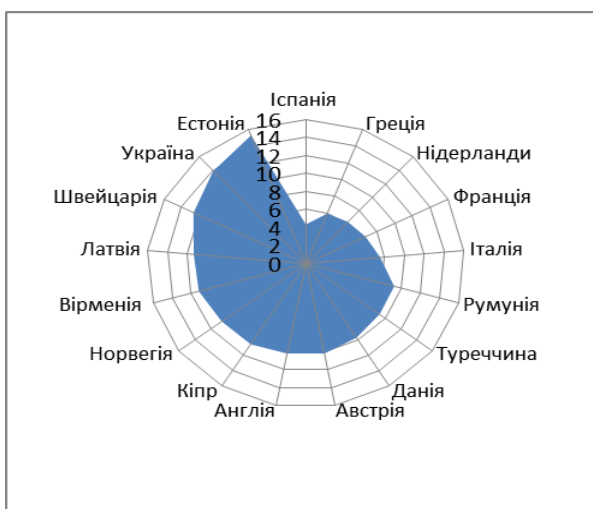


Рис. 1.4.3. Порівняння рівня смертності в країнах Європи, на 1000 осіб

У 2016 р. кількість померлих в Україні становила 583,6 тис. осіб¹, що було на 11,2 тис. осіб менше, ніж у 2015 році. У міських поселеннях абсолютне число померлих у 2016 р. порівняно з попереднім роком залишилося майже без змін, а у сільській місцевості скоротилось на 11,3 тис. осіб (табл. 1.4.1). Загалом за п'ятирічний період кількість померлих в Україні зменшилася у 2016 р. порівняно з 2012 р. на 47,3 тис. осіб, або на 7,5% (у містах – на 31 тис. осіб, у селах – на 16,3 тис. осіб).¹

Таблиця 1.4.1

**Кількість померлих та загальні коефіцієнти смертності в Україні у 2012–2016 рр.
(розраховано за даними Державної служби статистики України)**

Рік	Число померлих (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти смертності (‰)			
	Міські поселення і сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення у% до сільської місцевості	Міські поселення і сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення у% до сільської місцевості
2012	630,9	389,9	241,0	161,8	14,6	13,1	17,9	73,1
2013	630,0	390,4	239,6	162,9	14,6	13,1	17,9	73,2
2014	632,7	391,5	241,2	162,3	14,7	13,2	18,1	72,6
2015	594,8	358,7	236,1	152,0	13,9	12,1	17,9	67,8
2016	583,6	358,9	224,7	159,7	13,7	12,2	17,1	71,1
2016 р. у% до 2012 р.	92,5	92,0	93,3	–	93,8	92,9	95,5	–

Примітка: без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Динаміка кількості померлих великою мірою визначається в Україні коливаннями вікової інтенсивності смертності та змінами вікової структури. Розрахунки показують, що у 2012–2016 рр. кількість померлих в Україні від структурних факторів залежить на 55%. Решта 45% – це зниження інтенсивності смертності в результаті впливу інших факторів, насамперед соціально-економічних. Отже, ситуація щодо смертності в Україні останніми роками визначалася більше структурними чинниками, ніж соціально-економічними.

Порівняно з 2015 р., загальний коефіцієнт смертності в 2016 р. збільшився у 3 областях України, в 7 областях залишився майже без змін і в 15 регіонах знизився. Найбільш значне зниження зафіксовано в Житомирській та Вінницькій областях (на 3,2% та 3%), Івано-Франківській та Чернігівській областях (на 2,6%). Підвищення загального коефіцієнта смертності спостерігалось в Запорізькій (на 1,3%), Черкаській та Кіровоградській областях (на 1,1%). У Харківській області коефіцієнт смертності залишився на рівні 15,6‰, а в м. Києві – на рівні 10,5‰. (табл. 1.4.2).

¹ Без частини зони проведення антитерористичної операції.

**Територіальні відмінності загальних коефіцієнтів смертності в Україні у 2015–2016 рр.
(розраховано за даними Державної служби статистики України)**

Регіон	Кількість померлих на 1000 населення					
	усе населення		міське населення		сільське населення	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Україна	13,7	13,9	12,2	12,4	17,1	17,1
<i>Область</i>						
Вінницька	15,4	15,9	12,0	11,6	19,0	20,3
Волинська	13,0	13,2	11,1	10,8	14,9	15,8
Дніпропетровська	16,4	16,5	16,2	15,8	17,5	19,8
Донецька	8,7	9,3	8,1	9,1	14,3	10,8
Житомирська	16,2	16,7	13,8	13,2	19,5	21,7
Закарпатська	12,2	12,3	12,2	11,9	12,3	12,6
Запорізька	16,1	15,9	15,3	14,9	18,9	19,5
Івано-Франківська	12,5	12,8	10,5	10,1	14,0	14,8
Київська	16,3	16,4	13,2	12,8	21,3	22,4
Кіровоградська	16,8	16,6	15,4	15,0	19,2	19,2
Луганська	6,4	6,5	5,4	6,1	13,1	9,2
Львівська	12,7	13,0	11,4	11,2	14,8	15,6
Миколаївська	15,1	15,4	14,8	14,3	15,8	17,6
Одеська	14,1	14,4	13,6	13,3	15,0	16,7
Полтавська	17,1	17,0	14,8	14,5	20,8	20,9
Рівненська	12,5	12,7	10,2	9,9	14,5	15,2
Сумська	16,9	17,0	14,7	14,4	21,5	22,6
Тернопільська	14,1	14,3	10,3	10,4	17,1	17,4
Харківська	15,6	15,6	15,1	14,7	17,7	19,5
Херсонська	15,5	15,6	16,0	15,6	14,8	15,6
Хмельницька	15,5	15,8	11,4	11,1	20,8	21,7
Черкаська	16,4	16,2	13,3	13,0	20,5	20,3
Чернівецька	12,7	12,9	11,1	10,7	13,8	14,5
Чернігівська	18,5	19,0	14,4	14,2	26,0	27,7
м. Київ	10,5	10,5	10,5	10,5	-	-

Примітка: без урахування частини зони проведення антитерористичної операції.

У формуванні рівня смертності беруть участь усі вікові групи, у тому числі й дітей віком до одного року, показник смертності яких є важливим індикатором якості життя та соціального клімату в Україні. На відміну від загального коефіцієнта смертності, який за роки незалежності змінювався хвилеподібно, то смертність немовлят мала сталу тенденцію до зниження. Так, з початку 1990-х рр. коефіцієнт смертності немовлят зменшився з 15,1‰ у 1991 р. до 7,4‰ у 2016 р., або майже на 51%.

У 2016 році було зареєстровано 2955 дітей, померлих у віці до одного року, що на 10,9% менше, ніж у 2015 р., при цьому у міській поселеннях він становив 7,2 померлого до одного року на тисячу народжених, у сільській місцевості – 7,9 відповідно. Порівняно з 2012 р. рівень смертності немовлят у 2016 р. знизився на 11,5%, у містах – на 11%, у сільській місцевості – на 12,5%. (табл.1.4.3).

Незважаючи на неоднозначну оцінку спеціалістами достовірності офіційної статистики смертності немовлят, слід зазначити, що Україні вдалося досягнути певних успіхів у сфері збереження життя новонароджених. Смертність немовлят, що інтенсивно зростала у першій половинні 90-х років, впродовж 1995–2004 рр. мала досить сталу тенденцію до зниження, і лише у 2005 р. зареєстровано підвищення її рівня до 10,0 на 1000 новонароджених. З 2006 р. тенденція зниження смертності немовлят відновилася і триває до наших днів.

**Смертність дітей віком до одного року в Україні у 2012–2016 рр.
(розраховано за даними Державної служби статистики України)**

Рік	Померло дітей у віці до 1 року					
	осіб			на 1000 живонароджених		
	обидві статі	хлопчики	дівчатка	обидві статі	хлопчики	дівчатка
<i>Міські поселення та сільська місцевість</i>						
2012	4133	2356	1777	8,4	9,3	7,5
2013	3839	2201	1638	8,1	9,0	7,1
2014	3656	2124	1532	7,8	8,8	6,8
2015*	3318	1928	1390	8,1	9,1	7,0
2016*	2955	1717	1238	7,4	8,4	6,5
<i>Міські поселення</i>						
2012	2613	1522	1091	8,1	9,1	7,0
2013	2426	1382	1044	7,8	8,6	6,9
2014	2316	1339	977	7,6	8,5	6,6
2015*	2102	1215	887	7,9	8,8	6,9
2016*	1872	1082	790	7,2	8,1	6,3
<i>Сільська місцевість</i>						
2012	1520	834	686	9,0	9,6	8,4
2013	1413	819	594	8,7	9,8	7,5
2014	1340	785	555	8,3	9,4	7,1
2015*	1216	713	503	8,3	9,4	7,2
2016*	1083	635	448	7,9	8,9	6,8

Примітка: без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

У структурі смертності немовлят провідні позиції займають зовнішні причини, тобто ті причини, яким можна запобігти. Нині смертність від зовнішніх причин залишається третьою у структурі смертності дітей до одного року. Майже половина смертних випадків у дітей цього віку зумовлена окремими станами, що виникають у перинатальному періоді, а разом із такою причиною, як природжені вади розвитку, – близько $\frac{3}{4}$ усіх смертей немовлят. За попередніми даними, у минулому році розподіл трьох основних причин смерті немовлят виглядає наступним чином: окремі стани, що виникли у перинатальному періоді, – майже 52%, природжені вади розвитку – майже 25%, зовнішні причини – 5,8%.

При цьому в Україні частина немовлят, які за критерієм ВООЗ вважаються померлими на першому тижні життя, при розрахунку коефіцієнтів смертності немовлят не враховуються, тому реальний розрив України та інших розвинутих країн за рівнем смертності дітей віком до одного року ще сильніший (рис. 1.4.4).

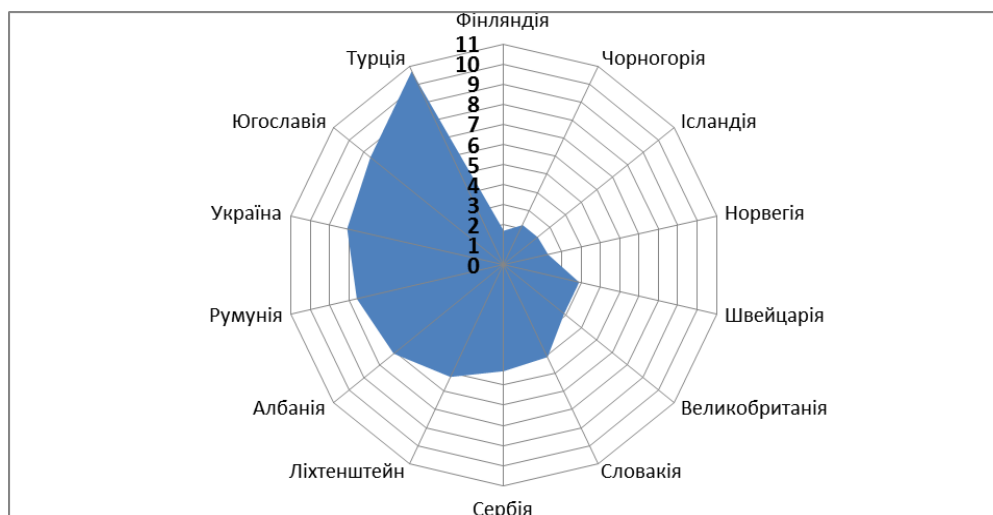


Рис. 1.4.4. Смертність немовлят в Україні та в окремих країнах Європи у 2015 р., ‰

В Україні, починаючи із середини 1970-х і до 2016 р. включно, більше половини смертей зумовлено хворобами системи кровообігу. У 2016 р. смертність від причин цього класу досягала 920,3 осіб на 100 тис. населення і порівняно з 2012 р. зменшилась на 3,9%.

Друге місце серед причин смерті за поширеністю займають новоутворення (переважно злоякісні). У 2016 р. смертність від новоутворень становила 184,9 померлого на 100 тис. населення в Україні, а в 2012 р. – 203,2.

Третє місце серед причин смерті населення України стало утримують зовнішні причини. За даними 2016 р., смертність від зовнішніх причин склала 72,9 проти 90,0 на 100 тис. осіб у 2012 році. Тенденція скорочення частки смертей від зовнішніх причин, безумовно, сприятлива, але втрати від них залишаються занадто високими.

Водночас частка померлих від хвороб органів травлення поступово підвищувалася з 2012 р. до 2013 р., а далі поступово скорочується. Якщо до 1990-х років вона не досягала 3% від загального числа померлих, то в 2016 р. піднялась до 3,8%. У смертність від захворювань цього класу значним є внесок алкогольних хвороб печінки, на які припадає 7,7% померлих від хвороб даного класу.

Серед інфекційних та паразитарних хвороб, що обумовлюють близько 1,7% смертей в Україні, особлива роль належить туберкульозу, на який у 2016 р. припадало 46,5% померлих від цього класу причин. Значною є частка померлих від захворювань, викликаних ВІЛ, на які в 2016 р. припадало 40,7%, що дещо менше порівняно з 2012 р. (39,7%) (табл. 1.4.4).

Таблиця 1.4.4

Смертність населення України у 2012–2016 рр. за причинами смерті (на 100 тис. осіб)*

Причина смерті	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2016 р у% до 2015 р.
Усього померлих	1454,5	1456,1	1470,4	1388,3	1367,6	-1,5
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби, у т.ч.:	30,2	27,9	25,5	23,1	26,5	14,7
туберкульоз	15,2	14,1	12,2	10,7	12,3	14,7
ВІЛ	12,0	11,0	10,2	9,4	10,8	14,7
Новоутворення	203,2	202,7	195,1	185,6	184,9	-0,4
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	14,7
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	5,5	5,3	5,2	5,1	5,8	14,7
Розлади психіки та поведінки, у т.ч.:	3,4	3,6	3,7	3,0	3,5	14,7
внаслідок вживання алкоголю	2,0	2,2	2,2	1,7	2,0	14,7
Хвороби нервової системи	13,0	13,1	13,7	11,4	13,0	14,7
Хвороби системи кровообігу	957,5	968,2	989,8	944,2	920,3	-2,5
Хвороби органів дихання, у т.ч.:	37,2	36,1	34,4	32,6	32,3	-0,7
грип і пневмонія	11,6	11,9	11,6	11,6	11,5	-0,7
Хвороби органів травлення, у т.ч.:	60,8	61,5	58,7	53,3	51,8	-2,8
алкогольні хвороби печінки	5,7	5,9	5,0	4,1	4,0	-2,8
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,3	1,1	1,2	1,0	1,2	14,7
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1,3	1,3	1,2	1,1	1,3	14,7
Хвороби сечостатевої системи	6,9	6,7	6,3	6,0	6,9	14,7
Ускладнення при вагітності, пологах та в післяпологовому періоді	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	14,7
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	5,1	4,7	4,6	4,0	4,6	14,7
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	4,0	3,7	3,5	3,4	3,9	14,7

Причина смерті	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2016 р у% до 2015 р.
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	34,2	32,5	33,5	33,0	37,8	14,7
Зовнішні причини смертності	90,0	87,0	93,3	80,7	72,9	-9,7

Примітка: розраховано за даними Державної служби статистики України.

1.5. Тривалість життя

Динаміка очікуваної тривалості життя (ОТЖ) населення України у 1990-х роках і на початку ХХІ ст. була неоднозначною. У цілому в тенденціях тривалості життя за вказані роки можна виділити декілька коротких періодів: період загального і стрімкого скорочення тривалості життя – 1990–1995 рр.; період короткочасного незначного підвищення тривалості життя – 1996–1998 рр.; період зниження і стагнації тривалості життя на дуже низькому рівні – 1999–2005 роки.

З 2006 р. розпочалося підвищення ОТЖ, яке тривало до 2013 р., але темпи змін дуже відрізнялися за роками. У цілому за даний період ОТЖ для чоловіків зросло на 4 роки (місто – на 4,2 року, село – на 3,7 року), а для жінок – на 2,4 року (місто – 2,5 року, село – на 2 роки). Максимальне зростання ОТЖ зафіксовано у 2009 р.: у чоловіків на 2 роки, у жінок – на 0,85 року, при цьому тривалість життя міських чоловіків збільшилася на 2,05, а сільських – 2,12 року; у жінок, навпаки, зростання тривалості життя було дещо вищим у містах, ніж у селах (відповідно 0,90 і 0,75 року).

У 2013 р. в Україні був досягнутий історичний максимум ОТЖ для жінок – 76,2 року, а для чоловіків цей показник становив 66,3 року (табл. 1.5.1). Незважаючи на певну неточність розрахунку показників ОТЖ, наявний факт позитивної динаміки показників підвищення життєздатності населення України. У 2013 р. в Україні ОТЖ при народженні досягла рівня показників останнього благополучного щодо смертності 1990 року.

Таблиця 1.5.1.

Зміни очікуваної тривалості життя населення України у 2011–2016 рр. за даними Державної служби статистики України (років)

Рік	Чоловіки			Жінки		
	міські поселення	сільські поселення	усі поселення	міські поселення	сільські поселення	усі поселення
<i>Середня тривалість життя</i>						
2012	66,9	64,5	66,1	76,4	75,1	76,0
2013	67,1	64,7	66,3	76,6	75,3	76,2
2014*	67,1	64,5	66,3	76,8	75,3	76,4
2015*	67,3	64,7	66,4	76,7	75,4	76,3
2016*	67,2	64,8	66,4	76,6	75,5	76,3
<i>Приріст (зменшення)</i>						
2012–2013	0,26	0,14	0,21	0,24	0,12	0,21
2013–2014	-0,02	-0,14	-0,05	0,24	0,05	0,18
2014–2015	0,19	0,21	0,12	-0,17	0,07	-0,12
2015–2016	-0,08	0,06	0,03	-0,06	0,12	0,05
2012–2016	0,35	0,27	0,31	0,25	0,36	0,32

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

В Україні у 2016 р. ОТЖ при народженні порівняно з 2012 р. збільшилась для чоловіків на 0,31 року і становить 66,4 року, для жінок – на 0,32 року (з 76,0 до 76,3 року) (табл. 1.5.2).

Таблиця 1.5.2

Зміни очікуваної тривалості життя населення областей України у 2012 р. та 2015 р. (років)

Адміністративно-територіальна одиниця	Чоловіки			Жінки		
	2016 р.	2012 р.	приріст	2016 р.	2012 р.	приріст
Україна	66,37	66,11	0,26	76,25	76,02	0,23
<i>Область</i>						
Вінницька	66,91	66,99	-0,08	77,01	76,71	0,30
Волинська	65,69	66,10	-0,41	77,50	76,72	0,78
Дніпропетровська	64,68	64,56	0,12	74,96	74,64	0,32
Житомирська	64,00	64,23	-0,23	75,42	75,38	0,04
Закарпатська	66,67	67,02	-0,35	74,56	74,95	-0,39
Запорізька	65,87	66,28	-0,41	76,05	76,25	-0,20
Ів.-Франківська	68,31	68,52	-0,21	77,96	78,05	-0,09
Київська	64,64	64,97	-0,33	75,35	75,64	-0,29
Кіровоградська	64,97	64,26	0,71	75,52	74,98	0,54
Львівська	68,46	68,45	0,01	78,13	77,71	0,42
Миколаївська	65,31	64,80	0,51	75,17	75,08	0,09
Одеська	65,94	65,51	0,43	74,69	74,47	0,22
Полтавська	66,09	66,11	-0,02	76,25	76,07	0,18
Рівненська	66,04	66,59	-0,55	76,72	76,35	0,37
Сумська	65,98	65,76	0,22	76,39	76,32	0,07
Тернопільська	68,43	68,33	0,10	78,12	78,20	-0,08
Харківська	66,35	66,85	-0,50	75,71	76,23	-0,52
Херсонська	64,75	64,68	0,07	75,12	75,14	-0,02
Хмельницька	66,46	66,39	0,07	77,06	76,68	0,38
Черкаська	67,10	66,09	1,01	76,76	76,25	0,51
Чернівецька	68,54	68,62	-0,08	77,16	77,20	-0,04
Чернігівська	64,44	64,48	-0,04	76,09	76,09	0,00
м. Київ	69,79	69,93	-0,14	77,84	77,86	-0,02

Сам по собі цей рівень дуже низький за європейським стандартом. За показниками тривалості життя Україна відстає від більшості розвинутих країн, і це відставання наростає, іноді перевищуючи 10, а у чоловіків – майже 15 років (рис. 1.5.1).

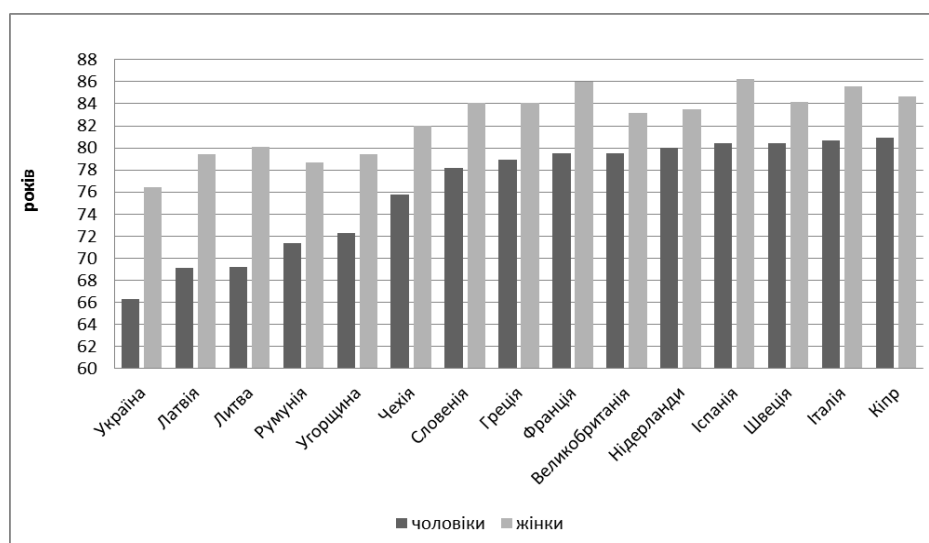


Рис. 1.5.1. Очікувана тривалість життя при народженні в Україні та окремих європейських країнах у 2015 р., років

Аналіз внеску в зростання тривалості життя змін смертності від основних класів причин смерті також вказує на відновлювальний характер цього зростання. У сприятливі роки знижувалася смертність від тих причин, від яких вона підвищувалася, коли йшло зростання смертності, тобто відбувалося надолуження втраченого. Стан справ кращий у жінок, у яких спостерігається перевага у зростанні ОТЖ за рахунок зниження смертності від захворювань системи кровообігу. Але в цілому ця перевага дуже незначна.

Дослідження змін структури причин смерті за останні два десятиріччя показує, що в різні періоди одні і ті самі причини робили неоднаковий внесок у зміну тривалості життя населення України. За роки незалежності, як вже зазначалось, вона знижувалась двічі – у 1990–1995 рр. і 1999–2006 рр., причому і у чоловіків, і у жінок загальний темп зниження у 1999–2006 рр. був удвічі нижчим, ніж у 1990–1995 роках. Якщо в перший період головною причиною зниження тривалості життя чоловіків було зростання смертності від зовнішніх причин смерті, то в 1999–2006 рр. – від хвороб системи кровообігу. У жінок хвороби системи кровообігу були і залишилися головною причиною зниження тривалості життя, а роль зовнішніх причин смерті відносно зменшилася. Основне зростання тривалості життя у 2007–2013 рр., і у чоловіків, і у жінок, і в місті, і в селі, було пов'язане з позитивною динамікою смертності від хвороб системи кровообігу і від зовнішніх причин, хоча в цей період перестали негативно впливати на динаміку тривалості життя дорослих також інфекційні хвороби і хвороби органів травлення.

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

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

Найбільш вагомий внесок у формування відмінностей СОТЖ чоловіків у міських поселеннях та сільській місцевості робить смертність у молодому працездатному віці, а у жінок – смертність серед дітей та молоді. У смертності сільського населення порівняно з міським у досліджуваному періоді простежуються два максимуми: у чоловіків віком 1–4 та 20–24 роки та жінок віком 1–4 та 15–19 років. Смертність у зазначених вікових групах є стало вищою саме серед сільських жителів, і це співвідношення не зазнало помітних змін протягом останніх 20 років. Нині сільські діти вмирають у віці 1–4 роки у 1,7 разу, у віці 5–

14 років – у 1,3 разу частіше порівняно зі своїми міськими однолітками. Смертність у працездатному віці підвищувалась більш прискореними темпами у міських поселеннях, внаслідок чого розрив у показниках смертності на віковому інтервалі 30 років і старше помітно скоротився, проте як в містах, так і в селах, надмірна смертність населення працездатного віку є основним чинником низької СОТЖ.

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

Найбільший внесок у зростання тривалості життя чоловіків у 2006–2013 рр. внесли середні вікові групи від 15 до 64 років, на які припадає понад 70% зростання тривалості життя чоловіків, але тільки близько 50% зростання у жінок. У жінок внесок віку старше 65 років склав трохи більше 40% зростання, а у чоловіків – майже 20%. Нарешті дитячі групи віку до 15 років визначили 10% зростання тривалості життя чоловіків і жінок. Аналіз періоду 2006–2013 рр. показав наступне. У чоловіків основне зростання пов'язане зі зниженням смертності від зовнішніх причин: майже три роки у містах і в сільській місцевості; на другому місці – хвороби системи кровообігу: внесок більше 2 років; усі інші групи причин зробили невеликий позитивний внесок. У жінок порядок причин змінюється: найбільший внесок зробило зниження смертності від серцево-судинних захворювань, на другому місці – зовнішні причини, а далі всі інші.

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

У цілому зростання тривалості життя після 2003 р. можна охарактеризувати як відновлювальний, або поворотний період і висловити надію, що наступні роки дозволять нарешті відірватися від рівня, який вже тричі досягався протягом останніх 50 років, але який досі ніколи не вдавалося втримати. Однак події пов'язані з відкритою агресією Росії проти нашої країни у 2014–2016 рр., яка спричинила істотне погіршення соціально-економічної, політичної і медико-демографічної ситуації в Україні, не дає підстав для оптимізму стосовно подальшої позитивної динаміки ОТЖ в короткостроковій-середньостроковій перспективі.

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

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

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

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

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

1.6. Перспективи і резерви підвищення тривалості життя населення

Політика у сфері зниження смертності і підвищення тривалості життя – це закономірний підсумок аналізу ситуації зі смертністю, її тенденцій і прогнозу, а головне, розуміння механізмів, які призвели до сучасного стану речей. У свою чергу, оцінка того, в яких межах і за який період може бути знижена смертність у результаті реалізації певних заходів на державному рівні, істотно залежить від поставленого діагнозу.

Діагноз сучасній ситуації щодо смертності та тривалості життя населення України може бути поставлений наступним чином. Проблеми зі смертністю в країні – це значною мірою результат її довготривалого негативного тренду. Однак системна криза 1990-х років не тільки прискорила темп негативних змін, але й принесла суттєві якісні деформації, яких можна було б уникнути при еволюційному тренді смертності та тривалості життя після розпаду СРСР.

Зазначимо, що несприятлива ситуація щодо смертності населення нашої країни за роки незалежності обумовлена складним комплексом довготривалих причин: низьким рівнем життя переважної більшості населення, кризовим станом державної системи охорони здоров'я, спричиненим соціально-економічними трансформаціями в державі, знеціненням здоров'я як з боку держави, так і самих громадян. Тривала криза у життєзбереженні населення України істотно посилилась за останні три роки від початку відкритої агресії Росії по відношенню до нашої держави.

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

Найбільше втрат в Україні зазнає населення працездатного віку. Найвища смертність осіб у працездатному віці відіграє основну роль у формуванні низького рівня ОТЖ населення. Показники життєздатності українських чоловіків працездатного віку не лише

значно нижчі, ніж у Західній Європі, але й помітно поступаються показникам країн Центральної Європи, зокрема ймовірність дожити від 15 до 60 років становить для українських чоловіків близько 62%, тоді як у Західній Європі – понад 90%, а у найближчих наших сусідів (Польща, Чехія, Словаччина, Болгарія) – близько 80%. Для жінок розрив у цих показниках менш суттєвий.

Основні резерви підвищення тривалості життя в Україні знаходяться в царині зниження смертності населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу та зовнішніх причин смерті.

Без перебільшення можна стверджувати, що подолання відставання України від країн Західної Європи за рівнем тривалості життя впирається у нашу неспроможність досягти значного витіснення смертності від серцево-судинних захворювань у більш пізні вікові групи і різкого зниження ролі зовнішніх причин смерті. Власне ці два завдання виходять на перший план і повинні вирішуватися, навіть якщо це буде вимагати екстраординарних зусиль з боку українського соціуму та української держави.

Стратегія боротьби зі смертністю від захворювань системи кровообігу взагалі і боротьби з цією смертністю у працездатних чоловіків молодих вікових груп не може бути однаковою. У другому випадку висока смертність від серцево-судинних хвороб дуже часто асоціюється зі зловживанням алкоголем і взагалі тісніше пов'язана зі способом життя переважно населення працездатного віку, ніж коли йдеться про людей похилого віку, у яких головний внесок у розвиток системи кровообігу роблять природні вікові зміни. Відповідно у складі загальної стратегії протистояння смертності населення, зокрема працездатного віку, від хвороб системи кровообігу повинна бути вироблена спеціальна стратегія боротьби із загальною смертністю від цієї причини і вона повинна стати пріоритетною. Головними складовими цієї стратегії повинні стати: профілактика, спрямована на здоровий спосіб життя, і поліпшення соціального клімату, від якого залежить благополуччя та самопочуття населення України; переорієнтації лікарів та хворих на пріоритет амбулаторної допомоги; удосконалення вторинної профілактики через створення системи виявлення хвороб на ранніх стадіях; впровадження сучасних профілактично-лікувальних технологій. Необхідно стимулювати виробництво в Україні ефективних та недорогих препаратів для вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, проводити відповідну політику державного регулювання ціноутворення для збільшення доступності вказаних препаратів для широких верств населення з удосконаленням системи пільгового забезпечення ліками.

Висока смертність від зовнішніх причин – друга головна складова катастрофічного відставання України від розвинених країн за тривалістю життя. Втрати, яких Україна зазнає внаслідок цих причин смерті, не менші, а у вікових групах до 70 років – значно більші, ніж втрати від онкологічних захворювань (а у чоловіків у віці до 45 років вони навіть більші, ніж від серцево-судинних захворювань). Боротьба зі смертністю від зовнішніх причин повинна вийти на передній план всієї діяльності, спрямованої на зниження смертності в Україні, причому специфіка боротьби така, що вона не може вестися лише органами охорони здоров'я, вона вимагає узгоджених дій багатьох відомств, усього суспільства, але ідеологом і розробником цієї стратегії повинно бути державне відомство, відповідальне за охорону здоров'я. Для цього потрібно усвідомити гостроту і серйозність проблеми і переглянути систему пріоритетів у даному напрямку.

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

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

Практична реалізація заходів державної політики стає можливою через механізм масштабних цільових програм, які використовують субсидії бюджету і місцеві кошти. Цей принцип державної політики поступово починає впроваджуватися і в сферу охорони здоров'я України. У 1990-х – на початку 2000-х років в Україні прийнято понад два десятки пріоритетних національних та відомчих програм і комплексних заходів програмного характеру. Серед них такі важливі програми, як Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр., «Діти України», «Планування сім'ї», «Генетичний моніторинг», «Цукровий діабет», «Здоров'я літніх людей», «Репродуктивне здоров'я», програми імунопрофілактики та боротьби з туберкульозом, СНІДом, наркоманією тощо.

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

Грунтуючись на результатах останніх прогнозів смертності населення, можна стверджувати, що за нинішніх кризових умов життєдіяльності української держави, у найближчій перспективі розраховувати на позитивну динаміку тривалості життя не можна. На позитивні ж зрушення в ситуації щодо смертності та тривалості життя населення можна буде розраховувати тільки за умови стабілізації політичної ситуації та істотних позитивних зрушень в економічній сфері України після 2020 року.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

2.1. Тенденції стану здоров'я населення

Одним із найважливіших соціальних індикаторів суспільного прогресу, потенціалом економічного зростання та безпеки держави, що займає провідне місце у системі цінностей будь-якої цивілізованої країни, є стан здоров'я населення, який відображає благополуччя нації, її соціально-економічне, екологічне, демографічне, санітарно-гігієнічне становище тощо.

Здоров'я та якість життя окремих людей і популяції у цілому визначається складним набором взаємопов'язаних факторів, тому питання щодо зміцнення здоров'я і благополуччя населення не можуть обмежуватися тільки сектором охорони здоров'я і вимагає мультисекторального підходу, а саме активної участі і залучення інших секторів суспільства на всіх етапах процесу, спрямованого на підвищення якості життя та зміцнення здоров'я.

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

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

З урахуванням вищенаведеного, стає цілком зрозумілим, що вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі. Слід зазначити, що у зв'язку з тимчасовою окупацією АР Крим та м. Севастополь, а також проведенням АТО на території Луганської та Донецької областей, дані з вищенаведених регіонів наразі або відсутні (АР Крим, м. Севастополь), або неповні за певний проміжок часу (Луганська та Донецька область), тому не можуть бути використані для повноцінного порівняння та аналізу в динаміці за останні роки.

Протягом останніх п'яти років (2012–2016 рр.) показники поширеності хвороб серед населення країни та захворюваності населення України впродовж 2012–2014 рр. мали тенденцію до зниження (поширеність хвороб на 8,26% у 2014 р. відносно 2012 р., захворюваність на 8,6% відповідно), після чого в 2015–2016 рр. спостерігається тенденція до їх зростання відносно 2014 р., а саме поширеність хвороб серед всього населення країни в 2016 р. зросла відносно 2014 р. на 1,5%, захворюваність – на 2,5%. Незважаючи на тенденцію останніх двох років (2015–2016 рр. відносно 2014 р.) щодо зростання рівнів поширеності та захворюваності населення, рівні вищезазначених показників у 2016 р. залишаються нижчими порівняно з аналогічними показниками в 2012 р.: рівень поширеності хвороб серед населення країни в 2016 р. на 6,89% нижчий, ніж у 2012 р., захворюваності населення – на 6,29% (табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Динаміка показників поширеності хвороб та захворюваності населення України за період 2012–2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Показник	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність хвороб	185462,7	185 650,9	170 128,0	171 096,7	172 692,9
Захворюваність населення	68558,1	68 376,9	62 654,2	62651,3	64 242,4

У структурі поширеності хвороб серед всього населення України у 2016 р. розподіл рейтингових місць, як і в попередні роки, залишається незмінним: перше місце займають хвороби системи кровообігу (30,67%), друге місце посіли хвороби органів дихання, частка яких склала 20,68%, третє місце належить хворобам органів травлення (9,74%), четверте місце посіли хвороби сечостатевої системи (5,43%), п'яте – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,39%), шосте – ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,96%), сьоме – хвороби ока та його придаткового апарату (4,78%) (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

Структура поширеності хвороб серед населення України за провідними класами хвороб у 2012, 2015, 2016 рр. (на 100 тис. усього населення)

Клас хвороб	2012	%	2015	%	2016	%
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4 057,50	2,19	3 347,6	1,96	3 319,9	1,92
Новоутворення	4 262,70	2,30	4 085,8	2,39	4 121,1	2,39
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1 729,50	0,93	1 578,4	0,92	1 569,3	0,91
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8 699,10	4,69	8 497,3	4,97	8 569,3	4,96
Розлади психіки та поведінки	4 660,30	2,51	3 989,9	2,33	3 972,4	2,30
Хвороби нервової системи	4 864,40	2,62	4 667,3	2,73	4 670,3	2,70
Хвороби ока та його придаткового апарату	9 240,30	4,98	8 374,7	4,89	8 262,2	4,78
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3 504,90	1,89	3 130,9	1,83	3 134,3	1,81
Хвороби системи кровообігу	58 385,70	31,48	52 956,9	30,95	52 970,4	30,67
Хвороби органів дихання	35 642,00	19,22	33 952,9	19,84	35 709,3	20,68
Хвороби органів травлення	18 058,10	9,74	16 998,1	9,93	16 825,5	9,74
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4 879,70	2,63	4 452,1	2,60	4 513,3	2,61
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	9 956,40	5,37	9 301,8	5,44	9 313,2	5,39

Клас хвороб	2012	%	2015	%	2016	%
Хвороби сечостатевої системи	10 007,70	5,40	9 382,3	5,48	9 370,0	5,43
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	683,3	0,37	679,2	0,40	691,0	0,40
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4 997,00	2,69	4 240,8	2,48	4 266,3	2,47

Аналіз рівнів поширеності хвороб серед усього населення країни за основними класами хвороб за період 2012–2016 рр. вказує на зростання у 2016 р. відносно 2012 р. рівнів поширеності хвороб за двома класами – природжені вади розвитку, деформації та хромосомних аномалії (на 1,13%) та хвороби органів дихання (на 0,19%). Тоді як у 2016 р. відбулося зростання поширеності хвороб відносно 2015 р. у цілому серед населення України на 0,93% та за десятьма класами хвороб: найбільше зросла поширеність хвороб органів дихання – на 5,17%, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій – на 1,74%, хвороб шкіри та підшкірної клітковини – на 1,37%, новоутворень – на 0,86%, ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин – на 0,85%, травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників – на 0,6%, хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – на 0,12%, хвороб вуха та соскоподібного відростка – на 0,11%, хвороб нервової системи – на 0,06%, хвороб системи кровообігу – на 0,03%. За всіма іншими класами хвороб у 2016 р., як відносно 2012 р. так і 2015 р., спостерігається зниження рівнів поширеності (табл. 2.1.3).

Таблиця 2.1.3

**Динаміка показників поширеності хвороб серед населення України
за основними класами хвороб у 2012, 2015, 2016 рр. (на 100 тис. усього населення)**

Клас хвороб	2012	2015	2016	2016/ 2012	2016/ 2015
Усі хвороби	185462,7	171 096,7	172 692,9	-6,89	0,93
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4 057,50	3 347,6	3 319,9	-18,18	-0,83
Новоутворення	4 262,70	4 085,8	4 121,1	-3,32	0,86
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1 729,50	1 578,4	1 569,3	-9,26	-0,58
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8 699,10	8 497,3	8 569,3	-1,49	0,85
Розлади психіки та поведінки	4 660,30	3 989,9	3 972,4	-14,76	-0,44
Хвороби нервової системи	4 864,40	4 667,3	4 670,3	-3,99	0,06
Хвороби ока та його придаткового апарату	9 240,30	8 374,7	8 262,2	-10,59	-1,34
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3 504,90	3 130,9	3 134,3	-10,57	0,11
Хвороби системи кровообігу	58 385,70	52 956,9	52 970,4	-9,28	0,03
Хвороби органів дихання	35 642,00	33 952,9	35 709,3	0,19	5,17
Хвороби органів травлення	18 058,10	16 998,1	16 825,5	-6,83	-1,02
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4 879,70	4 452,1	4 513,3	-7,51	1,37
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	9 956,40	9 301,8	9 313,2	-6,46	0,12
Хвороби сечостатевої системи	10 007,70	9 382,3	9 370,0	-6,37	-0,13
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	683,3	679,2	691,0	1,13	1,74
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4 997,00	4 240,8	4 266,3	-14,62	0,60

У регіональному аспекті рівень поширеності хвороб серед населення України у 2016 р. відносно 2012 р. знизився в 12 областях країни: Вінницькій (на 5,11%), Волинській (на 0,99%), Донецькій (на 8,75%), Закарпатській (на 4,55%), Луганській (на 6,54%), Львівській (на 0,26%), Одеській (на 5,11%), Харківській (на 2,44%), Херсонській (на 2,05%), Черкаській (на 8,56%), Чернівецькій (на 0,91%) областях та у м. Київ (на 2,95%). Зріс у вищезазначений період у 13 областях: Дніпропетровській (на 8,11%), Житомирській (на 8,10%), Запорізькій (на 3,9%), Івано-Франківській (на 0,83%), Київській (на 3,57%), Кіровоградській (на 4,63%), Миколаївській (на 8,55%), Полтавській (на 0,59%), Рівненській (на 3,47%), Сумській (на 7,38%), Тернопільській (на 2,78%), Хмельницькій (на 3,71%), Чернігівській (на 4,48%) областях. Слід зазначити, що показники поширеності у 2016 р. відносно 2015 р. знизились лише в 6 областях України (у Вінницькій області на 2,11%, Закарпатській області – на 0,59%, Одеській області – на 0,68%, Рівненській області – на 0,24%, Херсонській області – на 0,50%, Черкаській області – на 0,36%) та зросли у 19 регіонах країни (Волинській – на 0,29%, Дніпропетровській – на 2,43%, Донецькій – на 0,96%, Житомирській – на 2,53%, Запорізькій – на 1,58%, Івано-Франківській – на 0,48%, Київській – на 1,17%, Кіровоградській – на 0,55%, Луганській – на 4,78%, Львівській – на 1,49%, Миколаївській – на 2,20%, Полтавській – на 1,15%, Сумській – на 2,77%, Тернопільській – на 1,56%, Харківській – на 0,46%, Хмельницькій – на 1,20%, Чернівецькій – на 0,50%, Чернігівській – на 1,74% та м. Київ – на 0,26%). Стійка тенденція до зниження рівня поширеності хвороб серед населення країни у 2016 р. відносно і 2012 р., і 2015 р. спостерігається в п'ятьох областях – Вінницькій, Закарпатській, Одеській, Херсонській, Черкаській. Водночас тенденція до зростання рівня поширеності хвороб відзначається у 12 регіонах України: Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернігівській областях (табл. 2.1.4).

Таблиця 2.1.4

**Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед населення України
у 2012, 2015, 2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2012	2015	2016	2016/2012	2016/2015
Україна	185462,7	171 096,7	172 692,9	-6,89	0,93
<i>Область</i>					
Вінницька	212424,7	205 917,5	201 568,6	-5,11	-2,11
Волинська	178749,9	176 475,8	176 981,7	-0,99	0,29
Дніпропетровська	206361,6	217 822,9	223 107,2	8,11	2,43
Донецька	180399,8	163 055,8	164 622,0	-8,75	0,96
Житомирська	168037,3	177 168,7	181 646,3	8,10	2,53
Закарпатська	165096,1	158 506,1	157 577,1	-4,55	-0,59
Запорізька	147614,8	150 989,4	153 368,9	3,90	1,58
Івано-Франківська	191259,5	191 926,7	192 838,4	0,83	0,48
Київська	201893,0	206 674,2	209 094,9	3,57	1,17
Кіровоградська	173381,3	180 417,9	181 408,9	4,63	0,55
Луганська	155050,0	138 309,5	144 915,2	-6,54	4,78
Львівська	173165,1	170 186,6	172 723,4	-0,26	1,49
Миколаївська	173930,1	184 738,8	188 797,8	8,55	2,20
Одеська	195203,5	186 483,0	185 221,0	-5,11	-0,68
Полтавська	183469,4	182 469,9	184 560,9	0,59	1,15

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2012	2015	2016	2016/2012	2016/2015
Рівненська	183971,6	190 806,2	190 353,4	3,47	-0,24
Сумська	159829,4	166 989,6	171 620,1	7,38	2,77
Тернопільська	182096,8	184 280,9	187 151,9	2,78	1,56
Харківська	199176,8	193 423,9	194 315,9	-2,44	0,46
<i>Область</i>					
Херсонська	177341,2	174 576,0	173 704,8	-2,05	-0,50
Хмельницька	184078,8	188 651,2	190 911,9	3,71	1,20
Черкаська	200511,3	184 023,9	183 352,4	-8,56	-0,36
Чернівецька	182413,7	179 861,9	180 752,7	-0,91	0,50
Чернігівська	199366,2	204 724,2	208 292,1	4,48	1,74
м. Київ	240929,8	233 231,8	233 831,2	-2,95	0,26

За результатами аналізу, змін стосовно розподілу рейтингових місць у структурі первинної захворюваності населення країни у 2016 р. не відбулося. Як і в попередні роки, перше місце посіли хвороби органів дихання, частка яких становить 45,98%, друге – хвороби системи кровообігу з питомою вагою 6,67%, третє – хвороби сечостатевої системи (6,44%), четверте – травми, отруєння та деякі інші наслідки дій зовнішніх чинників (6,23%), п'яте – вагітність, пологи та післяпологовий період (5,78%), шосте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,72%), сьоме – хвороби ока та соскоподібного відростка (3,68%). Також слід зазначити, що за період 2012–2016 рр. частка хвороб органів дихання в структурі первинної захворюваності населення України поступово зростала і в 2016 р. відзначається її зростання на 8,4% відносно 2012 р. (з 42,42% у 2012 р. до 45,98% у 2016 р.) та на 3,4% відносно 2015 р. (з 44,28% у 2015 р. до 45,98 у 2016 р.) (табл. 2.1.5).

При порівняльному аналізі рівнів захворюваності за провідними класами хвороб у 2016 р. відносно 2012 р. спостерігається тенденція до їх зниження практично за всіма основними класами захворювань, виняток становлять тільки хвороби органів дихання, рівень первинної захворюваності на які зріс за вищезазначений період на 1,57% (з 29084,2 на 100 тис. відповідного населення у 2012 р. до 29540,9 на 100 тис. відповідного населення у 2016 р.). Водночас у 2016 р. відбулося зростання рівнів первинної захворюваності відносно 2015 р. у цілому по Україні на 2,54% та за п'ятьма класами хвороб: на 1,05% зріс рівень первинної захворюваності на новоутворення (з 856,9 на 100 тис. відповідного населення в 2015 р. до 865,9 відповідно в 2016 р.), на 6,49% на хвороби органів дихання (з 27741,1 на 100 тис. відповідного населення у 2015 р. до 29540,9 на 100 тис. відповідного населення у 2016 р.), на 0,24% на хвороби шкіри та підшкірної клітковини (з 3663,2 на 100 тис. населення у 2015 р. до 3671,9 відповідно у 2016 р.), на 0,01% на хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (з 2912,8 на 100 тис. населення у 2015 р. до 2913,1 відповідно у 2016 р.), на 0,84% зросла первинна захворюваність на травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (з 3970,8 на 100 тис. населення у 2015 р. до 4004,2 відповідно у 2016 р.). Слід зазначити, що в 2016 р. спостерігалось зниження рівнів первинної захворюваності, як відносно 2012 р., так і відносно 2015 р., за 12 класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, розлади психіки та поведінки, хвороби нервової системи, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби вуха та соскоподібного відростка, хвороби системи

кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби сечостатевої системи, вагітність, пологи та післяпологовий період та природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (табл. 2.1.5).

Таблиця 2.1.5

Динаміка показників та структура захворюваності населення України за основними класами хвороб у 2012, 2015, 2016 рр. (на 100 тис. усього населення)

Клас хвороб	2012	%	2015	%	2016	%	2016/ 2012	2016/ 2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2 676,6	3,90	2196,5	3,51	2174,5	3,38	-18,76	-1,00
Новоутворення	952,5	1,39	856,9	1,37	865,9	1,35	-9,09	1,05
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	455,7	0,66	415,6	0,66	410,2	0,64	-9,98	-1,30
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1100,3	1,60	942,8	1,50	924,9	1,44	-15,94	-1,90
Розлади психіки та поведінки	405,3	0,59	319,0	0,51	307,5	0,48	-24,13	-3,61
Хвороби нервової системи	1591,9	2,32	1526,7	2,44	1520,2	2,37	-4,50	-0,43
Хвороби ока та його придаткового апарату	3592,6	5,24	3271,1	5,22	3219,8	5,01	-10,38	-1,57
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2669,2	3,89	2369,4	3,78	2364,3	3,68	-11,42	-0,22
Хвороби системи кровообігу	5098,8	7,44	4 312,6	6,88	4287,1	6,67	-15,92	- 0,59
Хвороби органів дихання	29084,2	42,42	27741,1	44,28	29540,9	45,98	1,57	6,49
Хвороби органів травлення	2819,8	4,11	2668,3	4,26	2616,9	4,07	-7,20	-1,93
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4075,5	5,94	3663,2	5,85	3671,9	5,72	-9,90	0,24
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3179,1	4,64	2912,8	4,65	2913,1	4,53	-8,37	0,01
Хвороби сечостатевої системи	4504,0	6,57	4161,2	6,64	4134,3	6,44	-8,21	-0,65
Вагітність, пологи та післяпологовий період	4720,9	6,89	3807,1	6,08	3712,9	5,78	-21,35	-2,47
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	119,4	0,17	113,1	0,18	111,2	0,17	-6,87	-1,68
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4708,0	6,87	3970,8	6,34	4 004,2	6,23	-14,95	0,84

У 2016 р. рівень захворюваності серед всього населення за регіонами України відносно 2012 р. знизився в 13 областях країни: у Вінницькій, Волинській, Донецькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Луганській, Львівській, Одеській, Харківській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій областях та м. Київ. Водночас тенденції до зростання регіональних рівнів первинної захворюваності відносно 2012 р. спостерігались у 12 областях: Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернігівській областях.

Також слід зазначити тенденції останніх двох років аналізованого періоду (2015–2016 рр.): у 2016 р. рівні первинної захворюваності відносно 2015 р. зросли у 23 областях, тобто майже у всіх областях країни, і знизились лише у Вінницькій та Херсонській областях. У цілому протягом 2012–2016 рр. тільки у двох областях України відзначається тенденція до зниження первинної захворюваності населення, як відносно 2012 р., так і 2015 р. (у Вінницькій та Херсонській областях), і у 12 областях – до зростання вищезазначеного показника (у Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернігівській (табл. 2.1.6).

Таблиця 2.1.6

**Динаміка захворюваності серед усього населення у регіонах України у 2012, 2015, 2016 рр.
(на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2012	2015	2016	2016/2012	2016/2015
Україна	68558,1	62 651,3	64 242,4	-6,29	2,54
<i>Область</i>					
Вінницька	76167,2	70 482,8	68 819,3	-9,65	-2,36
Волинська	71526,6	69 585,4	70 602,3	-1,29	1,46
Дніпропетровська	79978,5	85 206,1	89 178,7	11,50	4,66
Донецька	59154,9	51 069,9	53 744,5	-9,15	5,24
Житомирська	61969,5	63 218,0	65 528,1	5,74	3,65
Закарпатська	63536,6	60 515,1	61 084,6	-3,86	0,94
Запорізька	56008,3	58 577,9	62 038,3	10,77	5,91
Івано-Франківська	87227,3	86 093,0	86 395,4	-0,95	0,35
Київська	71353,4	73 094,4	74 822,9	4,86	2,36
Кіровоградська	59646,2	62 659,6	65 164,6	9,25	4,00
Луганська	53937,2	42 779,4	48 218,4	-10,60	12,71
Львівська	82450,1	79 212,4	79 690,0	-3,35	0,60
Миколаївська	60997,0	64 648,4	66 876,7	9,64	3,45
Одеська	73465,8	68 350,9	68 614,3	-6,60	0,39
Полтавська	56313,7	54 963,1	58 254,4	3,45	5,99
Рівненська	74813,6	75 732,5	75 870,5	1,41	0,18
Сумська	50499,6	51 629,3	54 369,8	7,66	5,31
Тернопільська	67425,6	66 846,3	68 226,5	1,19	2,06
Харківська	71782,3	67 399,8	68 851,2	-4,08	2,15
Херсонська	62405,2	55 021,7	54 388,1	-12,85	-1,15
Хмельницька	64119,7	64 506,5	65 265,4	1,79	1,18
Черкаська	72945,2	65 966,5	67 927,3	-6,88	2,97
Чернівецька	68070,1	63 102,9	64 328,2	-5,50	1,94
Чернігівська	69050,5	69 976,1	72 223,2	4,59	3,21
м. Київ	92849,9	86 556,4	88 447,3	-4,74	2,18

У 2016 р. 18 областей України мають рівень первинної захворюваності, вищий за загальноукраїнський (64242,4 на 100 тис. відповідного населення). Найвищі рівні первинної захворюваності спостерігаються у Дніпропетровській області (89178,7 на 100 тис. відповідного населення), м. Київ (88447,3 відповідно), Івано-Франківській (86395,4 відповідно), Львівській (79690,0 відповідно) та Рівненській (75870,5 відповідно) областях.

Найнижчі рівні первинної захворюваності зафіксовано у Донецькій, Луганській, Полтавській, Сумській та Херсонській областях (табл. 2.1.6).

2.2. Динаміка стану здоров'я дитячого населення

Збереження і зміцнення здоров'я дітей є однією з актуальних проблем охорони здоров'я. Рішення даної проблеми має високу соціальну значущість і входить у число найважливіших завдань держави, оскільки здоров'я дітей становить фундаментальну основу для формування громадського здоров'я, трудового потенціалу країни і є фактором національної безпеки. Здоров'я дитячого населення визначається рядом факторів, серед яких провідними є спосіб життя, спадковість, матеріальне і соціальне забезпечення сім'ї. За даними Глобальної стратегії ВООЗ з охорони здоров'я жінок і дітей визначено, що інвестиції у здоров'я дітей мають високу економічну доцільність і забезпечують найкращу гарантію наявності продуктивної робочої сили у майбутньому.

Незважаючи на очевидні успіхи реалізації ЦРТ у світі, багато глобальних і національних проблеми в розвитку людського потенціалу збереглися і навіть загострилися. Розрив зростає між бідними і багатими в багатьох країнах, а також у доходах населення розвинених країн і країн, що розвиваються. За даними Національної доповіді «Цілі розвитку Тисячоліття: «Україна 2000–2015», сьогодні кожна третя сім'я з дітьми належить до категорії бідної. В країні відбуваються бойові дії, із 6 млн мешканців зони АТО і прилеглих територій понад 5 млн потрапили або до групи раптово збіднілих, або до групи вразливих щодо бідності, незалежно від того, переїхали вони в іншу частину країни чи залишилися в місці постійного проживання. Межу деприваційної бідності в Україні визначено на рівні чотирьох та більше ознак позбавлення (privation) серед 18-ти основних.

Для вирішення глобальних і національних проблем у вересні 2015 р ООН прийняті Цілі сталого розвитку для світу і всіх країн. Ці Цілі і передбачена ними програма глобальних дій на наступні 15 років характеризується ООН як свого роду хартія людей і планети в XXI столітті. До 2030 р. світ буде продовжувати розвиватися і трансформуватися, зазнавати труднощів і переживати кризи, здійснювати прориви і добиватися успіхів у розвитку технологій і боротьби з бідністю.

Цілі сталого розвитку ООН – це 17 цілей і 169 завдань, які всі держави-члени ООН (193) погодилися досягти до 2030 року. Здоров'я займає центральне місце та представлено у Цілях сталого розвитку під номером 3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці». 13 інших цілей охоплюють проблеми, які включають широкий спектр діяльності ВООЗ. І майже всі 16 цілей безпосередньо пов'язані зі здоров'ям або впливають на політику охорони здоров'я. Новий документ, заснований на ЦРТ (2000), сфокусований на покращенні рівності у задоволенні потреб жінок, дітей і найбідніших верств населення.

Глибока соціально-економічна криза, яка охопила всі галузі економіки і сфери людського буття в Україні, воєнні дії на сході країни обумовили значні незворотні демографічні втрати. Погіршення кількісних і, особливо, якісних показників відтворення населення набуло характеру стійкої тенденції. Помітно погіршилося соціальне становище матерів і дітей – майбутнього нашої країни.

Особливого значення стан здоров'я дітей набуває в період несприятливої демографічної ситуації. А в Україні протягом останніх десятиріч склався постійно звужений характер відтворення населення, коли кожне покоління народжених за чисельністю менше покоління своїх батьків і не може поповнити втрати населення внаслідок смерті.

Тому формування і збереження здоров'я дітей України стає надзвичайно важливою справою, оскільки це – наше майбутнє і одне з головних джерел повноцінного життя, щастя, радості, успіху. Воно є не лише особистим надбанням людини, але й суспільним багатством, одним із найважливіших показників добробуту народу.

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

Аналіз стану захворюваності та поширеності захворювань у дітей

У структуру найбільш значних показників здоров'я входить захворюваність. Захворюваність – важливий показник громадського здоров'я. Аналіз захворюваності дозволяє виявити проблемні ситуації, пріоритетні профілактичні заходи. На тлі зменшення чисельності дитячого населення (7971 638 дітей 0–17 років у 2012 р. і 7614 006 у 2016 р.) рівні захворюваності і поширеності хвороб залишаються високими – поширеність хвороб становила 1922,8 у 2012 р. і 1777,16 у 2016 р. на 1000 дітей відповідного віку, а захворюваність – 1385,0 та 1316,07 відповідно (рис. 2.2.1).

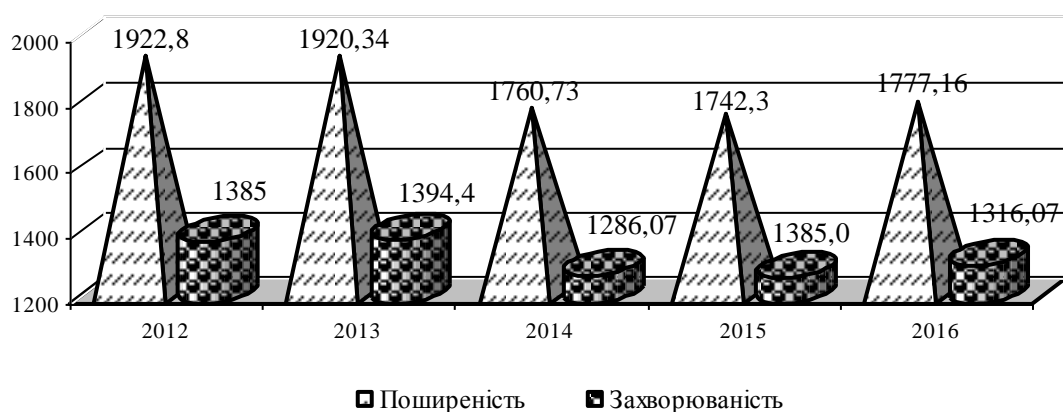


Рис. 2.2.1. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей 0–17 років включно в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 відповідного населення)

Якщо до 2010 рр. і захворюваність, і поширеність хвороб зростали, то починаючи з 2011 р. намітилася тенденція до їх зниження з наступною тенденцією до збільшення захворюваності у 2015–2016 рр. та поширеності хвороб у 2016 р., що може бути зумовлено воєнними діями на Сході України. Проведений нами аналіз динаміки захворюваності і поширеності хвороб за основними класами засвідчив, що зменшення як захворюваності, так і поширеності хвороб у дітей 0–17 років відбулося за всіма класами, за винятком новоутворень. Більш інтенсивні темпи зниження поширеності хвороб спостерігалися за класами «Розлади психіки та поведінки», «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби»,

«Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин» (на 22,14%, 19,37% і 18,6% відповідно), а зниження захворюваності – за класами «Розлади психіки та поведінки», «Хвороби системи кровообігу», «Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин» (на 25,34%, 24,52%, 22,31% та 19,47% відповідно), табл. 2.2.1.

Таблиця 2.2.1

**Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–17 років в Україні у 2012–2016 рр.
(на 1000 відповідного населення)**

Клас хвороб		Рік					Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р. (%)
		2012	2013	2014	2015	2016	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	п	65,26	65,48	55,18	53,36	53,11	81,38
	з	56,14	56,52	47,47	45,58	45,21	80,53
Новоутворення	п	9,08	9,21	8,84	9,02	9,04	99,56
	з	3,62	3,66	3,43	3,44	3,41	94,20
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	п	41,13	39,56	36,83	36,31	35,81	87,07
	з	15,01	14,36	13,46	13,34	12,34	82,21
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	п	87,24	83,42	76,55	73,11	70,34	80,63
	з	19,45	18,07	16,37	15,70	15,11	77,69
Розлади психіки та поведінки	п	33,42	31,38	26,92	26,48	26,01	77,83
	з	5,34	5,26	4,28	4,28	4,04	75,66
Хвороби нервової системи	п	61,64	59,94	54,58	53,53	52,35	84,93
	з	21,28	20,29	19,03	18,45	17,8	83,65
Хвороби ока та його придаткового апарату	п	105,3	104,35	95,47	94,58	93,2	88,51
	з	47,57	47,51	43,46	43,18	41,79	87,85
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	п	46,86	47,13	43,56	43,10	42,02	89,67
	з	42,62	42,89	39,65	39,18	38,09	89,37
Хвороби системи кровообігу	п	38,49	38,78	34,67	34,44	33,75	87,69
	з	10,41	9,90	8,74	8,44	7,85	75,41
Хвороби органів дихання	п	969,85	984,71	918,83	915,65	963,19	99,31
	з	905,25	920,93	858,94	855,49	903,45	99,80
Хвороби органів травлення	п	138,70	133,63	120,13	117,07	114,23	82,36
	з	50,22	49,47	46,99	45,89	45,46	90,52
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	п	86,51	86,22	79,00	77,19	76,63	88,58
	з	74,31	74,00	67,46	65,47	64,76	87,15
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	п	84,60	84,57	73,31	71,57	70,64	83,50
	з	30,17	30,74	26,57	26,04	26,03	86,28
Хвороби сечостатевої системи	п	54,15	53,13	47,79	47,28	46,65	86,15
	з	28,75	28,27	25,38	25,46	25,05	87,13
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	п	29,24	30,10	27,64	28,37	28,69	98,12
	з	6,16	6,24	5,70	5,75	5,63	91,40
Симптоми, ознаки, відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	п	2,66	2,58	2,50	2,50	2,48	93,23
	з	2,02	1,98	1,98	1,97	1,99	98,51
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	п	59,11	57,05	50,73	50,96	51,58	87,26
	з	57,27	55,29	49,06	49,36	50,6	88,35

У структурі захворюваності дітей 0–17 років у 2016 р. традиційно, як і в попередні роки, переважали хвороби органів дихання (68,65%), шкіри та підшкірної клітковини (4,92%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (3,8%), хвороби органів травлення (3,45%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,44%), хвороби ока та його придаткового апарату (3,18%) (рис. 2.2.2).

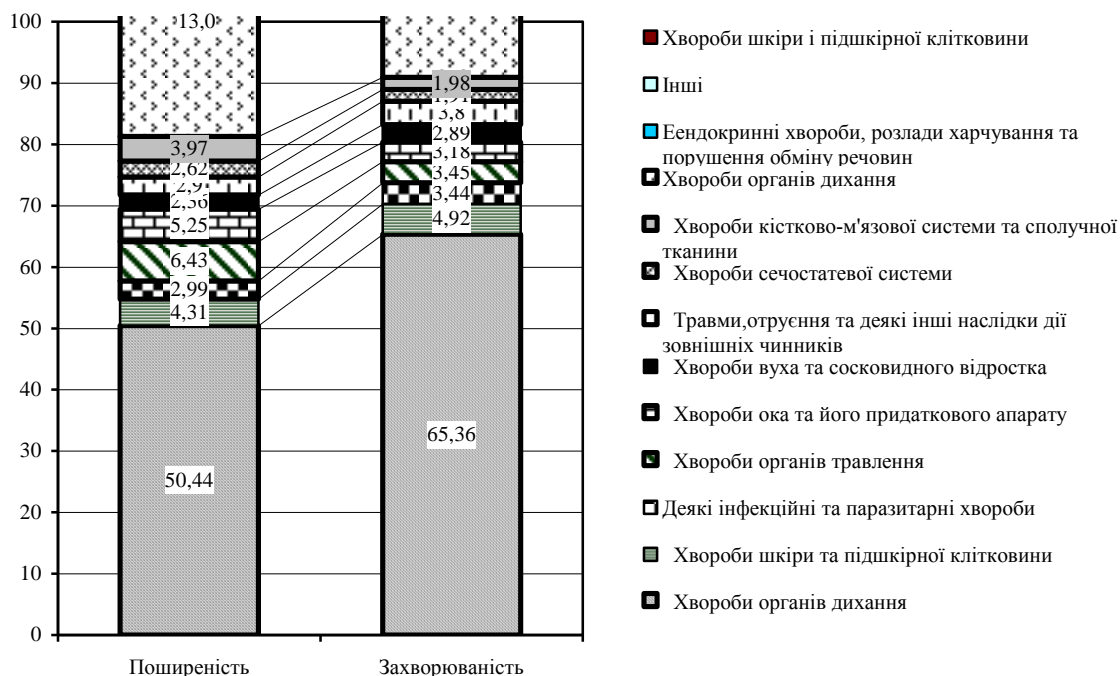


Рис. 2.2.2. Структура захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–17 років в Україні у 2016 р. (%)

У структурі поширеності хвороб провідні місця займали хвороби органів дихання (54,2%), органів травлення (6,43%), ока та його придаткового апарату (5,25%).

Враховуючи безумовний вплив на показники, що вивчаються, факторів оточуючого середовища та регіональних особливостей мешкання дитини, інтерес становить розподіл захворюваності та поширеності хвороб за регіонами України. Як і в попередні роки, у 2016 р. відмічається поляризація захворюваності дітей від 938,1 на 1000 дітей відповідного віку у Закарпатській до 1645,28 у м. Києві, 1661,9, у Київській, 1606,14 у Івано-Франківській областях. Регіональні відмінності у показниках поширеності хвороб становили 1,8 разу і коливалися від 1318,5 у Закарпатській до 2397,79 у Київській, 2117,81 у Чернігівській, 2115,28 у Івано-Франківській областях, 2229,95 у м. Києві (рис. 2.2.3).

Враховуючи два вищенаведені показники, до проблемних за станом здоров'я дитячого населення адміністративних територій можна віднести м. Київ, Київську та Івано-Франківську області, в яких у 2016 р. рівні захворюваності і поширеності хвороб були найвищими в Україні.

Виявлено, що індекс накопичення хронічної патології в цілому в Україні у 2016 р. становив 1,35 при поляризації цього показника на окремих територіях від 1,5 у Донецькій, Вінницькій, 1,4 у Волинській, Закарпатській, Полтавській, Рівненській, Чернігівській до 1,2 у Запорізькій, Луганській, Одеській областях.

Така ситуація щодо захворюваності та поширеності хвороб та її відмінності у розрізі регіонів свідчать про те, що зростання захворюваності пов'язане із соціальними,

екологічними та економічними чинниками, які є стрижневими у політичному і громадському розвитку країни, і про необхідність пильної уваги до вирішення проблем, як на рівні держави, так і на рівні сфери охорони здоров'я.

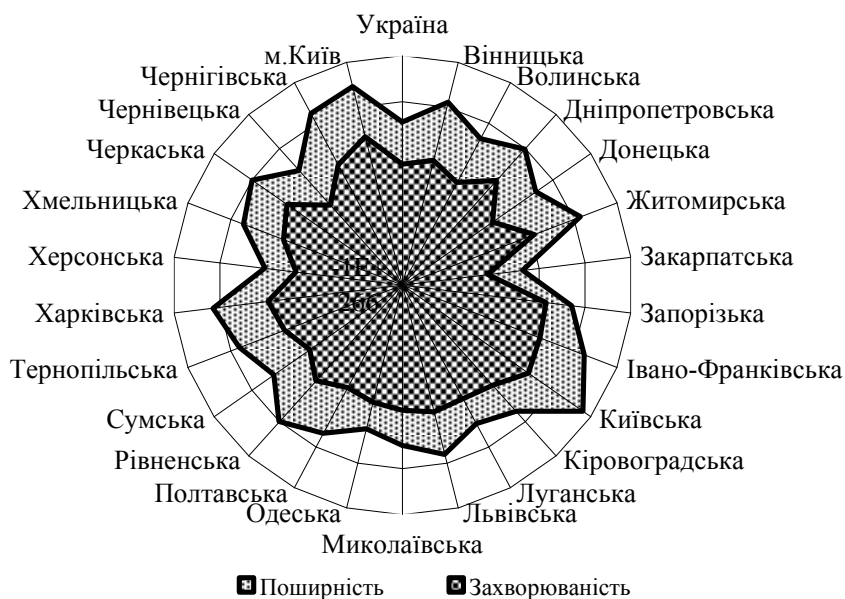


Рис. 2.2.3. Рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення в регіональному аспекті у 2016 р. (на 1000 дітей 0–17 років)

Упродовж усіх п'яти років рівень захворюваності та поширеності хвороб в окремих вікових групах мав свої особливості. Так, загалом в Україні у 2013–2015 рр. рівень захворюваності зменшувався з віком, у 2012 р. рівень захворюваності дітей віком до шести років перевищував захворюваність дітей першого року життя з подальшим зниженням зі збільшенням віку, а у 2016 р. зменшувався до вікової групи 7–14 років зі зростанням його серед підлітків. При цьому впродовж усіх років спостереження поширеність хвороб зростала з віком (табл. 2.2.2).

Таблиця 2.2.2

Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей різних вікових груп в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 відповідного населення)

Вік дітей		2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
До 1 року	з	1479,5	1450,71	1454,45	1429,18	1487,06
	п	1803,3	1780,24	1624,47	1589,9	1681,97
0–6 років	з	1565,7	1545,44	1410,88	1377,24	1465,43
	п	1963,1	1969,05	1801,42	1776,78	1742,21
7–14 років	з	1284,1	1305,81	1206,39	1198,33	1189,65
	п	2109,6	2159,60	2022,28	2083,2	2154,53
15–17 років	з	1188,2	1220,13	1151,06	1188,6	1249,76

Дані щодо зростання з віком поширеності хвороб за рахунок накопичення хронічних захворювань підтверджуються повіковою динамікою індексу накопичення хвороб у 2016 р. – 1,15 серед дітей 0–6 років включно, 1,46 серед дітей 7–14 років включно та 1,7 серед дітей підліткового віку (табл. 2.2.3).

Порівняльна характеристика поширеності захворювань за віковими категоріями дітей та основними класами хвороб у 2016 р. (на 1000 дітей)

Клас хвороб	0–6 років	7–14 років	15–17 років
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	61,44	48,09	43,48
Новоутворення	8,14	7,7	15,54
Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	53,55	22,85	22,0
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	22,86	90,21	150,34
Хвороби нервової системи	14,39	34,5	35,09
Розлади психіки і поведінки	30,92	51,21	117,78
Хвороби ока та його придаткового апарату	49,7	110,33	169,68
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	44,93	38,86	42,73
Хвороби системи кровообігу	12,14	40,11	77,98
Хвороби органів дихання	1103,16	871,84	822,37
Хвороби органів травлення	60,82	140,82	191,93
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	78,44	67,52	97,79
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	23,74	85,72	162,89
Хвороби сечостатевої системи	31,42	41,96	104,36
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	32,7	25,71	25,72
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	34,54	62,52	69,32

У зв'язку з неоднозначною ситуацією щодо динаміки захворюваності та поширеності хвороб залежно від віку дітей нами здійснено порівняльну характеристику поширеності захворювань за віковими категоріями дітей та основними класами хвороб за 2016 рік. Як видно з таблиці 2.2.3, з віком зменшується лише поширеність хвороб органів дихання (1103,16 у дітей віком 0–6 років, 871,84 у дітей 7–14 років та 822,37 у дітей 15–17 років на 1 000 відповідного населення), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (61,44; 48,09 і 43,48 відповідно), хвороб крові і кровотворних органів (53,55, 23,85 і 22,0 відповідно), хвороб вуха та соскоподібного відростка (44,93; 38,86; 42,73 відповідно), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (32,7; 25,71; 25,72), при збільшенні поширеності інших класів хвороб. При цьому у дітей віком 7–14 років у 1,2–3,3 разу, а у дітей віком 15–17 років – у 3,0–3,8 разу частіше, ніж у дітей віком 0–6 років, реєструються хвороби сечостатевої, нервової систем, розлади психіки та поведінки, хвороби органів травлення, ока та його придаткового апарату. Найбільш інтенсивними темпами у дітей віком 7–14 та 15–17 років зростають хвороби ендокринної системи (у 3,9 та 6,5 разу) та хвороби кістково-м'язової системи (у 3,6 та 6,9 разу).

Менш суттєві відмінності виявлені при аналізі повікової структури поширеності хвороб. У структурі поширеності хвороб серед дітей віком 0–6 років провідні рангові місця займають хвороби органів дихання (перше рангове місце), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (друге рангове місце), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (третє рангове місце), хвороби ока та його придаткового апарату (третє рангове місце), хвороби органів травлення (четверте рангове місце), хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (3,37%, п'яте рангове місце). Останні місця у

структурі поширеності хвороб серед дітей віком 0–6 років посідають новоутворення, симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках, розлади психіки та поведінки (0,92%).

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

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

Після народження частота хворих дітей збільшується. У 2016 р. захворюваність дітей на першому році життя становила 1487,06 на 1000 дітей відповідного віку (рис. 2.2.4).

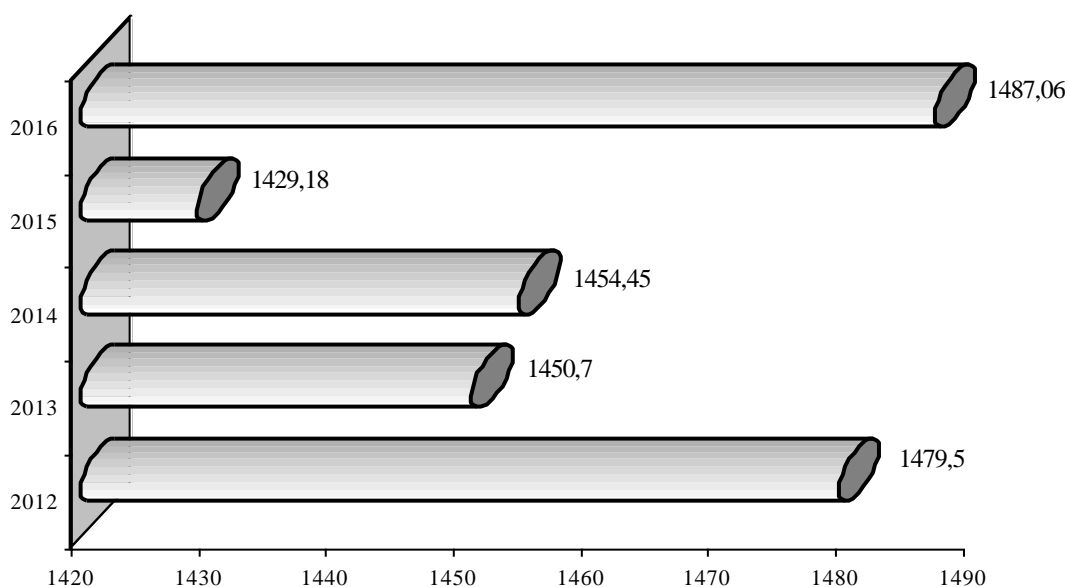


Рис. 2.2.4. Динаміка захворюваності дітей першого року життя в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Переорієнтація перинатальної допомоги та медичного догляду дітей раннього віку на медико-організаційні технології з доведеною ефективністю, збільшення кількості ЛДД, розширення можливостей надання медичної допомоги дітям – мешканцям сільської місцевості, наближення до них спеціалізованої медичної допомоги шляхом організації виїзних бригад сприяли зниженню захворюваності дітей першого року життя з 1479,5 на 1000 дітей відповідного віку у 2012 р. до 1429,18 у 2015 р. з наступною тенденцією до її підвищення до 1487,07 у 2016 році.

Позитивні зрушення у захворюваності цього контингенту дітей у 2013–2015 рр. відбулися за рахунок незначного зниження її за основними класами хвороб, за винятком природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (збільшення на 3,6%). У 2016 р. порівняно з 2012 р. тенденція до збільшення загальної захворюваності дітей першого року життя зумовлена незначним, на 5,57%, зростанням хвороб органів дихання та природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій – на 3,54% (табл. 2.2.4).

Таблиця 2.2.4

Динаміка захворюваності дітей першого року життя за основними класами хвороб в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р. (%)
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	35,4	34,69	32,80	33,6	31,5	88,98
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	75,4	70,45	71,24	69,3	70,07	92,93
Хвороби нервової системи	66,3	62,79	62,40	62,2	60,66	91,49
Хвороби ока та його придаткового апарату	54,0	52,05	51,76	51,8	50,85	94,17
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	27,3	26,46	27,01	26,2	25,38	92,97
Хвороби органів дихання	810,6	810,37	812,22	793,1	855,72	105,57
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	44,3	44,98	45,97	45,9	45,87	103,54
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	144,2	137,17	136,02	133,1	136,17	94,43

Усе ще високий рівень захворюваності дітей першого року життя зумовлений значним рівнем хвороб органів дихання (855,72) та окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (136,17), які займають провідні місця у структурі захворюваності дітей першого року життя. Упродовж останніх років захворюваність дітей першого року життя знизилася у 13 регіонах, зросла – у 11 регіонах. На достатньо низькому, менше 1200,0 на 1000 дітей першого року життя, при позитивній динаміці у 2016 р., утримується захворюваність немовлят у Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій і Чернігівській областях. Водночас на високому, більше 1800,0, утримується захворюваність дітей першого року життя у Запорізькій, Івано-Франківській та Рівненській областях.

У структурі захворюваності дітей першого року життя у 2016 р., як і в попередні роки, перше місце посіли хвороби органів дихання (57,54%), друге – окремі стани, що виникають у

перинатальному періоді (9,16%), третє – хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (4,74%), наступні місця – хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби нервової системи, хвороби органів травлення, хвороби ока та його придаткового апарату (рис. 2.2.5).

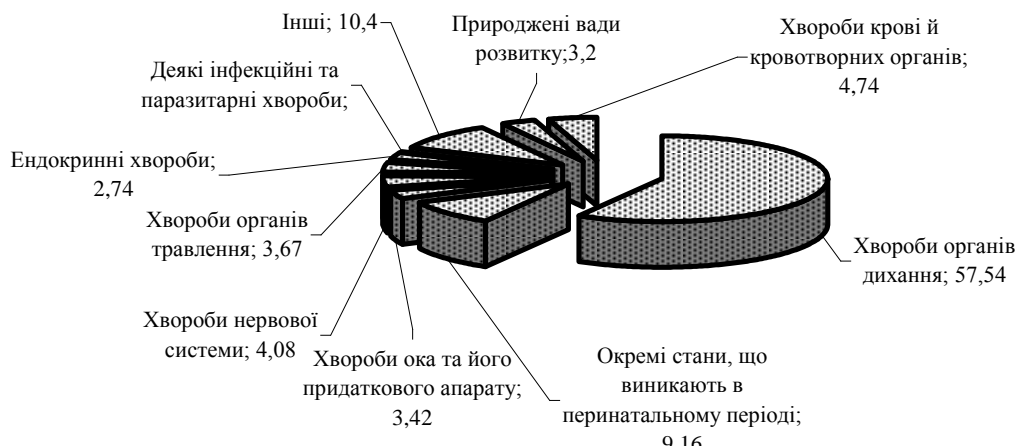


Рис. 2.2.5. Структура захворюваності дітей першого року життя за провідними класами хвороб у 2016 р. (%)

Зі збільшенням віку змінюється співвідносна дія факторів, що впливають на стан здоров'я дітей: зменшується ефективність впливу медико-організаційних технологій, зростає роль впливу факторів навколишнього середовища, у тому числі умов перебування в дошкільних закладах. Значну роль відіграють економічний спад і конфлікти, оскільки несприятливо впливають на доступність і своєчасність медичної допомоги. У дошкільному віці закладаються основи фізичного та психічного здоров'я людини, тому стан здоров'я дітей перших шести років життя потребує особливої уваги медичних працівників.

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

У 2012–2016 рр. поширеність хвороб у дітей 0–6 років мала позитивну динаміку – 1803,3 на 1 тис. відповідного населення у 2012 р. і 1681,97 у 2016 році. Аналогічна тенденція характерна і для захворюваності дітей 0–6 років – 1565,7 і 1465,43 відповідно (рис. 2.2.6).

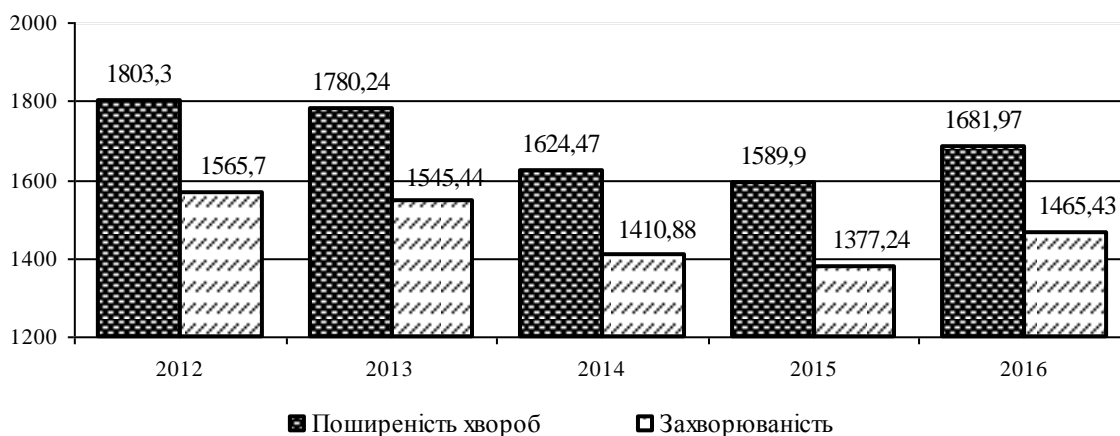


Рис. 2.2.6. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–6 років в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

При загалом позитивній тенденції захворюваності та поширеності хвороб за всіма класами серед дітей віком 0–6 років за період 2012–2016 рр. відбулося більш інтенсивне зниження поширеності ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (28,83 на 1000 відповідного населення у 2012 р. і 22,86 у 2016 р.), деяких інфекційних і паразитарних хвороб (77,35 і 61,44 відповідно), хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (64,0 і 53,55 відповідно). Позитивна динаміка захворюваності дітей цієї групи відбулася переважно за рахунок зниження захворюваності деякими інфекційними та паразитарними хворобами (68,77 і 53,33 відповідно), ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (12,52 і 9,77 відповідно), розладами психіки та поведінки (4,87 і 3,86 відповідно) (табл. 2.2.5).

Таблиця 2.2.5

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дітей віком 0–6 років включно за провідними класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2012 р. і 2016 р. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Поширеність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.	Захворюваність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.
	2012 р.	2016 р.		2012р.	2016р.	
Усього хвороб, у тому числі:	1803,3	1681,97	93,27	1565,68	1465,43	93,60
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	77,35	61,44	79,43	68,77	53,33	77,55
Новоутворення	8,69	8,14	93,67	3,82	3,27	85,60
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	64,0	53,55	83,67	25,15	20,83	82,82
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	28,83	22,86	79,29	12,52	9,77	78,04
Розлади психіки та поведінки	17,02	14,39	84,55	4,87	3,86	79,26
Хвороби нервової системи	36,46	30,92	84,81	18,26	15,31	83,84
Хвороби ока та його придаткового апарату	57,85	49,7	85,91	44,57	37,13	83,31
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	53,04	44,93	84,71	51,28	42,95	83,76
Хвороби системи кровообігу	14,01	12,14	86,65	5,20	4,19	80,58
Хвороби органів дихання	1132,46	1103,16	97,41	1099,51	1070,08	97,32
Хвороби органів травлення	67,86	60,82	89,63	43,28	40,07	92,58
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	90,43	78,44	86,74	79,24	67,49	85,17
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	23,82	23,74	99,66	13,82	14,07	101,81
Хвороби сечостатевої системи	34,83	31,42	90,21	22,99	20,46	89,00
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	34,02	32,7	96,12	11,37	10,13	89,09
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	38,35	34,54	90,07	37,64	33,84	89,90

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

Протягом значного часу у житті дитини провідною соціально детермінованою ознакою життєдіяльності є школа. Численні дослідження доводять, що практично незамінним та єдиним (після сім'ї) фактором, який може впливати на стан здоров'я дітей, у тому числі підліткового віку, є навчальний заклад. Реформування шкільного навчання без урахування стану здоров'я школярів суттєво вплинуло на їх захворюваність. Інформаційні переважання, стресогенні ситуації, модернізація навчального процесу вимагають від дитячого організму великого напруження, що, разом з іншими негативними факторами (обмеження фізичної активності, предметна система виховання, недостатнє природне освітлення тощо), веде спочатку до функціональних порушень, а згодом і до формування органічної патології.

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

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

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

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

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

Як видно на рис. 2.2.7, захворюваність дітей віком 7–14 років за проаналізований період мала позитивну тенденцію, загалом знизилася на 7,36% і у 2016 р. становила 1189,65 на 1000 дітей відповідного віку, що нижче захворюваності дітей віком 0–6 років (1465,43).

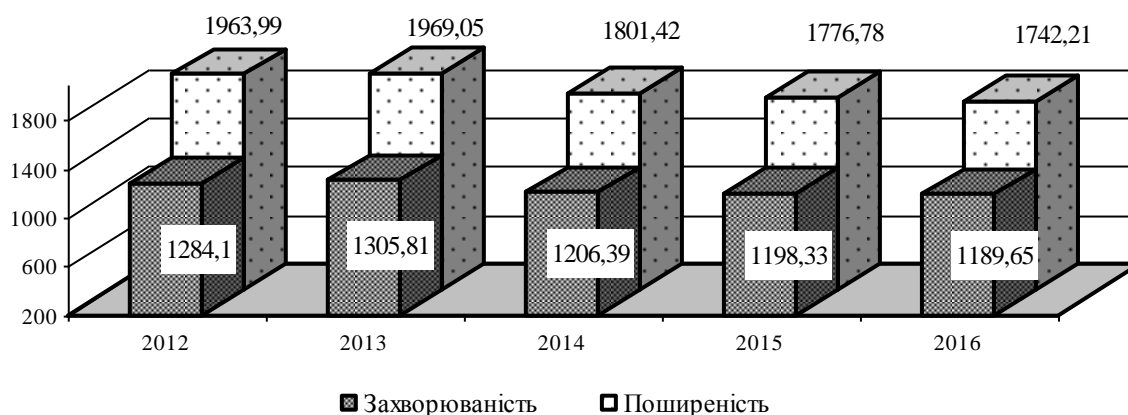


Рис. 2.2.7. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 7–14 років в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Зниження захворюваності дітей віком 7–14 років відбулося за рахунок зниження її від усіх хвороб. Більш інтенсивними темпами відбулося зниження захворюваності на хвороби системи кровообігу (12,33 на 1000 дітей відповідного віку у 2012 р. і 8,81 у 2016 р.), розлади психіки та поведінки (5,74 і 4,21 відповідно), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (22,99 і 17,04 відповідно).

Поширеність хвороб дітей цієї вікової категорії за роки дослідження зменшилася на 11,25% і становила у 2016 р. 1742,21 на 1000 відповідного населення, що вище аналогічного показника у віковій групі дітей 0–6 років (1681,97).

Більш інтенсивними темпами у дітей віком 7–14 років зменшувалася поширеність розладів психіки та поведінки (46,0 і 34,5 відповідно), ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (120,14. і 90,21 відповідно), хвороб нервової системи (61,58 і 51,21 відповідно). За цей період зросла лише поширеність новоутворень (7,42 і 7,7 відповідно).

У структурі поширеності хвороб перші п'ять місць займали хвороби органів дихання (I місце), органів травлення (II місце), ока та його придаткового апарату (III місце), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (IV місце), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (V місце). За рахунок цих класів хвороб було сформовано 74,6% поширеності хвороб у 2016 році.

У структурі захворюваності провідні місця у 2016 р. займали хвороби органів дихання, травми та отруєння, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби органів травлення, хвороби ока та його придаткового апарату (табл. 2.2.6).

Значну і найбільш перспективну частину нашого суспільства становлять діти підліткового віку. Стан здоров'я підростаючого покоління є одним із важливих показників благополуччя суспільства і держави, що відображають не тільки справжню ситуацію, але й прогноз на майбутнє. А в період несприятливої демографічної ситуації, що склалася в Україні, тривалого воєнізованого конфлікту на сході, здоров'я дітей підліткового віку набуває особливої цінності. Підлітковий період вважається одним з найкритичніших у житті

людини. Анатомо-фізіологічні та психологічні особливості підліткового віку обумовлюють особливий стан організму, певну соціальну незахищеність, залежність від впливу соціального середовища, як на біологічному, так і на соціально-психологічному рівні. За даними ВООЗ, погіршення умов життя та зниження стабільності у суспільстві обумовлюють зростання стресових станів у підлітковій популяції більше, ніж в інших, що призводить до зростання захворюваності у цій віковій групі. Реалізація генетичної схильності до патологічних відхилень також найчастіше виникає у цьому періоді. Окрім того, прагнення до швидшого дорослішання часто супроводжується засвоєнням шкідливих звичок, що негативно впливають на здоров'я. Не викликає дискусій той факт, що кризові явища у здоров'ї населення, його окремих спільнот і груп відбуваються дуже швидко й зберігаються довгі роки. Так, діти, що стали хворими у часи кризи, будуть страждати від цього все життя. Тому необхідний ретельний профілактичний медичний нагляд підлітків, що зумовлений появою у них функціональних розладів дезадаптаційного генезу у поєднанні з психологічними характеристиками та порушеннями здоров'я.

Таблиця 2.2.6

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дітей віком 7–14 років включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2012 р. і 2016 р. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Поширеність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.	Захворюваність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.
	2012 р.	2016 р.		2012 р.	2016 р.	
Усього хвороб, у тому числі:	1963,1	1742,21	88,75	1284,1	1189,65	92,64
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	59,74	48,09	80,50	50,11	40,37	80,56
Новоутворення	7,42	7,7	103,77	2,43	2,4	98,77
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	27,07	22,85	84,41	7,84	6,6	84,18
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	120,14	90,21	75,09	22,99	17,04	74,12
Розлади психіки та поведінки	46,0	34,5	75,00	5,74	4,21	73,34
Хвороби нервової системи	61,58	51,21	83,16	18,95	15,8	83,38
Хвороби ока та його придаткового апарату	125,85	110,33	87,67	49,4	43,17	87,39
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	42,25	38,86	91,98	37,4	34,41	92,01
Хвороби системи кровообігу	47,51	40,11	84,42	12,33	8,81	71,45
Хвороби органів дихання	905,4	871,84	96,29	818,77	798,8	97,56
Хвороби органів травлення	184,92	140,82	76,15	56,74	46,83	82,53
Хвороби шкіри	77,58	67,52	87,03	65,46	56,16	85,79
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	107,41	85,72	79,81	37,99	30,48	80,23
Хвороби сечостатевої	49,92	41,96	84,05	22,8	19,61	86,01

Клас хвороб	Поширеність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.	Захворюваність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.
	2012 р.	2016 р.		2012 р.	2016 р.	
системи						
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	26,59	25,71	96,69	2,56	2,45	95,70
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	73,24	62,52	85,36	71,13	60,8	85,48

Упродовж останніх років здоров'я дітей підліткового віку залишається незадовільним при негативній тенденції: поширеність хвороб коливається в межах 2022,3–2154,53 на 1000 дітей підліткового віку, а захворюваність – 1188,2–1249,76, із найнижчими їх рівнями у 2014 р. (рис. 2.2.8).

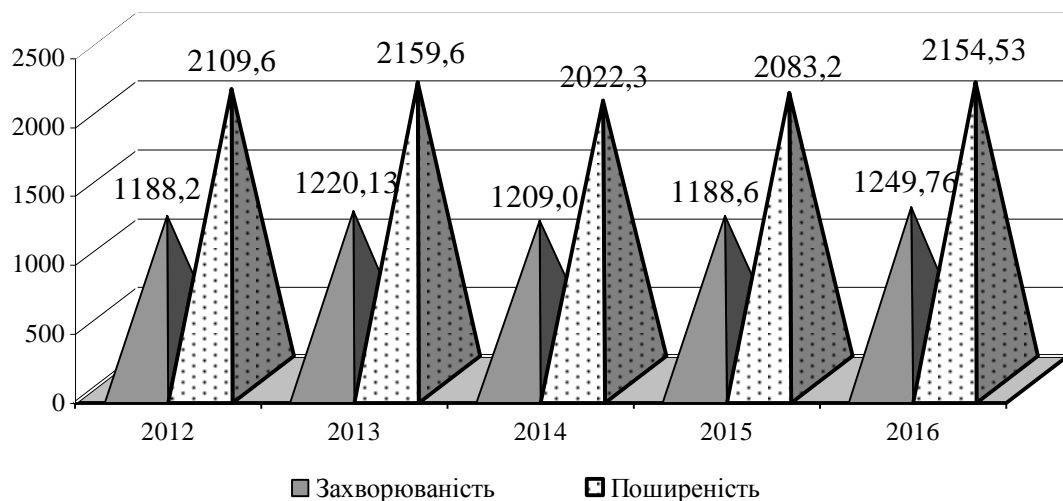


Рис. 2.2.8. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей підліткового віку у період 2012–2016 рр. в Україні (на 1000 дітей підліткового віку)

Загальна тенденція до зростання захворюваності підлітків зумовлена переважно зростанням новоутворень (5,77 у 2012 р. і 6,7 у 2016 р. на 1000 дітей підліткового віку), хвороб крові і кровотворних органів (7,27 і 8,49 відповідно), органів дихання (645,62 і 728,88 відповідно), органів травлення (51,95 і 57,13 відповідно) (табл. 2.2.7).

Таблиця 2.2.7

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дітей віком 15–17 років включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2012 р. і 2016 р. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Поширеність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.	Захворюваність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.
	2012 р.	2016 р.		2012 р.	2016 р.	
Усього хвороб, у т.ч.:	2109,6	2154,53	102,13	1188,2	1249,86	105,19
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	49,34	43,48	88,12	40,09	35,69	89,02
Новоутворення	13,65	15,54	113,85	5,77	6,7	116,12
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	19,04	22,0	115,55	7,27	8,49	116,78
Ендокринні хвороби, розлади	150,31	150,34	100,02	27,73	24,98	90,08

Клас хвороб	Поширеність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.	Захворюваність		Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р.
	2012 р.	2016 р.		2012 р.	2016 р.	
харчування та порушення обміну речовин						
Розлади психіки та поведінки	43,74	35,09	80,22	5,56	4,08	73,38
Хвороби нервової системи	120,3	117,78	97,91	33,45	30,85	92,23
Хвороби ока та його придаткового апарату	170,18	169,68	99,71	50,49	51,42	101,84
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	42,68	42,73	100,12	34,01	34,66	101,91
Хвороби системи кровообігу	75,49	77,98	103,30	18,19	15,66	86,09
Хвороби органів дихання	736,21	822,37	111,70	645,62	728,88	112,90
Хвороби органів травлення	201,25	191,93	95,37	51,95	57,13	109,97
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	97,15	97,79	100,66	82,4	81,78	99,25
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	175,5	162,89	92,81	50,94	47,8	93,84
Хвороби сечостатевої системи	108,43	104,36	96,25	55,32	54,39	98,32
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	24,0	25,72	107,17	1,96	1,78	90,82
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	76,15	69,32	91,03	72,27	65,95	91,26

При цьому відмічається позитивна тенденція щодо захворюваності дітей підліткового віку на розлади психіки і поведінки (-26,62%), хвороби системи кровообігу (13,91%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (-10,98%) тощо.

Аналогічна ситуація притаманна динаміці поширеності хвороб дітей підліткового віку: при незначній негативній тенденції поширеності усіх хвороб (+2,13%), спостерігається зниження за вісьмома класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби; розлади психіки і поведінки; хвороби нервової системи; хвороби ока та його придаткового апарату; хвороби органів травлення; хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини; хвороби сечостатевої системи; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників. Більш виразна негативна тенденція поширеності спостерігалася щодо хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (+15,55%), новоутворень (+13,85%), хвороб органів дихання (+11,7%), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (+7,17%).

Усе ще високий рівень захворюваності дітей підліткового віку утримується за рахунок високого рівня хвороб органів дихання (728,88), шкіри і підшкірної клітковини (81,78), травм та отруєнь (65,95), а поширеності хвороб – за рахунок хвороб органів дихання (822,37), травлення (191,93), ока та його придаткового апарату (169,68), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (162,99).

Індекс накопичення хвороб цієї вікової категорії дітей був вищим за такий у дітей віком 0–6 та 7–14 років і становив 1,72, переважно за рахунок значного накопичення ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин, розладів психіки та поведінки і природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій, індекс накопичення яких становив 6,0, 8,6 та 14,45 відповідно.

Як і в попередні роки, у 2016 р. спостерігалася регіональна диспропорція захворюваності (у 2,1 разу) і поширеності хвороб (у 2,4 разу) (рис. 2.2.9).



Рис. 2.2.9. Захворюваність та поширеність хвороб серед дітей підліткового віку в розрізі регіонів у 2016 р. (на 1 тис. дітей підліткового віку)

На високих рівнях у 2016 р. утримувалися показники захворюваності дітей підліткового віку у Київській (1819,75 на 1000 дітей підліткового віку), Івано-Франківській (1682,65), Харківській (1598,6), Дніпропетровській (1566,46), Рівненській (1513,33), областях та м. Києві (1527,5), а на відносно низьких рівнях (нижче 1100,0) – у Волинській, Закарпатській і Херсонській областях.

Діапазон коливань поширеності хвороб становив від 2500,0 і більше на 1000 дітей відповідного віку у Київській, Харківській, Дніпропетровській, Івано-Франківській областях та м. Києві до менше 2000,0 у Закарпатській, Херсонській, Волинській, Донецькій, Луганській, Одеській областях.

Серед факторів ризику неінфекційних захворювань особливе занепокоєння викликає ожиріння, оскільки у XXI ст. надлишкова маса тіла стала однією з найбільш серйозних проблем громадського здоров'я, що зумовлено значним зростанням поширеності ожиріння серед населення різних вікових груп у всіх країнах світу. Наслідками зростаючої поширеності ожиріння серед населення стали збільшення витрат на надання медичної допомоги, зниження працездатності та скорочення тривалості і погіршення якості життя людей, у зв'язку з чим ожиріння розглядається як медико-соціально значуще захворювання.

Медико-соціальне значення проблеми ожиріння у дітей визначається не тільки його зростаючою поширеністю, але й вагою ускладнень та несприятливих наслідків для фізичного і психосоціального здоров'я. Порушення метаболізму, що виникають при ожирінні та надлишковій масі тіла, закономірно призводять до розвитку серцево-судинної патології, цукрового діабету 2 типу, захворювань суглобів, безпліддя, жирового гепатозу, гіперурикемії, злоякісних новоутворень, захворювань, що супроводжуються гіпоксією (апное, астма), та інших захворювань. Оскільки ожиріння у дорослих у більшості випадків

бере свій початок у дитинстві, попередження дитячого ожиріння – один з напрямків первинної профілактики неінфекційних захворювань та мінімізації несприятливої демографічної ситуації. Наразі профілактика ожиріння внесена до завдань Плану дій ВООЗ з реалізації заходів Цілей сталого розвитку в Європі щодо попередження безпліддя.

В Україні у віковій структурі хворих на ожиріння частка дітей становить близько 20%. У структурі хвороб ендокринної системи та розладів харчування дитячого населення України, поширеність яких у 2016 р. становить 70,34 на 1000 дитячого населення віком 0–17 років включно, ожиріння посідає друге рангове місце (13,44 на 1000 дитячого населення віком 0–17 років включно), поступаючись дифузному зобу I ступеня (35,96 на 1000 дитячого населення віком 0–17 років включно).

При аналізі динаміки поширеності ожиріння, а також рівнів захворюваності на ожиріння серед дитячого населення України, упродовж останніх десятиріч встановлено значне збільшення поширеності ожиріння, як серед всього дитячого населення (у 1,6 разу, 2003 р. – 8,29 на 1000 дитячого населення, 2016 р. – 13,44 на 1000 дитячого населення), так і в різних його вікових групах. Найбільші темпи приросту спостерігаються у віковій групі дітей 15–17 років – у 3 рази (2003 р. – 9,7 на 1000 дітей відповідного віку, 2016 р. – 29,39 на 1000 дітей відповідного віку). За результатами регресійного аналізу, на основі якого побудовано математичні моделі динамічних змін показників поширеності та захворюваності з логарифмічною апроксимацією, прогностичні тенденції щодо поширеності та захворюваності дітей на ожиріння в країні є несприятливими. Прогнози, які побудовано на п'ять років з одиницею періоду календарний рік, наведено на рис. 2.2.10 та рис. 2.2.11. Подані математичні моделі мають достатню надійність ліній тренду, про що свідчать показники вірогідності апроксимації (R-квадрат), й можуть використовуватися для обґрунтування підходу до короткострокового прогнозування.

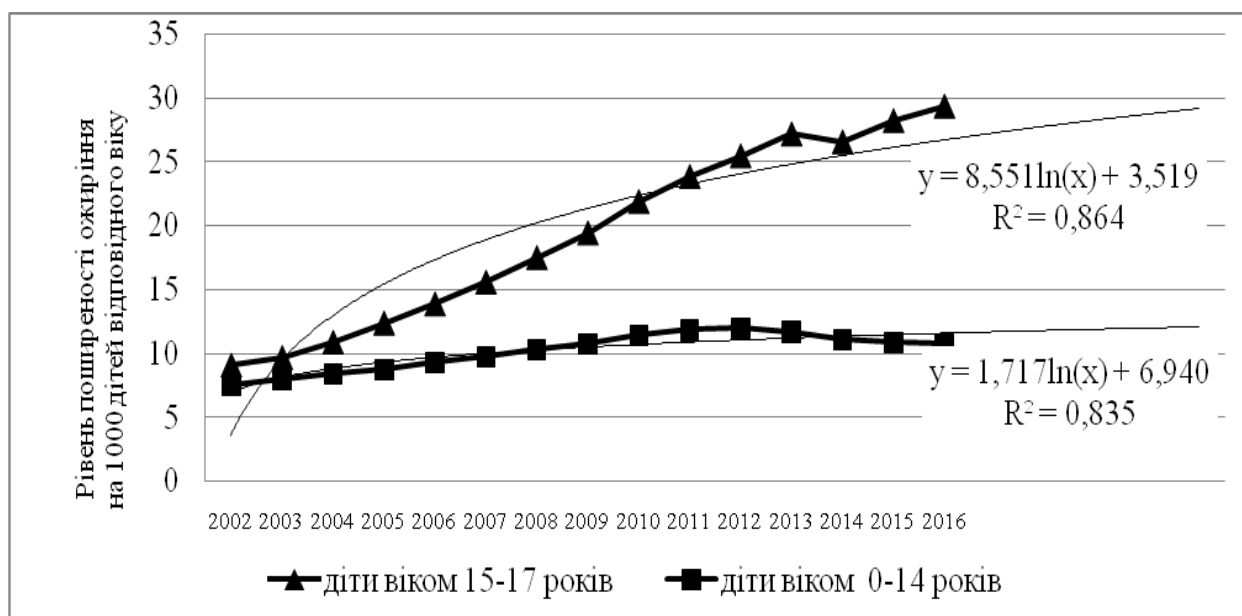


Рис. 2.2.10. Динаміка поширеності ожиріння у дітей з прогнозом до 2020 р.

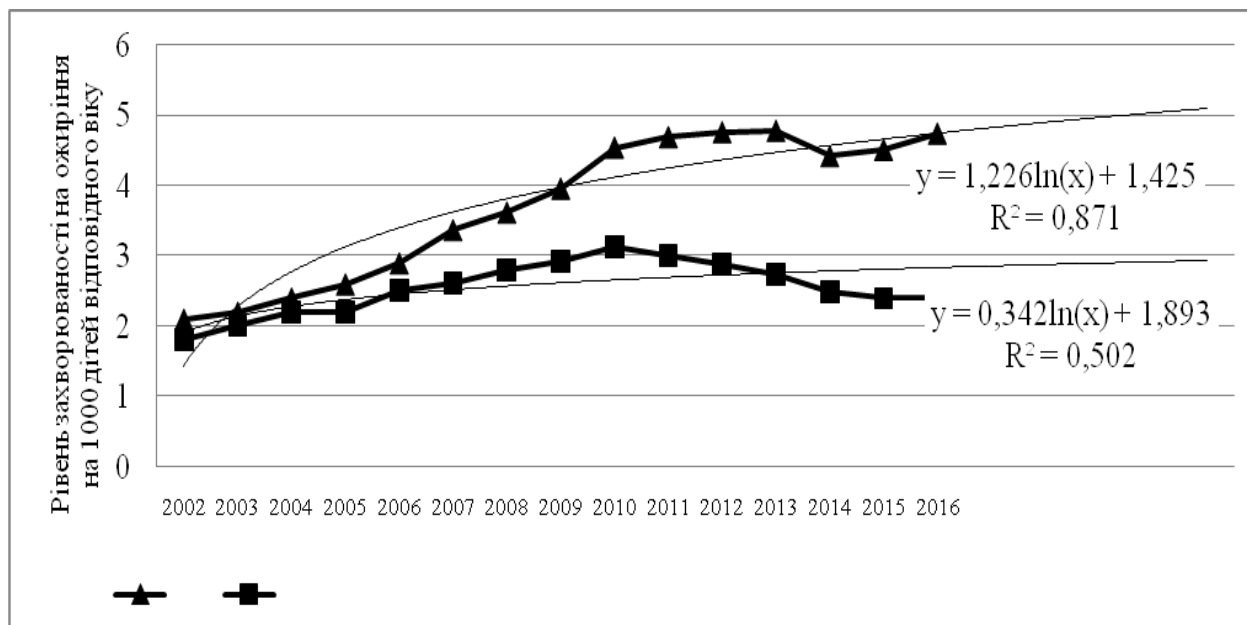


Рис. 2.2.11. Динаміка первинної захворюваності дітей на ожиріння з прогнозом до 2020 р.

При аналізі регіональних особливостей рівня поширеності ожиріння у дітей виявлена значна варіабельність регіональних показників (табл. 2.2.8). Ці відмінності можуть бути пов'язані із соціально-культурними детермінантами, поведінковими особливостями та їх впливом на спосіб життя дітей і сімей, у яких вони виховуються, а також із віковою структурою дитячого населення, що треба враховувати при плануванні програм з профілактичних втручань.

Таблиця 2.2.8

Динаміка поширеності та захворюваності на ожиріння серед дитячого населення України (на 1000 дітей віком 0–17 років включно), 2012–2016 рр.

Найменування областей	Поширеність / Захворюваність	Рік					Приріст 2016/2012, %
		2012	2013	2014	2015	2016	
Україна	п	14,41	14,34	13,6	13,5	13,44	-6,7
	з	3,21	3,08	2,80	2,72	2,74	-14,6
Автономна Республіка Крим	п	16,12	16,15	-	-	-	
	з	3,20	3,65	-	-	-	
<i>Область</i>							
Вінницька	п	27,24	27,58	27,71	28,45	27,39	0,6
	з	6,52	6,33	5,62	5,61	4,97	-23,8
Волинська	п	9,77	10,04	9,99	9,75	10,41	6,6
	з	1,92	1,96	1,90	1,56	1,64	-14,6
Дніпропетровська	п	10,08	10,5	10,2	10,18	10,24	1,6
	з	2,30	2,71	2,69	2,48	2,49	8,3
Донецька	п	14,96	15,6	7,29	14,88	13,01	-13,0
	з	2,58	2,80	1,06	2,20	2,65	2,7
Житомирська	п	17,92	18,99	19,35	19,05	19,58	9,3
	з	5,31	4,55	4,65	4,55	4,96	-6,6
Закарпатська	п	12,05	12,91	13,63	13,91	14,61	21,2
	з	3,18	3,08	3,41	3,45	3,66	15,1

Найменування областей	Поширеність / Захворюваність	Рік					Приріст 2016/2012, %
		2012	2013	2014	2015	2016	
Запорізька	п	11,81	11,44	12,5	9,86	9,60	-18,7
	з	2,76	2,66	2,42	2,03	1,84	-33,3
Івано-Франківська	п	13,2	13,45	13,84	14,28	14,96	13,3
	з	3,33	3,19	3,17	3,25	3,69	10,8
Київська	п	22,09	21,99	22,1	22,61	22,32	1,0
	з	3,62	3,10	3,34	3,01	3,00	-17,1
Кіровоградська	п	19,67	18,02	18,2	17,74	17,18	-12,7
	з	6,72	5,74	4,94	5,21	5,49	-18,3
Луганська	п	7,04	7,52	2,85	6,47	6,49	-7,8
	з	1,74	1,35	0,63	1,44	1,52	-12,6
Львівська	п	11,16	11,73	12,28	12,9	12,96	16,1
	з	2,09	2,14	2,24	2,43	2,40	14,8
Миколаївська	п	15,8	9,72	8,61	9,35	9,75	-38,3
	з	4,07	1,41	1,34	1,87	2,01	-50,6
Одеська	п	10,36	9,96	9,42	8,71	8,04	-22,4
	з	2,63	2,53	1,90	1,46	1,45	-44,9
Полтавська	п	11,94	10,87	11,81	12,26	12,09	1,3
	з	2,28	1,82	2,71	2,46	2,21	-3,1
Рівненська	п	14,29	14,44	15,33	15,82	15,18	6,2
	з	4,04	3,84	3,85	3,53	3,50	-13,4
Сумська	п	12,29	12,38	12,12	12,48	11,50	-6,4
	з	3,55	3,13	2,88	2,82	2,50	-29,6
Тернопільська	п	19,03	19,96	20,35	21,04	22,87	20,2
	з	4,26	5,18	4,66	4,44	5,02	17,8
Харківська	п	16,44	16,07	16,89	15	14,08	-14,4
	з	3,56	3,37	3,12	3,08	2,55	-28,4
Херсонська	п	15,58	14,54	14,06	14,82	15,31	-1,7
	з	3,61	2,86	2,81	2,92	2,83	-21,6
Хмельницька	п	15,69	16,36	16,19	16,03	15,94	1,6
	з	3,22	3,35	3,07	2,96	3,28	1,9
Черкаська	п	21,15	18,34	19,62	19,53	19,97	-5,6
	з	4,30	4,58	4,72	5,50	5,07	17,9
Чернівецька	п	16,04	16,79	16,5	17,14	18,07	12,7
	з	3,74	3,38	3,14	3,22	3,66	-2,1
Чернігівська	п	16,76	17,61	17,24	17,35	16,21	-3,3
	з	2,59	3,14	2,24	2,02	1,96	-24,3
<i>Місто</i>							
Київ	п	12,29	12,65	12,93	12,73	12,92	5,1
	з	2,23	2,22	2,59	2,32	2,34	4,9
Севастополь	п	3,71	3,02	-	-	-	
	з	2,16	1,33	-	-	-	

Упродовж 2012–2016 рр. спостерігається значне зменшення поширеності ожиріння серед дитячого населення Миколаївської, Одеської, Запорізької та Харківської областей та високий приріст цього показника у Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Тернопільській та Чернівецькій областях.

Найвищий показник поширеності ожиріння серед дітей у 2016 р. спостерігався у Вінницькій області (27,39 на 1000 дітей віком 0–17 років включно), найнижчий – у Луганській області (6,47 на 1000 дітей віком 0–17 років включно). Ці відмінності можуть бути пов’язані із соціально-культурними детермінантами, поведінковими особливостями та їх впливом на спосіб життя дітей і сімей, у яких вони виховуються, а також із віковою структурою дитячого населення, що потрібно враховувати при плануванні програм з профілактичних втручань (твбл. 2.2.9).

Таблиця 2.2.9

Динаміка захворюваності та поширеності ожиріння серед дітей різних вікових груп в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 відповідного населення)

Вік дітей	Поширеність / Захворюваність	Рік				
		2012	2013	2014	2015	2016
0–6 років	п	2,77	2,66	2,69	2,61	2,66
	з	1,15	1,04	1,00	0,98	1,00
7–14 років	п	21,63	21,46	20,06	19,53	18,73
	з	4,68	4,55	4,07	3,89	3,78
15–17 років	п	25,50	27,22	26,59	28,27	29,39
	з	4,76	4,78	4,42	4,51	4,74

Слід також зазначити, що суттєва різниця у показниках поширеності ожиріння серед дитячого населення між регіонами в Україні, як в цілому, так і у вікових групах, може бути пов’язана із недостатнім рівнем діагностики надлишкової маси тіла у дітей, що зумовлено відсутністю уніфікованих та стандартизованих програм раннього виявлення надлишкової маси тіла у дітей та пов’язаних із нею порушень у стані здоров’я, організації обліку таких дітей та медичного спостереження за ними. На думку науковців, справжній рівень поширеності надлишкової маси тіла та ожиріння серед дітей та підлітків України залишається невідомим, оскільки дані офіційної статистики суттєво відрізняються від результатів популяційних досліджень у країнах Європи та світу. Суттєві відмінності у показниках поширеності надлишкової маси тіла та ожиріння серед населення існують не тільки між країнами, але й між внутрішніми соціально-економічними групами країн. В умовах певних культурних норм і стандартів поведінки, а також сімейних звичок щодо харчування і фізичної активності, які передаються від покоління до покоління, досить часто розвиток надмірної маси тіла та дитяче ожиріння не сприймаються як проблема. Це потребує розробки та запровадження інформаційно-комунікативного супроводу вирішення проблеми ожиріння як одного із найпоширеніших факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань серед населення.

Таким чином, за прогнозними даними, ситуація щодо поширеності ожиріння у дітей в Україні є несприятливою. Проте статистика надлишкової маси тіла, яка є преморбідним станом ожиріння та фактором ризику розвитку соціально значущих неінфекційних захворювань, не відома. На сьогодні актуальними залишається розробка та впровадження оптимальних шляхів надання медичної допомоги дітям із ризиком розвитку ожиріння, зокрема це стосується раннього виявлення дітей з надлишковою масою тіла, їх облік та

моніторинг за станом здоров'я, з урахуванням ризиків розвитку захворювань. Проте слід враховувати, що розвитку надлишкової маси тіла та ожирінню і дітей можуть сприяти соціально-економічні фактори, які переважно знаходяться поза впливом галузі охорони здоров'я.

Аналіз інвалідності дітей та шляхи її профілактики і реабілітації

За оцінкою глобальної кількості населення, проведеною у 2010 р., близько одного мільярда людей (15%) у світі сьогодні живуть з інвалідністю. Така ж оцінка, яка була проведена у 1970 р., вказувала на 10% інвалідів у світі. Доповідь про глобальний тягар хвороб (Global Burden of Disease, 2010) наводить ще більші цифри – 19,6%. Щодо дітей до 14 років у цій доповіді вказана цифра 95 млн, або 5,1%, з яких 13 (0,7%) млн мають важку форму інвалідності.

Інвалідність є універсальним поняттям. Будь-яка людина або сама може стати інвалідом, або мати члена сім'ї, що в якийсь момент життя, особливо у похилому віці, може почати відчувати труднощі у функціонуванні. Відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я з її додатковим варіантом для дітей та молоді, «інвалідність» є збірним поняттям, що включає порушення, обмеження діяльності та обмеження участі і позначає негативні аспекти взаємодії між конкретною людиною (з певним станом здоров'я) і контекстуальними факторами (довкілля та особистими) цієї людини. Інвалідність не є просто біологічним чи соціальним явищем. За даними ВООЗ, інваліди становлять 10% населення земної кулі, з них 120 млн – діти та підлітки.

Висновки «Всесвітнього огляду охорони здоров'я» свідчать про більшу поширеність інвалідності у країнах із низьким рівнем розвитку порівняно з країнами з вищим рівнем статків. Особи з низьким достатком, безробітні, з низьким рівнем освіти, жінки та похилого віку люди більшою мірою мають ризик інвалідності.

Своїм рішенням 67 сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я затвердила резолюцію на підтримку «Глобального плану ВООЗ по інвалідності на 2014–2021 рр.: краще здоров'я для всіх людей з інвалідністю». План дій, до підготовки якого закликала 66-я сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, спирається на рекомендації підготовленої ВООЗ та Світовим банком «Всесвітньої доповіді про інвалідність» та побудований відповідно до Конвенції про права інвалідів.

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

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

Актуальність проблеми профілактики інвалідності з дитинства і забезпечення ефективної реабілітації цих контингентів інвалідів зумовлена тим, що упродовж останніх років в Україні уперше інвалідами впродовж року стають близько 16 тис. дітей, а серед усього дитячого населення діти-інваліди складають 2,0–2,1% при орієнтовному ЮНІСЕФ 2,5%, який є граничним рівнем, що підтверджує якість побудованої в країні системи медико-соціального захисту дітей з інвалідністю. Переважна більшість з них зберігають статус інваліда у подальшому житті, що суттєво впливає на проблему збереження працездатності та обороноздатності країни.

Показник інвалідності дітей можна вважати концентрованим відображенням успішності суспільства, соціальної захищеності, рівня та якості здоров'я підростаючого покоління. Він найбільш яскраво ілюструє різке зниження у дітей функціональних можливостей організму, реакцій пристосування і захисту. В Україні спостерігається тенденція до зниження рівня поширеності інвалідності у дітей з 209,6 на 10 тис. дітей віком до 18 років у 2012 р. до 205,0 у 2016 р., що ніби свідчить про позитивні тенденції стану здоров'я дитячого населення. Це викликає питання, попри офіційну статистику підтвердженої реєстрації поширеності хвороб у дитячого населення. Первинна інвалідність за цей період також зменшилася з 22,8 на 10 тис. дитячого населення до 21,4 (рис. 2.2.12).

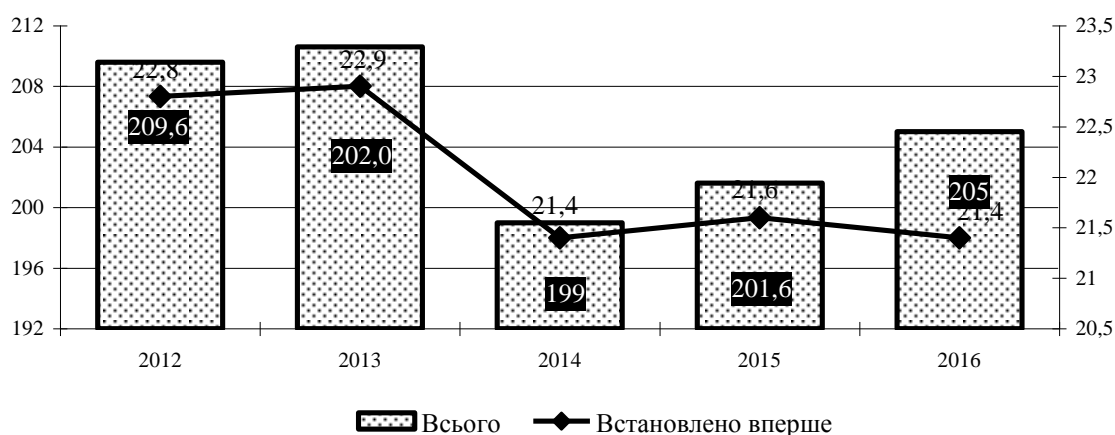


Рис. 2.2.12. Динаміка інвалідності дітей до 18 років в Україні у 2012–2016 рр., на 10 тис. дітей віком до 18 років

Проте виявлена тенденція дуже тісно пов'язана з початком воєнних дій на території України, що безпосередньо вплинуло на достовірність статистики щодо якості надання медичної допомоги населенню країни, передусім дітям, які проживають на територіях Донецької і Луганської областей (ці області завжди мали високі рівні інвалідності у дітей), та невходження до статистики даних по АР Крим.

Загальна чисельність дітей-інвалідів упродовж останніх п'яти років зменшилася на 10,96 тис. і у 2016 р. становила 156099 осіб, або 2,02% від загальної кількості дітей. За розрахунками Європейської Академії Дитячої Інвалідності, в Україні очікується більше 200 тис. дітей-інвалідів віком до 18 років, з них до 80 тис. з важкою інвалідністю.

Ці дані ще раз підтверджують необхідність відходу від суто медичної моделі встановлення інвалідності, що розглядає обмеження життєдіяльності як персональну проблему особи, викликану безпосередньо хворобою, травмою або іншою причиною, що вимагає медичної допомоги у вигляді індивідуального лікування, з урахуванням соціальної

моделі, яка розглядає проблему обмеження життєдіяльності з позиції можливості повної інтеграції особи в суспільство. Впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2007) передбачає можливість об'єднання як медичної, так і соціальної моделі із формуванням єдиної біопсихосоціальної моделі визначення інвалідності.

Перші двадцять років життя людини характеризуються швидким зростанням і розвитком організму. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП) дає можливість точно описати стан здоров'я на різних вікових етапах. Коди класифікації представляють функції і структури організму, показники активності та участі, а також фактори навколишнього середовища, що впливають на здоров'я і життєдіяльність дітей і підлітків. Дана класифікація забезпечує універсальну мову для опису здоров'я, функціонування, їх порушень в різні вікові періоди і допоможе клініцистам, педагогам, дослідникам, адміністраторам, політикам і батькам виявити потреби дітей і підлітків у сфері охорони здоров'я та освіти.

Важливими документами на шляху розбудови сучасних підходів до організації забезпечення прав і свобод людей з інвалідністю стали укази Президента України: «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» від 03.12.2015 р. № 678; «Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини» від 25.08.2015 р. № 501; «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» від 03.12.2015 р., який, у тому числі, започаткував введення професій ерготерапевта та ергономіста, лікаря фізичної і реабілітаційної медицини, фізичного терапевта.

Суттєве значення для розбудови системи мали Постанова Верховної Ради України від 13.01.2015 р. № 96-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення» та постанови Кабінету Міністрів України: від 1 серпня 2012 р. № 706, якою затверджено Державну цільову програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права інвалідів» на період до 2020 р.; від 21 листопада 2013 р. № 917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям»; від 23.11.2015 №1393-р «Про затвердження плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року» тощо.

При повному використанні прав, наданих законодавством України, число дітей з встановленою інвалідністю має значно зростати. Ці тенденції притаманні будь-якій цивілізованій державі, бо на перше місце ставиться збереження життя усім дітям. Така постановка проблеми правильна, оскільки дає можливість упорядкувати статистичні дані щодо дитячої інвалідності, збільшити число сімей, охоплених соціальною допомогою, і зумовити точніше планування медичних і медико-соціальних програм щодо створення служб реабілітації та відновного лікування.

Проведений нами спеціальний аналіз частки інвалідів серед загальної кількості хворих дітей у розрізі класів хвороб у 2012 р. і у 2016 р. засвідчив, що найбільш інвалідизуючими хворобами є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, розлади психіки та поведінки, новоутворення та хвороби нервової системи (рис. 2.2.13).

Так, в середньому на 1000 зареєстрованих захворювань у дітей у 2012 р. припадало 11,0 інвалідів, у 2016 р. – 12,5, з коливанням цього показника у 2016 р. від 222,34 і 113,77 при природжених вадах розвитку, деформаціях та хромосомних аномаліях і розладах психіки та

поведінки до 13,9–8,6 при хворобах кістково-м'язової системи та сполучної тканини, ока та його придаткового апарату. У 2016 р. порівняно з 2012 р. збільшилася частота інвалідів серед дітей з розладами психіки і поведінки та новоутвореннями (113,770 і 86,9 та 79,22 і 46,6 відповідно), що може бути зумовлено як більш важким перебігом цих хвороб, так і більш повним використанням прав дітей на отримання інвалідності.

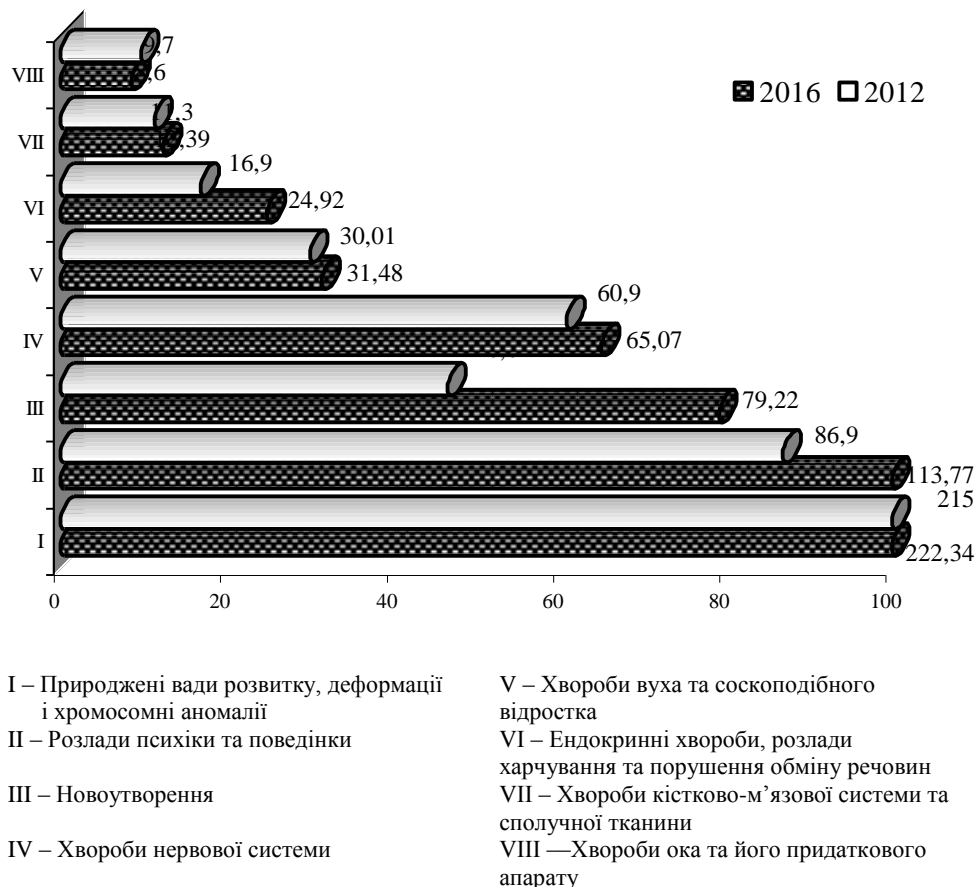


Рис. 2.2.13. Частка дітей-інвалідів у загальній кількості хворих дітей в Україні у 2012 р. і в 2016 р. (%)

Отримані нами дані кореспондуються з даними публікацій, у яких розглядаються проблеми інвалідизації дитячого населення, і свідчать про необхідність посилення первинної профілактики захворюваності дітей та удосконалення надання медичної допомоги дітям із важкими інвалідизуючими хворобами.

У структурі інвалідності дітей упродовж 2012–2016 рр. серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, перше місце посідають природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (30,0–31,1%), друге – хвороби нервової системи (17,9–16,6%), третє – розлади психіки та поведінки (13,9–14,4%). Як видно на рис. 2.2.14, у цілому зміни у структурі причин інвалідності були незначними – спостерігалася незначна тенденція до зменшення хвороб нервової системи, розладів психіки та поведінки, при тенденції до збільшення у структурі причин питомої ваги ендокринних хвороб, розладів травлення та порушень обміну речовин, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій, хвороб вуха та соскоподібного відростка.

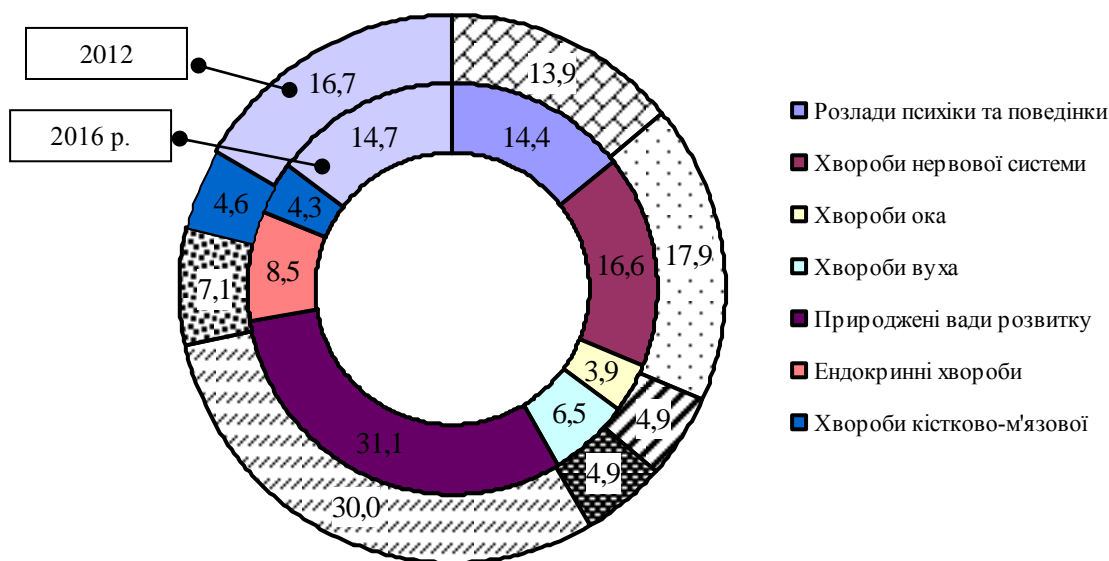


Рис. 2.2.14. Динаміка структури інвалідності дітей віком 0–17 років включно в Україні у 2012 р. і 2016 р. (%)

Динаміка інвалідності за віковими групами збігається з динамікою поширеності хвороб у дітей відповідних вікових груп – збільшується з віком. Як і в попередні роки, у 2016 р. відмічається зростання інвалідності залежно від віку: з 77,2 на 10 тис. дітей відповідного віку серед дітей 0–2 років до 164,6 серед дітей 3–6 років, 257,2 серед дітей 7–14 років та до 275,5 серед дітей підліткового віку. Зростання інвалідності з віком притаманне зростанню її за усіма причинами.

За проаналізований період зросла інвалідність серед дітей віком 7–14 років – з 222,0 на 10 тис. відповідного населення у 2012 р. до 257,2 у 2016 р., відмічається тенденція до її зростання серед дітей підліткового віку – з 274,8 до 275,5. При цьому зменшилася інвалідність у вікових групах дітей 0–2 роки (83,2 і 77,2) та 3–6 років (179,6 і 164,6 відповідно) (рис. 2.2.15).

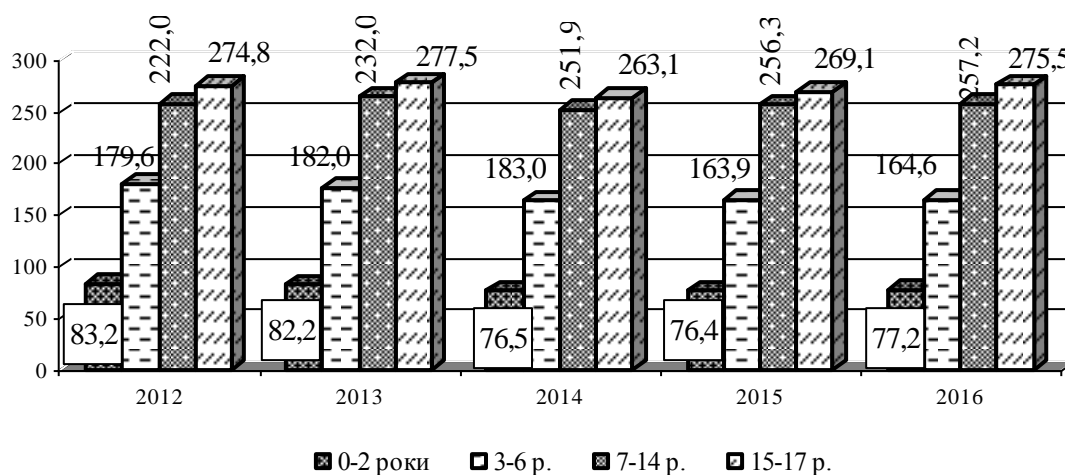


Рис. 2.2.15. Динаміка інвалідності дітей окремих вікових груп в Україні у 2012–2016 рр. на 10 тис. відповідного населення

У 2016 р., як і в попередні роки, спостерігалось коливання показника загальної інвалідності від 258,4 на 10 тис. дітей віком до 18 років у Чернігівській, 251,7 у Київській, 247,3 у Житомирській, 237,8 у Рівненській, 236,9 у Хмельницькій, 236,3 у Вінницькій областях до 172,9 у Одеській, 190,8 у Херсонській, 198,8 у Луганській областях (табл. 2.2.10). Діапазон регіональних коливань первинної інвалідності дитячого населення України становив від 28,2 на 10 тис. дитячого населення у Чернігівській, 27,8 у Київській, 26,7 у Вінницькій до 17,5 у Одеській, 18,0 у Харківській областях.

Таблиця 2.2.10

Характеристика загальної і первинної інвалідності в Україні у 2016 р., на 10000 дитячого населення

Регіон	Загальна інвалідність	Первинна інвалідність
Україна	205,0	21,4
<i>Область</i>		
Вінницька	236,3	26,7
Волинська	227,3	24,7
Дніпропетровська	224,3	23,5
Донецька	216,5	24,0
Житомирська	247,3	23,9
Закарпатська	222,1	25,4
Запорізька	231,0	26,3
Івано-Франківська	215,1	23,4
Київська	251,7	27,8
Кіровоградська	224,4	20,5
Луганська	198,8	22,5
Львівська	219,9	23,6
Миколаївська	227,6	25,4
Одеська	172,9	17,5
Полтавська	217,3	22,5
Рівненська	237,8	24,7
Сумська	210,5	21,4
Тернопільська	228,7	23,7
Харківська	211,0	18,0
Херсонська	190,8	20,6
Хмельницька	236,9	21,6
Черкаська	220,3	20,5
Чернівецька	225,3	22,2
Чернігівська	258,4	28,2
м. Київ	201,3	21,6

Станом на 31.12.2016 р. в Україні налічувалося 156099 дітей-інвалідів та зареєстровано 15531315 хвороб, у середньому на 1000 захворювань припадало 11,54 інваліда. Враховуючи однакову важкість перебігу захворювань у дітей з різних регіонів, логічно припустити, що розбіжності цього показника в розрізі регіонів незначні. Проте проведений нами аналіз засвідчив суттєві розбіжності у співвідношенні зареєстрованої кількості хвороб та інвалідів між регіонами (рис. 2.2.16).

Діапазон частоти інвалідів серед зареєстрованих захворювань коливався в розрізі регіонів від 9,03 на 1000 захворювань у м. Києві, 10,17–10,5 у Івано-Франківській, Харківській і Київській до 16,85 у Закарпатській, 13,42–13,01 у Чернівецькій та Миколаївській областях.

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

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

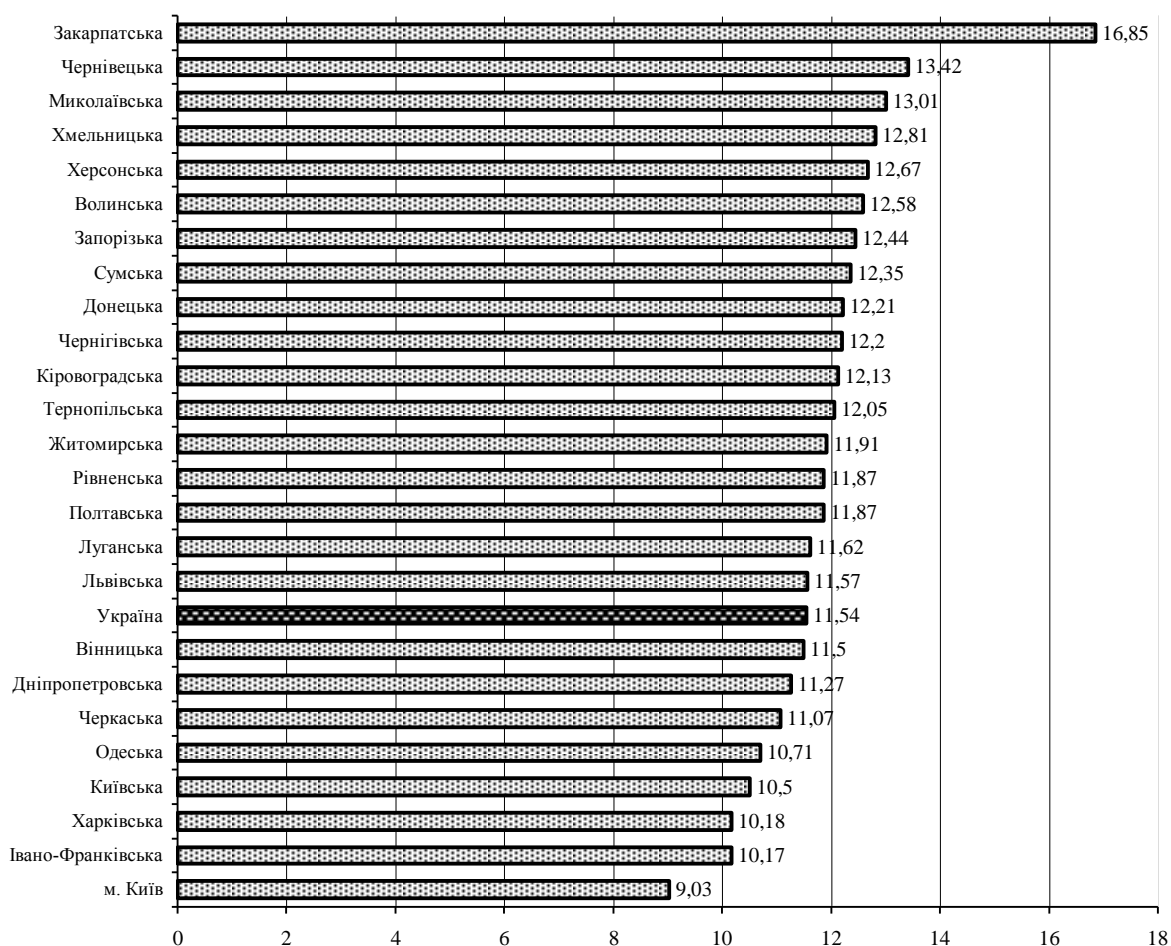


Рис 2.2.16. Співвідношення зареєстрованої кількості хвороб та інвалідів у розрізі регіонів у 2016 р. (кількість інвалідів на 1000 хвороб)

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

Крім того, факторна детермінація основних причин дитячої інвалідності зумовлює доцільність формування основних напрямків та програм зі зниження інвалідності дітей. Це, насамперед, подальший розвиток служб медико-генетичного консультування, планування сім'ї, поліпшення якості медичного догляду новонароджених із низькою і дуже низькою масою тіла при народженні, організація служби медико-соціального патронажу в сім'ях високого соціального ризику. З метою підвищення батьківської компетенції необхідно

тактовно й обережно формувати об'єктивне уявлення про наявний у дитини дефект і можливі його наслідки.

У вирішення питань профілактики інвалідності дітей та реабілітації дітей-інвалідів значний внесок повинна зробити система громадського здоров'я, яка сьогодні формується в Україні.

2.3. Динаміка стану здоров'я дорослого населення

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

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

Здоров'я населення характеризується системою статистичних показників, які відображають здатність суспільства до відтворення населення в конкретних соціально-економічних умовах. Показники здоров'я увійшли до числа об'єктивно необхідних економічних елементів, які забезпечують життєдіяльність сучасного цивілізованого суспільства, оскільки у кінцевому підсумку розвиток охорони здоров'я має на меті сприяти довголіттю людей.

Протягом 2012–2016 рр. спостерігається загальна тенденція до зниження у 2014 р. відносно 2012 р. як показників поширеності хвороб серед дорослого населення країни (на 8,2%), так і показників захворюваності дорослого населення України (на 9,7%): у 2014 р. поширеність становила 168 849,2 на 100 тис. дорослого населення, захворюваність – 48467,8 відповідно; у 2012 р. поширеність хвороб – 184012,7 на 100 тис. відповідного населення, захворюваність населення – 53682,2 відповідно. Починаючи з 2015 р., відбулося зростанням вищезазначених показників відносно 2014 р.: поширеність хвороб у 2016 р. зросла відносно 2014 р. на 1,6%, захворюваність населення – на 2,3%. Таким чином, слід зазначити, що останні два роки (2015–2016 рр.) рівень поширеності хвороб серед дорослого населення країни та рівень захворюваності дорослого населення зростають відносно 2014 р., при тому, що в 2016 р. показники і поширеності хвороб, і захворюваності населення залишаються нижчими за показники 2012 р. (на 6,7% та 7,6% відповідно) (табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дорослого населення України за період 2012–2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Показник	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність хвороб	184012,7	184286,6	168 849,2	170 417,8	171 599,4
Захворюваність населення	53 682,2	53 187,3	48 467,8	48 606,0	49 578,0

У структурі поширеності хвороб серед дорослого населення України в 2016 р., як і в попередні роки, перше місце займають хвороби системи кровообігу (37,16%), друге місце посіли хвороби органів дихання, частка яких склала 13,12%, третє місце належить хворобам органів травлення (10,49%), четверте місце посіли хвороби сечостатевої системи (6,06%), п'яте – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,71%), шосте – ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (5,19%), сьоме належить хворобам ока та його придаткового апарату (4,68%). При порівняльному аналізі спостерігається наступна картина: якщо у 2016 р. відносно 2012 р. показники поширеності хвороб серед дорослого населення країни знизились на 6,75%, то відносно 2015 р. вони зросли на 0,69%. Також у 2016 р. рівні поширеності хвороб залишаються нижчими, ніж у 2012 р., за 14 наступними класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби (на 18,29%), новоутворення (на 3,11%), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (на 7,47%), розлади психіки та поведінки (на 13,55%), хвороби нервової системи (на 0,88%), хвороби ока та його придаткового апарату (на 10,42%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (на 10,81%), хвороби системи кровообігу (на 8,88%), хвороби органів дихання (на 0,36%), хвороби органів травлення (на 5,0%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (на 6,13%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 4,59%), хвороби сечостатевої системи (на 5,37%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (на 15,21%), і вищими за двома класами хвороб: ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин зросли на 2,41% та природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії – на 4,84%. За результатами аналізу, рівні поширеності хвороб серед дорослого населення за основними класами хвороб у 2016 р. відносно 2015 р. мають тенденції до зростання за 11-ма класами хвороб і до зниження за 5-ма класами (табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2

Динаміка показників та структури поширеності хвороб серед дорослого населення України за основними класами хвороб у 2012, 2015, 2016 рр. (на 100 тис. нас.)

Клас хвороб	2012	%	2015	%	2016	%	2016/ 2012	2016/ 2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	3532,6	1,92	2 916,90	1,71	2 886,50	1,68	-18,29	-1,04
Новоутворення	4976,2	2,70	4 775,70	2,80	4 821,50	2,81	-3,11	0,96
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1222,6	0,66	1 133,60	0,67	1 131,30	0,66	-7,47	-0,20
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8693,8	4,72	8 754,40	5,14	8 903,40	5,19	2,41	1,70
Розлади психіки та поведінки	4940,7	2,68	4 280,70	2,51	4 271,00	2,49	-13,55	-0,23
Хвороби нервової системи	4588	2,49	4 518,70	2,65	4 547,40	2,65	-0,88	0,64
Хвороби ока та його придаткового апарату	8966	4,87	8 139,90	4,78	8 031,90	4,68	-10,42	-1,33
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3253,7	1,77	2 875,40	1,69	2 902,00	1,69	-10,81	0,93
Хвороби системи кровообігу	69984,50	38,03	63684,80	37,37	63766,60	37,16	-8,88	0,13
Хвороби органів дихання	22595,50	12,28	21470,50	12,60	22515,20	13,12	-0,36	4,87
Хвороби органів травлення	18948,80	10,30	18144,40	10,65	18001,60	10,49	-5,00	-0,79
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4077,6	2,22	3 744,20	2,20	3 827,60	2,23	-6,13	2,23
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10274,60	5,58	9 766,60	5,73	9 802,80	5,71	-4,59	0,37

Хвороби сечостатевої системи	10984,40	5,97	10390,90	6,10	10394,40	6,06	-5,37	0,03
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	206,8	0,11	211,8	0,12	216,8	0,13	4,84	2,36
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4802,6	2,61	4 055,40	2,38	4 072,10	2,37	-15,21	0,41

У 2016 р. рівень поширеності хвороб серед дорослого населення в 20 областях України перевищував аналогічний загальноукраїнський, а у 5 областях він був нижчим за вищезазначений показник. Найвищі рівні поширеності хвороб серед дорослого населення зафіксовано у м. Київ, Дніпропетровській, Чернігівській, Київській, Вінницькій областях. Стійка тенденція до підвищення рівня поширеності хвороб у 2016 р., як відносно 2012 р., так і 2015 р., спостерігалася у 11 областях України – Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Київській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернігівській областях; у 5 областях зафіксовано тенденцію до зниження рівня поширеності хвороб – у Вінницькій, Закарпатській, Одеській, Херсонській і Черкаській (табл. 2.3.3).

Таблиця 2.3.3

Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед дорослого населення України у 2012, 2015, 2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни (%)	
	2012	2015	2016	2016/2012	2016/2015
Україна	184 012,7	170 417,8	171 599,4	-6,75	0,69
<i>Область</i>					
Вінницька	211 798,3	206 238,4	200 693,0	-5,24	-2,69
Волинська	177 274,9	175 469,0	175 884,7	-0,78	0,24
Дніпропетровська	210 397,3	223 507,5	228 244,5	8,48	2,12
Донецька	175 135,9	161 392,2	162 214,6	-7,38	0,51
Житомирська	159 700,5	171 499,0	175 405,6	9,83	2,28
Закарпатська	173 687,4	165 382,8	165 339,3	-4,81	-0,03
Запорізька	144 062,2	146 321,9	146 900,8	1,97	0,40
Івано-Франківська	185 500,1	187 192,5	188 082,4	1,39	0,48
Київська	193 808,1	199 213,2	202 047,9	4,25	1,42
Кіровоградська	173 937,3	181 075,4	180 626,0	3,85	-0,25
Луганська	149 998,6	135 302,4	140 159,5	-6,56	3,59
Львівська	169 614,0	165 772,5	168 582,6	-0,61	1,70
Миколаївська	177 492,8	188 626,0	191 840,5	8,08	1,70
Одеська	201 604,3	192 294,3	190 848,0	-5,34	-0,75
Полтавська	182 703,3	183 457,5	184 853,1	1,18	0,76
Рівненська	179 868,0	187 308,5	187 221,7	4,09	-0,05
Сумська	160 402,0	167 913,6	171 834,3	7,13	2,33
Тернопільська	182 315,4	183 510,9	186 517,7	2,30	1,64
Харківська	196 343,6	191 177,0	191 901,0	-2,26	0,38
Херсонська	182 074,8	179 385,4	178 987,8	-1,70	-0,22
Хмельницька	183 565,2	189 865,6	192 265,0	4,74	1,26
Черкаська	197 162,6	181 404,4	180 265,0	-8,57	-0,63
Чернівецька	186 738,3	183 675,9	184 048,8	-1,44	0,20
Чернігівська	195 666,1	203 584,1	207 632,6	6,12	1,99
м. Київ	239 702,3	235 176,7	236 184,8	-1,47	0,43

У структурі захворюваності дорослого населення України за основними класами хвороб розподіл рейтингових місць у 2016 р., як і в попередні роки, залишився незмінним: перше місце займають хвороби органів дихання з часткою 32,89%, друге місце належить хворобам системи кровообігу (10,19%), третє посіли хвороби сечостатевої системи (9,05%), четверте місце – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,64%), п'яте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,18%). Рівні захворюваності дорослого населення країни за провідними класами хвороб у 2016 р. відносно 2012 р. знизились практично за всіма класами хвороб, крім класу хвороб органів дихання, захворюваність на які зросла на 1,8%. Слід зауважити, що в 2016 р. відносно 2015 р. зросли рівні захворюваності дорослого населення на новоутворення (на 1,26%), на хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (на 0,51%), на хвороби нервової системи (на 0,4%), на хвороби вуха та соскоподібного відростка (на 0,79%), на хвороби органів дихання (на 7,15%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (на 0,76%), на хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 0,03%), на травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (на 0,65%). Стійкі тенденції до зниження рівнів захворюваності, як відносно 2012 р., так і 2015 р., спостерігаються за вісьмома класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, розлади психіки та поведінки, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби сечостатевої системи, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії. Зростання первинної захворюваності дорослого населення України за аналізований період, як відносно 2012 р., так і 2015 р., відбулося за одним класом хвороб – хвороби органів дихання (табл. 2.3.4).

Таблиця 2.3.4

**Динаміка показників та структури захворюваності дорослого населення України
за основними класами хвороб у 2012, 2015, 2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	2012	%	2015	%	2016	%	2016/ 2012	2016/ 2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2 052,00	3,82	1 684,90	3,47	1 663,70	3,36	-18,92	-1,26
Новоутворення	1 078,20	2,01	968	1,99	980,2	1,98	-9,09	1,26
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	233,4	0,43	216,7	0,45	217,8	0,44	-6,68	0,51
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	920,7	1,72	806,8	1,66	797,4	1,61	-13,39	-1,17
Розлади психіки та поведінки	377,9	0,70	295,3	0,61	286,5	0,58	-24,19	-2,98
Хвороби нервової системи	1 477,80	2,75	1 457,70	3,00	1 463,60	2,95	-0,96	0,40
Хвороби ока та його придаткового апарату	3 345,00	6,23	3 044,20	6,26	3 011,00	6,07	-9,99	-1,09
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2 330,60	4,34	2 033,80	4,18	2 049,90	4,13	-12,04	0,79
Хвороби системи кровообігу	5 961,90	11,11	5 064,20	10,42	5 049,60	10,19	-15,30	-0,29
Хвороби органів дихання	16 017,00	29,84	15 216,2	31,31	16 304,70	32,89	1,80	7,15
Хвороби органів травлення	2 351,50	4,38	2 252,30	4,63	2 196,90	4,43	-6,57	-2,46
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3 361,80	6,26	3 038,40	6,25	3 061,50	6,18	-8,93	0,76
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3 213,50	5,99	2 979,70	6,13	2 980,50	6,01	-7,25	0,03
Хвороби сечостатевої системи	4 850,40	9,04	4 511,10	9,28	4 488,20	9,05	-7,47	-0,51

Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	13,9	0,03	13	0,03	12,9	0,03	-7,19	-0,77
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4 491,30	8,37	3 761,60	7,74	3 786,20	7,64	-15,70	0,65

У 2016 р. у 16 областях України спостерігається вищий за загальноукраїнський рівень первинної захворюваності населення. Найвищі рівні первинної захворюваності сформовано у Дніпропетровській області (75509,7 на 100 тис. дорослого населення), м. Київ (71488,7 відповідно), Івано-Франківській області (67507,9 відповідно), Львівській області (64784,6 відповідно), Чернігівській області (57820,3 відповідно). У 15 областях України рівень первинної захворюваності населення в 2016 р. був нижчим порівняно з 2012 р.: Вінницькій, Волинській, Донецькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій областях, м. Київ; у 10 областях показники первинної захворюваності були вищими. Порівняно з 2015 р. у 2016 р. рівень первинної захворюваності зріс у 22 областях і знизився лише у трьох. У цілому в 2016 р., як відносно 2012 р., так і 2015 р., рівень первинної захворюваності зріс у 10 областях (Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Хмельницькій, Чернігівській областях) і знизився у 3 (Вінницькій, Івано-Франківській та Херсонській областях) (табл. 2.3.5).

Таблиця 2.3.5

**Динаміка регіональних показників захворюваності дорослого населення України
у 2012 р., 2015 р., 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни (%)	
	2012	2015	2016	2016/2012	2016/2015
Україна	53 682,2	48 606,0	49 578,0	-7,65	2,00
<i>Область</i>					
Вінницька	59 512,3	55 182,5	52 851,4	-11,19	-4,22
Волинська	56 346,1	53 468,4	53 990,1	-4,18	0,98
Дніпропетровська	68 193,0	72 543,7	75 509,7	10,73	4,09
Донецька	45 428,9	39 486,4	41 274,5	-9,14	4,53
Житомирська	42 505,3	43 541,2	44 376,4	4,40	1,92
Закарпатська	53 330,1	49 264,6	51 210,6	-3,97	3,95
Запорізька	40 850,0	41 367,5	42 888,5	4,99	3,68
Івано-Франківська	68 800,8	67 869,7	67 507,9	-1,88	-0,53
Київська	51 963,7	52 133,5	53 523,6	3,00	2,67
Кіровоградська	44 455,2	46 573,9	47 667,7	7,23	2,35
Луганська	37 439,4	28 294,7	31 479,2	-15,92	11,25
Львівська	68 858,8	64 461,8	64 784,6	-5,92	0,50
Миколаївська	48 610,1	50 534,8	51 569,9	6,09	2,05
Одеська	59 763,2	53 639,0	53 692,3	-10,16	0,10
Полтавська	42 242,6	42 370,6	44 786,3	6,02	5,70
Рівненська	56 597,2	55 387,4	55 720,8	-1,55	0,60
Сумська	39 534,9	39 959,8	41 611,7	5,25	4,13
Тернопільська	52 743,2	50 740,8	52 077,5	-1,26	2,63
Харківська	58 367,5	53 482,2	54 236,7	-7,08	1,41
Херсонська	49 970,9	41 030,8	40 271,6	-19,41	-1,85
Хмельницька	47 596,0	48 456,1	48 699,6	2,32	0,50
Черкаська	55 782,9	49 118,1	51 162,5	-8,28	4,16
Чернівецька	55 880,9	50 073,6	50 725,9	-9,22	1,30

Чернігівська	54 218,8	55 834,9	57 820,3	6,64	3,56
м. Київ	76 137,1	70 154,8	71 488,7	-6,11	1,90

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

2.4. Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку

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

Працюючі роблять основний внесок в економічний і соціальний розвиток країн. Їх здоров'я визначається не тільки тими ризиками, які присутні на робочому місці, але й соціальними та індивідуальними факторами, а також доступом до медико-санітарних послуг. Незважаючи на наявність ефективних медико-санітарних заходів щодо профілактики професійних ризиків, охорони та зміцнення здоров'я на робочому місці, стан здоров'я працюючих і ступінь їх схильності до професійних ризиків варіюють у широких межах, як між країнами, так і всередині країн. На даний час доступ до медичних служб гігієни праці має лише невелика частина світових трудових ресурсів.

Виховання громадської свідомості у ставленні до здоров'я не лише як до особистого надбання, але і як до надбання суспільства, тісно пов'язане з визначенням його тенденцій. У сучасних умовах постають нагальні проблеми щодо збереження людиною власного здоров'я. Актуалізація питань суспільного здоров'я зростає на тлі його соціальної значущості. Шляхи збереження популяційного здоров'я ґрунтуються на наукових даних та знаннях законів його формування. У показниках здоров'я сконцентрована вся складна взаємодія чинників, що впливають на людину.

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

У 2008 р. ВООЗ схвалила «Глобальний план дій з охорони здоров'я працюючих на 2008–2017 рр.». План дій зачіпає всі аспекти охорони здоров'я працюючих, включаючи первинну профілактику професійних ризиків, охорону і зміцнення здоров'я на робочому місці, умови зайнятості та більш чітке реагування систем охорони здоров'я на здоров'я працюючих. Цей план будується на деяких загальних принципах. Усі працюючі повинні мати можливість користуватися сприятливими умовами праці. Умови праці на робочому

місці не повинні призводити до погіршення здоров'я і благополуччя. Пріоритет повинен надаватися первинній профілактиці професійних ризиків для здоров'я. З метою задоволення ЗОЗ потреб працюючого населення на комплексній основі повинні бути задіяні всі компоненти системи охорони здоров'я.

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

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

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

Протягом 2012–2016 рр. поширеність хвороб серед працездатного населення країни та захворюваність населення мали тенденцію до зниження на 5,35% та на 6,35% відповідно відносно 2012 року. Починаючи з 2012 р. і по 2014 р. спостерігались тенденції до зниження показників і захворюваності, і поширеності хвороб, після чого у 2015 р. та 2016 р. включно відзначаються тенденції до зростання рівнів вищезазначених показників (табл. 2.4.1).

Таблиця 2.4.1

**Динаміка поширеності та захворюваності працездатного населення України за період 2012–2016 рр.
(на 100 тис. відповідного населення)**

Найменування показника	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність хвороб	147 000,8	147 394,7	135 706,2	137 437,6	139 131,6
Захворюваність населення	59 711,2	59 168,3	54 118,2	54 480,1	55 919,2

У структурі поширеності хвороб серед працездатного населення країни за основними класами хвороб розподіл рейтингових місць у 2016 р. залишився незмінним порівняно з попередніми роками: перше місце посіли хвороби системи кровообігу (23,93%), друге – хвороби органів дихання (18,92%), третє – хвороби органів травлення (10,70%), четверте – хвороби сечостатевої системи (7,89%), п'яте – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,55%). У 2016 р. за 13 класами хвороб спостерігається нижчий, ніж у 2012 р., рівень поширеності хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, хвороби крові, розлади психіки та поведінки, хвороби нервової системи, хвороби ока, хвороби вуха, хвороби системи кровообігу, хвороби травлення, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, хвороби сечостатевої системи, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників; а за трьома класами – ендокринні хвороби, хвороби органів дихання, природжені вади розвитку – вищий за

рівень 2012 року. Також слід зазначити, що в 2016 р. порівняно з 2015 р. відбулося зростання рівнів поширеності хвороб серед працездатного населення за 13 класами хвороб і за трьома відбулося зниження рівнів їх поширеності (деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби органів травлення). У цілому за трьома класами хвороб (як відносно 2012 р., так і 2015 р.) спостерігається стійка тенденція до зниження поширеності деяких інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб ока та його придаткового апарату, хвороб органів травлення, а також за трьома класами захворювань відзначається зростання рівня поширеності (ендокринні хвороби, хвороби органів дихання, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії) (табл. 2.4.2).

Таблиця 2.4.2

Динаміка показників та структури поширеності хвороб серед працездатного населення України за основними класами хвороб у 2012 р., 2015 р., 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	2012	%	2015	%	2016	%	2016/ 2012	2016/ 2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4 250,20	2,89	3 554,5	2,59	3 537,7	2,54	-16,76	-0,47
Новоутворення	3 158,40	2,15	3 035,4	2,21	3 071,8	2,21	-2,74	1,20
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1 214,70	0,83	1 136,6	0,83	1 137,3	0,82	-6,37	0,06
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	7 052,30	4,80	7 011,3	5,10	7 085,5	5,09	0,47	1,06
Розлади психіки та поведінки	5 569,70	3,79	4 807,7	3,50	4 819,0	3,46	-13,48	0,24
Хвороби нервової системи	5 497,00	3,74	5 367,6	3,91	5 411,3	3,89	-1,56	0,81
Хвороби ока та його придаткового апарату	7 037,70	4,79	6 562,3	4,77	6 435,5	4,63	-8,56	-1,93
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3 253,70	2,21	2 780,6	2,02	2 820,1	2,03	-13,33	1,42
Хвороби системи кровообігу	35402,7	24,08	33 213,2	24,17	33 290,3	23,93	-5,97	0,23
Хвороби органів дихання	26014,2	17,70	24 833,7	18,07	26 320,7	18,92	1,18	5,99
Хвороби органів травлення	15918,7	10,83	15 021,4	10,93	14 892,7	10,70	-6,45	-0,86
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4 741,40	3,23	4 388,5	3,19	4 468,0	3,21	-5,77	1,81
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8 064,60	5,49	7 663,0	5,58	7 722,7	5,55	-4,24	0,78
Хвороби сечостатевої системи	11495,20	7,82	10 937,6	7,96	10 984,0	7,89	-4,45	0,42
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	372,8	0,25	370,2	0,27	378,8	0,27	1,61	2,32
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5 433,50	3,70	4 581,0	3,33	4 631,2	3,33	-14,77	1,10

У 2016 р. у 7-ми областях України регіональний рівень поширеності хвороб серед працездатного населення був нижчим за загальноукраїнський (139131,6 на 100 тис. відповідного населення), а у 18-ти регіонах – вищим. Найвищі регіональні показники поширеності хвороб серед працездатного населення спостерігаються у Дніпропетровській області (191165,8 на 100 тис. відповідного населення), у м. Київ (177424,4 відповідно), у Сумській області (132524,2 відповідно), у Івано-Франківській (172951,1 відповідно), у

Чернівецькій області (172423,8 відповідно). У 2016 р. у 9-ти регіонах зафіксовано нижчий рівень поширеності хвороб серед працездатного населення, ніж у 2012 р. (Вінницька, Донецька, Закарпатська, Луганська, Одеська, Полтавська, Харківська, Херсонська, Черкаська області), і в 16-ти областях – вищий. Якщо порівнювати тенденції показника поширеності хвороб у 2016 р. відносно 2015 р., то в 22-х областях спостерігається зростання показників поширеності і в 3-х регіонах відзначається зниження показників (Вінницька, Закарпатська і Херсонська області). У цілому стійкі тенденції до зниження регіональних показників поширеності хвороб серед працездатного населення протягом 2012–2015 рр. відзначаються у трьох областях (Вінницька, Закарпатська і Херсонська області) і в 16-ти спостерігаються тенденції до зростання регіональних рівнів поширеності хвороб серед працездатного населення (табл. 2.4.3).

Таблиця 2.4.3

Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед працездатного населення України у 2012 р., 2015 р., 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни (%)	
	2012	2015	2016	2016/2012	2016/2015
Україна	147 000,8	137437,6	139 131,6	-5,35	1,23
<i>Область</i>					
Вінницька	178 077,3	168 941,3	161 164,6	-9,50	-4,60
Волинська	152 553,4	152 173,0	153 000,0	0,29	0,54
Дніпропетровська	175 633,3	186 722,0	191 165,8	8,84	2,38
Донецька	139 101,9	123 398,2	123 754,5	-11,03	0,29
Житомирська	123 366,7	129 952,7	133 716,5	8,39	2,90
Закарпатська	147 935,4	142 522,6	141 783,1	-4,16	-0,52
Запорізька	101 989,2	106 965,3	108 372,3	6,26	1,32
Івано-Франківська	166 474,7	170 345,9	172 951,1	3,89	1,53
Київська	161 455,1	166 293,7	169 143,4	4,76	1,71
Кіровоградська	144 082,5	148 401,6	149 536,8	3,79	0,76
Луганська	112 268,8	92 702,0	100 887,1	-10,14	8,83
Львівська	138 534,5	136 015,0	139 128,6	0,43	2,29
Миколаївська	136 104,0	149 029,3	152 954,9	12,38	2,63
Одеська	157 300,5	150 294,4	150 443,6	-4,36	0,10
Полтавська	144 034,6	141 172,2	142 553,0	-1,03	0,98
Рівненська	166 144,5	173 106,4	173 421,2	4,38	0,18
Сумська	124 723,8	129 467,7	132 524,2	6,25	2,36
Тернопільська	150 378,6	151 665,0	154 598,5	2,81	1,93
Харківська	153 422,1	147 776,3	149 168,8	-2,77	0,94
Херсонська	147 110,2	142 865,8	142 160,0	-3,36	-0,49
Хмельницька	146 610,3	151 654,2	154 886,2	5,64	2,13
Черкаська	146 809,1	131 696,9	132 096,7	-10,02	0,30
Чернівецька	171 904,7	172 342,6	172 423,8	0,30	0,05
Чернігівська	154 853,5	157 255,5	160 156,9	3,42	1,85
м. Київ	175 959,9	175156,5	177 424,4	0,83	1,29

Структура первинної захворюваності працездатного населення країни за основними класами хвороб має наступний розподіл рейтингових місць: перше місце займають хвороби органів дихання (37,72%), друге – хвороби сечостатевої системи (9,66%), третє – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,69%), четверте місце посідають хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 6,43%, п'яте – хвороби системи кровообігу (6,42%). Майже за всіма класами хвороб показник захворюваності працездатного населення нижчий у 2016 р. відносно 2012 р., за винятком хвороб органів дихання, рівень

захворюваності на які зріс на 1,7% відносно 2012 р. і на 7,61% відносно 2015 року. Порівняно з 2015 р. у 2016 р. відбулось зростання рівнів захворюваності працездатного населення країни за вісьмома класами хвороб та зниження рівнів захворюваності на деякі інфекційні та паразитарні хвороби (рівень яких знизився на 0,94%), на хвороби органів травлення (-1,9%), на природжені вади розвитку (-0,41%), на хвороби системи кровообігу (-0,64%), на ендокринні хвороби (-1,62%), на розлади психіки та поведінки (-2,87%), на хвороби ока та його придаткового апарату (-2,01%) (табл. 2.4.4).

Таблиця 2.4.4

Динаміка показників та структури захворюваності працездатного населення України за основними класами хвороб у 2012 р., 2015 р., 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	2012	%	2015	%	2016	%	2016/ 2012	2016/ 2015
Усі хвороби	59711,2		54480,1		55919,2		-6,35	2,64
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2539,6	4,25	2 077,2	3,8	2 057,7	3,68	-18,98	-0,94
Новоутворення	911,7	1,53	831,6	1,5	843,2	1,51	-7,51	1,39
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	278,5	0,47	262,0	0,5	264,4	0,47	-5,06	0,92
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	908,7	1,52	814,0	1,5	800,8	1,43	-11,87	-1,62
Розлади психіки та поведінки	422,9	0,71	334,0	0,6	324,4	0,58	-23,29	-2,87
Хвороби нервової системи	1723,0	2,89	1 680,8	3,1	1 686,5	3,02	-2,12	0,34
Хвороби ока та його придаткового апарату	3003,5	5,03	2 797,6	5,1	2 741,5	4,90	-8,72	-2,01
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2361,3	3,95	2 067,6	3,8	2 098,0	3,75	-11,15	1,47
Хвороби системи кровообігу	4183,0	7,01	3 612,8	6,6	3 589,8	6,42	-14,18	-0,64
Хвороби органів дихання	20740,2	34,73	19601,3	36,0	21 092,1	37,72	1,70	7,61
Хвороби органів травлення	2530,2	4,24	2 452,8	4,5	2 406,2	4,30	-4,90	-1,90
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3926,5	6,58	3 561,6	6,5	3 597,8	6,43	-8,37	1,02
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3146,6	5,27	2 932,2	5,4	2 962,2	5,30	-5,86	1,02
Хвороби сечостатевої системи	5725,1	9,59	5 425,5	10,0	5 401,8	9,66	-5,65	-0,44
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	26,3	0,04	24,2	0,04	24,1	0,04	-8,37	-0,41
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5083,0	8,51	4 242,9	7,8	4 302,2	7,69	-15,36	1,40

У 2016 р. у 16 областях України регіональний рівень первинної захворюваності перевищує загальноукраїнський показник захворюваності працездатного населення (55919,2 на 100 тис. відповідного населення). Найвищі регіональні рівні первинної захворюваності працездатного населення спостерігаються у Дніпропетровській області (85885,3 на 100 тис. відповідного населення), у Івано-Франківській області (77238,1 відповідно), у м. Київ (74324,9 відповідно), у Львівській області (69778,1 відповідно), у Рівненській області

(66903,4 відповідно). Протягом 2012–2016 рр. рівень первинної захворюваності працездатного населення зріс у 13 областях країни і знизився у 12 (відносно 2012 р.). Слід зауважити, що в 2016 р. відбулося зростання регіональних рівнів первинної захворюваності працездатного населення відносно 2015 р. майже у всіх областях країни, крім Вінницької та Херсонській, де регіональні рівні первинної захворюваності працездатного населення мали тенденцію до зниження (табл. 2.4.5).

Таблиця 2.4.5

**Динаміка регіональних показників захворюваності працездатного населення України
у 2012 р., 2015 р., 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2012	2015	2016	2016/2012	2016/2015
Україна	59 711,2	54480,1	55 919,2	-6,35	2,64
<i>Область</i>					
Вінницька	68 442,4	62 348,4	58 386,7	-14,69	-6,35
Волинська	61 937,4	60 034,9	60 116,9	-2,94	0,14
Дніпропетровська	76 719,6	81 370,6	85 885,3	11,95	5,55
Донецька	52 135,0	45 004,9	46 906,2	-10,03	4,22
Житомирська	50 915,4	52 040,2	53 269,6	4,62	2,36
Закарпатська	55 041,1	52 162,0	53 314,5	-3,14	2,21
Запорізька	43 822,1	46 558,6	48 905,0	11,60	5,04
Івано-Франківська	76 979,3	76 972,8	77 238,1	0,34	0,34
Київська	60 425,3	60 558,2	62 355,0	3,19	2,97
Кіровоградська	53 003,1	54 963,0	56 413,5	6,43	2,64
Луганська	44 897,6	33 339,0	38 621,9	-13,98	15,85
Львівська	71 673,7	69 107,7	69 778,1	-2,64	0,97
Миколаївська	52 234,9	54 585,1	56 137,5	7,47	2,84
Одеська	64 587,3	58 116,4	58 572,6	-9,31	0,78
Полтавська	49 895,0	48 667,0	50 717,6	1,65	4,21
Рівненська	66 471,2	66 234,2	66 903,4	0,65	1,01
Сумська	46 434,0	47 042,5	49 038,8	5,61	4,24
Тернопільська	59 784,1	58 391,4	60 237,9	0,76	3,16
Харківська	63 010,6	58 887,5	60 487,3	-4,00	2,72
Херсонська	54 051,5	45 507,1	44 936,4	-16,86	-1,25
Хмельницька	53 387,6	53 950,7	55 118,6	3,24	2,16
Черкаська	61 305,7	54 497,0	56 833,9	-7,29	4,29
Чернівецька	63 191,4	57 204,1	57 787,8	-8,55	1,02
Чернігівська	60 296,3	61 615,4	63 845,9	5,89	3,62
м. Київ	77 232,3	71934,7	74 324,9	-3,76	3,32

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

2.5. Характеристика стану здоров'я населення старших вікових груп

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

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

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

Протягом 2012–2015 рр. і поширеність хвороб, і захворюваність населення старших вікових груп мають тенденцію до зниження: поширеності хвороб на 10,7% та захворюваності – на 9,93% відносно 2012 р. (табл. 2.5.1).

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності населення України старших вікових груп за період 2012–2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Показник	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність хвороб	283 266,8	281 513,4	255 081,8	254 472,8	252 955,1
Захворюваність населення	49 734,0	49 369,0	44 730,5	44 387,9	44 797,8

Найвищі регіональні показники поширеності хвороб у 2016 р. спостерігаються у Чернігівській області (302436,3 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровській області (315792,7 відповідно) та м. Київ (396152,4 відповідно). У цілому в 14 областях України відзначається вищий за загальноукраїнський рівень поширеності хвороб серед населення старших вікових груп (252955,1 на 100 тис. відповідного населення). Найнижчий показник поширеності хвороб спостерігається у Київській області (298482,0 на 100 тис. відповідного населення). Первинна захворюваність населення старших вікових груп у 2016 р. вища за загальноукраїнський рівень первинної захворюваності (44797,8 на 100 тис. відповідного населення) також у 14 областях України. Найвищі рівні вищезазначеного показника зафіксовано у Дніпропетровській області (62704,2 на 100 тис. відповідного населення), у Львівській області (63099,8 відповідно) та м. Київ (74050,4 відповідно). Найнижчий регіональний рівень первинної захворюваності населення старших вікових груп у 2016 р. спостерігається у Сумській області (35517,0 на 100 тис. відповідного населення) (табл. 2.5.2).

Таблиця 2.5.2

Регіональний розріз рангових показників поширеності хвороб та захворюваності серед населення України старшого віку у 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Поширеність	Адміністративно-територіальна одиниця	Захворюваність
Київська	298 482,0	Сумська	35 517,0
Тернопільська	272 956,0	Житомирська	37 541,0
Чернівецька	226703,3	Івано-Франківська	59 618,0
Запорізька	233778,9	Луганська	30105,1
Закарпатська	239741,9	Донецька	36544,9
Івано-Франківська	244528,3	Херсонська	38081,8
Донецька	244965,2	Запорізька	39533,4
Волинська	247968,3	Кіровоградська	39577,8
Рівненська	250647,5	Полтавська	40285,6
Кіровоградська	251496,3	Рівненська	44270,8
Львівська	252773,2	Тернопільська	44537,7
Україна	252955,1	Україна	44797,8
Луганська	258806,9	Хмельницька	45297,2
Сумська	260596,3	Чернівецька	45550,8
Херсонська	267348,6	Київська	47667,3
Полтавська	280713,3	Волинська	47786,4
Хмельницька	281559,9	Черкаська	49258,5
Житомирська	281775,7	Миколаївська	50680,2
Черкаська	285812,5	Харківська	50920,6
Миколаївська	286152,8	Вінницька	51206,4
Одеська	292311,1	Одеська	51920,1
Вінницька	294496,8	Чернігівська	53449,6
Харківська	297634,9	Закарпатська	53695,2
Чернігівська	302436,3	Дніпропетровська	62704,2

Дніпропетровська	315792,7	Львівська	63099,8
м. Київ	396152,4	м. Київ	74050,4

Регіональні показники поширеності хвороб серед населення старших вікових груп протягом 2012–2016 рр. мали тенденцію до зниження в 13 областях України відносно 2012 р. і в 12 областях країни рівень поширеності хвороб зріс за вищезазначений період: у Дніпропетровській, Житомирській, Київській, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Хмельницькій, Чернігівській областях (табл. 2.5.3).

Таблиця 2.5.3

Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед населення України старших вікових груп у 2012 р., 2015 р. та 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2012	2015	2016	2016 / 2012	2016 / 2015
Україна	283266,8	254 472,8	252955,1	-10,70	-0,60
<i>Область</i>					
Вінницька	298733,6	296 381,5	294496,8	-1,42	-0,64
Волинська	257128,0	249 638,3	247968,3	-3,56	-0,67
Дніпропетровська	299005,7	311 280,8	315792,7	5,61	1,45
Донецька	264340,5	243 571,4	244965,2	-7,33	0,57
Житомирська	258678,2	278 847,1	281775,7	8,93	1,05
Закарпатська	257976,1	238 410,7	239741,9	-7,07	0,56
Запорізька	246247,7	236 133,2	233778,9	-5,06	-1,00
Ів.-Франківська	256752,7	249 034,6	244528,3	-4,76	-1,81
Київська	291079,4	296 700,7	298 482,0	2,54	0,60
Кіровоградська	245907,0	255 678,6	251496,3	2,27	-1,64
Луганська	243648,2	219 464,8	258806,9	6,22	17,93
Львівська	262689,9	251 722,9	252773,2	-3,78	0,42
Миколаївська	283853,9	285 728,4	286152,8	0,81	0,15
Одеська	319667,7	298 973,3	292311,1	-8,56	-2,23
Полтавська	277712,1	280 624,1	280713,3	1,08	0,03
Рівненська	245571,0	252 218,4	250647,5	2,07	-0,62
Сумська	248632,7	256 701,2	260596,3	4,81	1,52
Тернопільська	270563,0	270 835,2	272 956,0	0,88	0,78
Харківська	311190,2	300 556,9	297634,9	-4,36	-0,97
Херсонська	272984,7	268 468,9	267348,6	-2,06	-0,42
Хмельницька	277070,2	282 341,6	281559,9	1,62	-0,28
Черкаська	312688,2	291 391,4	285812,5	-8,60	-1,91
Чернівецька	237028,6	225 079,2	226703,3	-4,36	0,72
Чернігівська	285658,0	297 861,3	302436,3	5,87	1,54
м. Київ	432503,7	401 807,5	396152,4	-8,40	-1,41

У 17 областях України у 2016 р. регіональний рівень первинної захворюваності населення старших вікових груп знизився відносно 2012 р., у 8-ми областях цей показник зріс за період 2012–2016 рр.: у Дніпропетровській області на 9,16%, у Житомирській області на 7,29%, у Київській області на 4,67%, у Кіровоградській області на 8,37%, у Миколаївській області на 6,27%, у Полтавській області на 11,9%, у Сумській області на 5,62%, у Чернігівській області на 5,47% відносно 2012 р. (табл. 2.5.4).

У 2016 р. рівні поширеності хвороб за основними класами хвороб серед населення старших вікових груп нижчі за аналогічні у 2012 р., за винятком ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин, які зросли на 0,25% відносно 2012 року. Порівняно з 2015 р. у 2016 р. показники поширеності хвороб серед старших вікових груп

зросли за чотирма класами хвороб: ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин на 1,19%, хвороби нервової системи на 0,47%, хвороби органів дихання на 2,15%, хвороби шкіри та підшкірної клітковини на 3,86% та за 11 класами хвороб знизились відносно 2015 р. (табл. 2.5.5).

Таблиця 2.5.4

Динаміка регіональних показників захворюваності населення України старших вікових груп у 2012, 2015 та 2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2012	2015	2016	2016 / 2012	2016 / 2015
Україна	49 734,0	44 387,9	44797,8	-9,93	0,92
<i>Область</i>					
Вінницька	53 865,1	50 542,7	51206,4	-4,94	1,31
Волинська	49 910,3	45 920,2	47786,4	-4,26	4,06
Дніпропетровська	57 443,3	61 971,5	62704,2	9,16	1,18
Донецька	39 483,1	35 094,0	36544,9	-7,44	4,13
Житомирська	34 991,7	36 736,4	37 541,0	7,29	2,19
Закарпатська	56 731,5	49 332,5	53695,2	-5,35	8,84
Запорізька	42 328,1	38 876,9	39533,4	-6,60	1,69
<i>Область</i>					
Івано-Франківська	64 659,4	60 967,7	59 618,0	-7,80	-2,21
Київська	45 542,3	47 008,5	47667,3	4,67	1,40
Кіровоградська	36 521,0	38 683,4	39577,8	8,37	2,31
Луганська	30 838,3	23 621,5	30105,1	-2,38	27,45
Львівська	71 517,0	63 066,5	63099,8	-11,77	0,05
Миколаївська	47 691,6	49 885,3	50680,2	6,27	1,59
Одеська	58 315,5	52 291,7	51920,1	-10,97	-0,71
Полтавська	35 999,9	36 860,9	40285,6	11,90	9,29
Рівненська	45 828,6	44 060,9	44270,8	-3,40	0,48
Сумська	33 626,5	33 982,5	35 517,0	5,62	4,52
Тернопільська	46 043,1	44 121,8	44537,7	-3,27	0,94
Харківська	58 222,5	51 739,7	50920,6	-12,54	-1,58
Херсонська	48 479,0	38 829,1	38081,8	-21,45	-1,92
Хмельницька	46 084,2	46 744,8	45297,2	-1,71	-3,10
Черкаська	54 537,2	47 768,1	49258,5	-9,68	3,12
Чернівецька	48 185,1	43 778,7	45550,8	-5,47	4,05
Чернігівська	50 678,0	51 376,5	53449,6	5,47	4,04
м. Київ	83 199,3	74 742,7	74050,4	-11,00	-0,93

Таблиця 2.5.5

Динаміка показників поширеності хвороб за основними класами хвороб серед населення України старших вікових груп у 2012 р., 2015 р. та 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	Рік			Зміни	
	2012	2015	2016	2016/2012	2016/2015
Усі хвороби, у т.ч.	283 266,8	254 472,8	252 955,1	-10,70	-0,60
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2 140,8	1 716,9	1 694,8	-20,83	-1,29
Новоутворення	9 060,2	8 513,7	8 497,7	-6,21	-0,19
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1 377,5	1 270,1	1 261,9	-8,39	-0,65
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	13 769,4	13 641,8	13 804,4	0,25	1,19
Розлади психіки та поведінки	3 568,1	3 152,7	3 127,7	-12,34	-0,79
Хвороби нервової системи	3 548,4	3 503,4	3 520,0	-0,80	0,47
Хвороби ока та його придаткового апарату	14 955,0	12 849,8	12 698,4	-15,09	-1,18
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3 876,0	3 329,6	3 313,4	-14,51	-0,49
Хвороби системи кровообігу	147 465,1	128 631,5	127 241,8	-13,71	-1,08
Хвороби органів дихання	21 824,7	20 424,9	20 863,1	-4,41	2,15

Хвороби органів травлення	27 101,6	25 889,1	25 541,0	-5,76	-1,34
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3 373,9	3 023,4	3 140,1	-6,93	3,86
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	16 890,7	15 513,0	15 344,9	-9,15	-1,08
Хвороби сечостатевої системи	10 193,8	9 492,4	9 438,8	-7,4	-0,56
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3 848,3	3 313,9	3 261,3	-15,3	-1,59

У структурі поширеності хвороб серед населення старших вікових груп у 2016 р., як і в попередні роки, розподіл рангових місць залишився незмінним: перше місце займають хвороби системи кровообігу (50,3%), друге місце посіли хвороби органів травлення (10,10%), третє місце належить хворобам органів дихання (8,25%), четверте місце займають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (6,07%), п'яте належить хворобам ока та його придаткового апарату (5,02%) (табл. 2.5.6).

Таблиця 2.5.6

Динаміка частки основних класів хвороб у структурі поширеності хвороб серед населення України старшого віку за період 2012–2016 рр. (%)

Клас хвороб	Рік, питома вага, %				
	2012	2013	2014	2015	2016
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	0,76	0,73	0,70	0,67	0,67
Новоутворення	3,20	3,24	3,25	3,35	3,36
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,49	0,48	0,49	0,50	0,50
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	4,86	5,06	5,22	5,36	5,46
Розлади психіки та поведінки	1,26	1,27	1,23	1,24	1,24
Хвороби нервової системи	1,25	1,25	1,37	1,38	1,39
Хвороби ока та його придаткового апарату	5,28	5,31	5,15	5,05	5,02
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1,37	1,36	1,30	1,31	1,31
Хвороби системи кровообігу	52,06	51,79	50,84	50,55	50,30
Хвороби органів дихання	7,70	7,63	8,00	8,03	8,25
Хвороби органів травлення	9,57	9,63	10,09	10,17	10,10
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,19	1,22	1,20	1,19	1,24
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	5,96	5,95	6,07	6,10	6,07
Хвороби сечостатевої системи	3,60	3,63	3,70	3,73	3,73
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	1,36	1,35	1,30	1,30	1,29

Протягом 2012–2016 рр. рівні первинної захворюваності населення старших вікових груп за провідними класами хвороб мали тенденцію до зниження за всіма класами хвороб, за винятком хвороб органів дихання, рівень первинної захворюваності на які зріс (+3,26 у 2016 р. відносно 2012 р.) (табл. 2.5.7).

Таблиця 2.5.7

Динаміка показників захворюваності за основними класами хвороб серед населення України старших вікових груп у 2012 р., 2015 р., 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	Рік			Зміни	
	2012	2015	2016	2016 / 2012	2016 / 2015
Усі хвороби, у т.ч.:	49 734,0	44 387,9	44 797,80	-9,93	0,92
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	1 219,3	1 043,5	1 042,20	-14,52	-0,12

Клас хвороб	Рік			Зміни	
	2012	2015	2016	2016 / 2012	2016 / 2015
Новоутворення	1 456,0	1 271,7	1 282,10	-11,94	0,82
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	198,0	184,0	185,7	-6,21	0,92
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1 221,8	996,2	986,2	-19,28	-1,00
Розлади психіки та поведінки	308,3	233,2	224,8	-27,08	-3,60
Хвороби нервової системи	1 189,4	1 171,7	1 183,30	-0,51	0,99
Хвороби ока та його придаткового апарату	4 512,1	3 905,2	3 914,80	-13,24	0,25
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2 487,8	2 170,7	2 152,50	-13,48	-0,84
Хвороби системи кровообігу	9 926,5	8 148,2	8 074,20	-18,66	-0,91
Хвороби органів дихання	11 549,9	11 315,7	11 926,90	3,26	5,40
Хвороби органів травлення	2 381,0	2 215,9	2 160,50	-9,26	-2,50
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2 769,2	2 475,6	2 494,10	-9,93	0,75
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3 742,1	3 365,3	3 297,80	-11,87	-2,01
Хвороби сечостатевої системи	3 046,0	2 688,8	2 720,00	-10,70	1,16
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3 608,2	3 103,1	3 055,60	-15,32	-1,53

У 2016 р. змін у розподілі рейтингових місць не відбулося, тому, як і в попередні роки, в структурі первинної захворюваності населення старших вікових груп перше місце посіли хвороби органів дихання (26,62%), частка яких зросла за останні п'ять років, друге місце належить хворобам системи кровообігу (18,02%), третє – хворобам ока та його придаткового апарату (8,74%), четверте – хворобам кістково-м'язової системи та сполучної тканини (7,36%), п'яте – травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх чинників (табл. 2.5.8).

Таблиця 2.5.8

Динаміка частки основних класів хвороб у структурі захворюваності населення України старшого віку за період 2012–2016 рр. (%)

Клас хвороб	Рік, питома вага, %				
	2012	2013	2014	2015	2016
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,45	2,45	2,38	2,35	2,33
Новоутворення	2,93	3,01	2,84	2,86	2,86
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,40	0,39	0,40	0,41	0,41
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	2,46	2,50	2,32	2,24	2,20
Розлади психіки та поведінки	0,62	0,62	0,52	0,53	0,50
Хвороби нервової системи	2,39	2,37	2,60	2,64	2,64
Хвороби ока та його придаткового апарату	9,07	9,16	8,86	8,80	8,74
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	5,00	5,01	4,83	4,89	4,80
Хвороби системи кровообігу	19,96	19,78	18,86	18,36	18,02
Хвороби органів дихання	23,22	23,09	24,89	25,49	26,62
Хвороби органів травлення	4,79	4,73	4,95	4,99	4,82
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	5,57	5,72	5,61	5,58	5,57
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	7,52	7,55	7,70	7,58	7,36
Хвороби сечостатевої системи	6,12	6,19	6,01	6,06	6,07

Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	7,25	7,21	6,99	6,99	6,82
--	------	------	------	------	------

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

2.6. Ситуаційний огляд стану репродуктивного здоров'я населення

Сталий розвиток суспільства будь-якої країни значною мірою залежить від стану здоров'я нації, її демографічної перспективи, що визначається здатністю населення до простого відтворення. Стійка тенденція до скорочення чисельності населення в Україні внаслідок зниження рівня народжуваності та підвищення рівня загальної смертності ставить під загрозу її майбутнє і зумовлює посилення уваги до сім'ї як осередку відтворення населення і трудового потенціалу. Не менш важливе значення, як для відтворення населення, так і для збереження життя і здоров'я нового покоління, має стан репродуктивного здоров'я населення. Стан репродуктивного здоров'я населення – це найважливіша складова соціально-демографічного розвитку країни, яка багато в чому визначає і рівень розвитку суспільства в цілому. Особливістю репродуктивного здоров'я є його висока демографічна значущість (оскільки саме новонароджені діти визначають потенціал здоров'я населення) і соціальна обумовленість – залежність внутрішньоутробного і раннього постнатального розвитку від якості життя в соціумі і здоров'я сім'ї.

В оптимальних умовах має місце стан балансу репродуктивного здоров'я – рівноваги між репродуктивним потенціалом і чинниками, що на нього впливають, тобто можливість змінювати баланс у позитивну сторону і тим самим збільшувати репродуктивний потенціал. Репродуктивний потенціал – це рівень фізичного і психічного стану окремої людини (комплексний індивідуальний показник, що відбиває єдність біологічного і соціального стану індивіда), який в оптимальному випадку дозволяє відтворювати здорове потомство і забезпечувати баланс репродуктивного здоров'я. Оптимальний випадок настає тоді, коли негативний вплив медико-соціальних чинників ризику репродуктивного потенціалу зведений до мінімуму, і біологічні резерви організму високі. Вважається, що характеризувати репродуктивне здоров'я з позиції оцінки репродуктивного потенціалу доречно при розгляді як дитячого населення, так і населення фертильного віку. З позиції вивчення репродуктивного здоров'я як основи демографічної безпеки країни більше виправданою є оцінка рівня підсумованого репродуктивного потенціалу населення.

Узагальнені індекси, що характеризують стан репродуктивного потенціалу, поки що не розроблені, тому для оцінки стану репродуктивного здоров'я на національному і міжнародному рівнях ВООЗ рекомендовано 17 показників, зокрема демографічні показники (загальні і спеціальні коефіцієнти природного руху населення, малюкова, перинатальна і материнська смертність); деякі показники здоров'я жінок – частота екстрагенітальної патології вагітних, характер гестаційних ускладнень і ускладнень родового акту, частота безпліддя у шлюбі, поширеність генітальної і екстрагенітальної патології, частота порушень сексуального здоров'я, поширеність ПСШ; санітарно-статистичні дані про поширеність використання тих або інших методів контрацепції і частота штучних переривань вагітності.

Різні країни і міжнародні організації пропонують різні рекомендації стосовно того, які показники оцінювати. Кількість показників для оцінки стану репродуктивного здоров'я коливається від 10 в Данії до 43 в Канаді. Показники репродуктивного здоров'я – це вимірювані характеристики або параметри, які допомагають описати певні аспекти стану здоров'я населення. Вони узагальнюють дані, зібрані з метою оцінки поточного стану репродуктивного здоров'я населення; виявлення проблем, що мають відношення до планування і проведення заходів і програм, зосереджених на забезпеченні формування і збереженні репродуктивного здоров'я населення; моніторингу впровадження та ефективності програм, спрямованих на поліпшення репродуктивного здоров'я.

За визначенням ВООЗ, показники репродуктивного здоров'я повинні бути етичними, корисними (маркерами прогресу), науково обґрунтованими (валідними: вимірювати те, що вони повинні вимірювати; специфічними: відображати зміни параметрів, що підлягають вивченню; чутливими: мати здатність виявляти зміни досліджуваних факторів; надійними: дозволять отримувати практично однакові результати при повторному вимірі в тій самій популяції у той самий час), репрезентативними (робити адекватний висновок щодо ситуації або групи населення), зрозумілими (легко визначаються та інтерпретуються), доступними (необхідні дані повинні вже існувати або легко збиратися доступними методами).

Ряд показників репродуктивного здоров'я використовується сьогодні для оцінки ситуації в Україні: показник здоров'я жінок, народжуваності, рівень абортів, відсоток використання контрацептивів (ОК, ВМС), показник материнської смертності, стан здоров'я новонароджених, перинатальна смертність, малюкова і материнська смертність тощо.

Репродуктивне здоров'я знаходиться під впливом багатьох аспектів здоров'я людини, особливо харчування, здоров'я немовлят та дітей, здоров'я і сексуальності підлітків, стилю життя і факторів навколишнього середовища. Різні соціальні та культурні чинники, особливо становище жінки в суспільстві, є критичними для репродуктивного здоров'я. Їх аналіз дозволяє визначити напрямки діяльності для покращення репродуктивного здоров'я. З іншого боку, сам по собі стан репродуктивного здоров'я не можна оцінити, оскільки не сформований так званий «пул показників», що визначають цей стан.

Демографічна ситуація в сучасній Україні залишається несприятливою, як в кількісному відношенні (зменшення чисельності населення і надвисока смертність при низькій народжуваності), так і в якісному (низький рівень очікуваної тривалості життя, демографічне старіння населення, збільшення захворюваності всіх категорій населення, зокрема дітей). В умовах прогнозованого подальшого зниження чисельності населення України, посилення негативної динаміки його вікової структури та 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. Репродуктивне здоров'я населення України, опосередковане численними факторами в ланцюгу «природа – сім'я – суспільство», динамічно розвивається, зберігаючи сліди попередніх умов і генетичної детермінації. Протягом останніх десятиріч в Україні утримується недостатній рівень репродуктивного здоров'я населення внаслідок негативного впливу політичної і соціально-економічної нестабільності в державі, падіння рівня життя та різкого скорочення доходів більшості населення, природних умов життєдіяльності населення, а в останні роки воєнних дій на сході країни. Низький стан репродуктивного

здоров'я населення України та невідповідність його міжнародним стандартам зумовлюють необхідність посилення інтегрованого підходу до вирішення проблем, що впливають на формування і зміцнення репродуктивного здоров'я, та впровадження сучасних медико-організаційних технологій, які ґрунтуються на доказах. На сучасному етапі стан репродуктивного здоров'я нації характеризується низьким рівнем народжуваності на тлі високого рівня основних складових загрози репродукції особи – безпліддя, мертвонароджуваності, спонтанних абортів, природжених вад розвитку, материнської і малюкової смертності.

Негативні тенденції у відтворенні населення нашої країни, що обумовили негативний демографічний приріст, починаючи з 1991 р. зумовлені різким зниженням народжуваності, яка з 2002 р. набула тенденції до зростання до 2012 р. з подальшою тенденцією до зниження. Наразі в Україні на тлі несприятливої демографічної ситуації утримується негативна тенденція народжуваності. У цілому рівень народжуваності в Україні знизився з 11,4 на 1000 населення у 2012 р. до 11,0 у 2013 р., 10,8 у 2014 р., 9,6 у 2015 р., 9,3 (за попередніми даними) у 2016 році. Зменшення народжуваності в Україні зумовлено як зменшенням кількості жінок фертильного віку (11 438 785 у 2011 р. і 10 260 831 у 2016 р.), так і характерною для сучасних розвинених у соціально-економічному відношенні країн установкою на малодітність.

Більш об'єктивною характеристикою процесу народжуваності слугує коефіцієнт сумарної народжуваності. За оцінками Відділу народонаселення ООН, коефіцієнт сумарної народжуваності нижче 2,1 не забезпечує просте відтворення населення. Цей показник у світі знизився з 3,0 у 1990–1995 рр. до 2,5 у 2010–2015 роках. За даними доповіді «Народонаселение мира в 2016 году», середній коефіцієнт народжуваності (у однієї жінки у 2015–2020 рр.) загалом у світі становитиме 2,5, у т. ч. у більш розвинутих регіонах 1,7, менш розвинутих регіонах – 2,6, найменш розвинутих країнах – 4,0, в Україні – 1,6.

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 й за рахунок поліпшення загального та репродуктивного здоров'я жінок України.

Скорочення репродуктивного потенціалу населення, а однією з причин цього є зниження природної фертильності, відбувається через збільшення частки безплідності ще в дітородному віці. За даними спеціальних досліджень, останніми роками у структурі безплідності зростає питома вага порушень репродуктивної функції, виявлених вже у дитячому віці.

До медичних факторів народжуваності належать і вік матері до 18 і після 35 років, короткий інтервал між вагітностями, екстрагенітальні захворювання, недостатній фізичний розвиток, а також стан репродуктивного здоров'я.

Частота пологів у підпорядкованих МОЗ України закладах охорони здоров'я за останні п'ять років мала тенденцію до зростання лише у дівчаток до 14 років – 0,11 у 2012 р. та 0,13 у 2016 році. В інших вікових групах це показник мав тенденції до зниження: у дівчат-підлітків 15–17 років – 10,03. та 8,61, у жінок 18–34 років – 73,5 і 65,7, у жінок 35 років і старших – 9,14 та 8,63 на 1000 жіночого населення відповідного віку.

Викликає занепокоєння тенденція до зростання народжуваності у дівчаток до 14 років, оскільки ця динаміка відбулася на тлі все ще високого рівня захворюваності дітей, у тому числі таких, що суттєво впливають на стан репродуктивного здоров'я. Протягом останніх років спостерігається виразна тенденція до підвищення середнього віку матерів при народженні дітей, що, вірогідно, зумовлено реалізацією раніше відкладених народжень. Найбільш репродуктивним населенням є молодь, на долю якої припадає близько 4/5 народжень. Як і для будь-якого типу здоров'я, для репродуктивного здоров'я справедлива аксіома про «проблеми родом з дитинства», адже «здоровий старт життя» здебільшого зумовлений станом здоров'я новонародженої дитини – дівчинки чи хлопчика.

Події, що обумовлюють початок репродуктивного життя, і вік, у якому вони відбуваються, є важливими факторами, що визначають як фертильність, так і репродуктивне здоров'я, впливають на майбутній життєвий шлях людини. Очевидна значущість комплексного підходу до проблем охорони репродуктивного здоров'я підлітків, їхнього сексуального становлення. Дослідження вітчизняних авторів показують, що в дитячому і підлітковому віці виникає до 64% захворювань, які становлять безпосередню чи опосередковану загрозу репродуктивній функції чоловічого організму. Водночас морфологічними дослідженнями доведено, що навіть у періоді новонародженості, а також в інтервалі від 6 місяців до 2 років, структура статевих клітин зазнає серйозних якісних і кількісних змін.

Переорієнтація служби охорони здоров'я матері і дитини на всесвітньо визнані перинатальні технології з доведеною ефективністю сприяла позитивній тенденції стану здоров'я нових народжуваних поколінь: частота хворих новонароджених зменшилася з 272,12 на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні 500 г і більше у 2007 р. до 153,74 у 2011 р., з подальшою незначною тенденцією зростання – 156,36 у 2015 р. та 157,66 у 2016 році.

Після народження частота хворих дітей збільшується. Високою залишається і захворюваність дітей першого року життя – 1459,18 на 1000 середньорічного контингенту дітей цього віку у 2012 р. і 1487,06 у 2016 році. Серед загальної популяції дітей в Україні упродовж останніх п'яти років при позитивній динаміці утримується все ще високий рівень захворюваності та поширеності хвороб. Так, захворюваність у 2012 р. становила 1385,0 на 1000 дитячого населення, поширеність хвороб – 1922,8, а у 2016 р. – 1316,07 і 1777,16 відповідно (рис. 2.6.1).

Високий рівень поширеності хвороб серед дітей суттєво впливає на їх репродуктивне здоров'я. Особливе занепокоєння викликають все ще високі, незважаючи на позитивну тенденцію, рівні поширеності хвороб ендокринної системи (87,24 на 1000 дітей у 2012 р. і 70,34 у 2016 р.), сечостатевої системи (54,15 і 46,65), крові і кровотворних органів (41,13 і 35,81), інфекційних і паразитарних хвороб (65,26 і 53,11), значущість яких для дитячого віку особливо велика у зв'язку з їх впливом на становлення репродуктивної функції.

Найбільший сплеск гінекологічної захворюваності відзначається саме в той період, коли формується репродуктивне здоров'я майбутніх матерів. Упродовж останніх п'яти років частота розладів менструацій у дівчаток до 14 років збільшилася на 19,85% і у 2016 р. становила 15,92 на 1000 дівчаток відповідного віку. Найвищий рівень поширеності розладів менструації серед дівчаток віком до 14 років у 2016 р. відмічався у Хмельницькій (52,9), Чернівецькій (37,4), Тернопільській (36,1), Житомирській (27,8) областях і м. Києві (28,5); найнижчий рівень – у Рівненській (4,4), Чернігівській (6,2), Донецькій (5,9) і Луганській (3,0) областях.

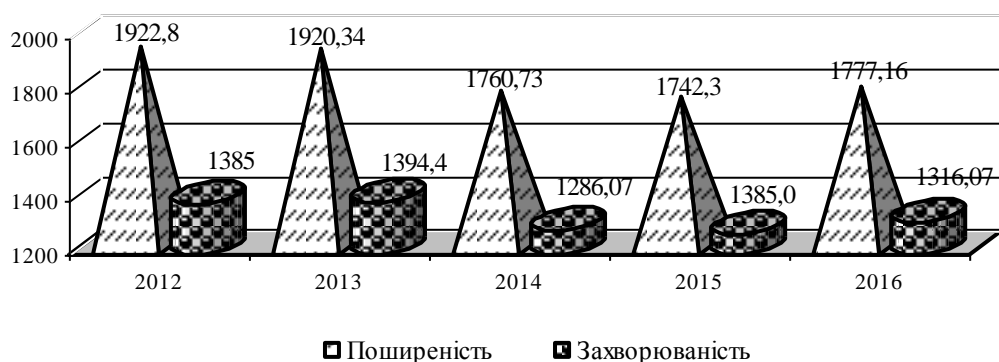


Рис. 2.6.1. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей 0–17 років включно в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 відповідного населення)

Привертає увагу істотне збільшення частки запальних захворювань репродуктивної системи. Ці захворювання мають найбільш несприятливі наслідки, якщо вони перенесені в підлітковому віці. У 2016 р. поширеність сальпінгітів, оофоритів у дівчат підліткового віку коливається у діапазоні від 29,9 на 10 тис. дівчат 15–17 років у Львівській і Луганській, 50,6 у Дніпропетровській областях до 425,3 у Миколаївській, 369,5 у Київській, 305,6–305,2 у Хмельницькій і Чернігівській областях при середньому в Україні показнику 131,5.

Серед дітей і молоді все частіше зустрічаються інфекції ППШ. Так, у 2016 р. захворюваність на сифіліс становила 4,03 на 100 тис. дівчат 15–17 років, хламідіоз – 13,9, трихомоніаз – 80,06, гонококову інфекцію – 6,23.

Тривожною залишається і ситуація щодо вагітності та її наслідків у підлітків. У переважної більшості дівчат вагітність завершується абортom. Як видно на рис. 2.6.2, частота абортів серед дівчат віком 15–17 років за останні 5 років зменшилась у 3,1 разу, а у дівчаток до 14 років залишається на рівні 0,08–0,06 на 1000 дівчаток відповідного віку. Упродовж останніх років все ще високим (2,3 і більше) залишається рівень абортів серед дівчат 15–17 років Донецької, Кіровоградської, Дніпропетровської, Луганської і Чернівецької областей (рис. 2.6.2).

Гармонійність розвитку організму дівчинки, дівчини, стан їхнього соматичного та репродуктивного здоров'я, багато в чому визначають наступне життя жінки, як в медичному, так і в сексуальному, соціальному аспектах.

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

Основне навантаження з проблем репродуктивного здоров'я припадає на жінок, їхній репродуктивний ризик проявляється на сімейному і популяційному рівнях і в цілому

об'єднує всі соціальні та медичні фактори, що призводять до зниження народжуваності і погіршення здоров'я нових генерацій дітей.

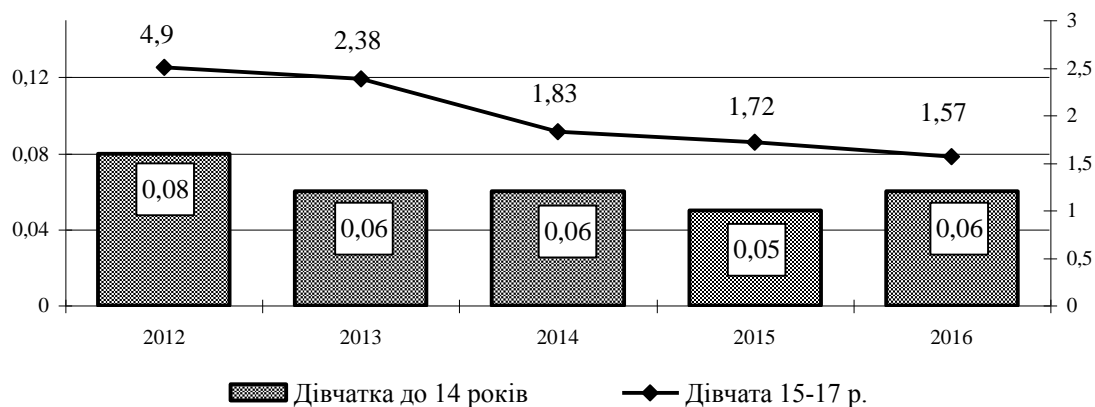


Рис. 2.6.2. Динаміка абортів у дівчаток віком до 14 років та дівчат 15–17 років в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 населення відповідного віку та статі)

Незадовільний стан соматичного здоров'я населення і зростання патології органів репродуктивної системи у поєднанні з несприятливою демографічною ситуацією є об'єктом державної політики, як на світовому рівні, так і у нашій країні, і зумовлює необхідність подальшого здійснення комплексу заходів, спрямованих на поліпшення репродуктивного здоров'я населення. На думку провідних вчених (В.І. Кулаков, Н.Н. Ваганов, В.І. Стародубов), основними резервами підвищення народжуваності, окрім матеріального стимулювання, є поліпшення репродуктивного здоров'я жінок дітородного віку.

Серед співвідносної дії факторів, які впливають на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення, вагоме значення мають злоякісні новоутворення статеві системи.

Нині частка хворих на рак репродуктивної системи жінок серед онкологічних хворих обох статей становить близько 19,0%, а серед онкохворих жінок – біля 20,0%. Упродовж останніх років в Україні щорічно виявляється понад 15 тис. жінок з локалізацією злоякісних новоутворень у жіночих статевих органах. Серед жінок працездатного віку смертність від злоякісних новоутворень посідає друге місце.

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

Таблиця 2.6.1

Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення жіночих статевих органів в Україні у 2012–2016 рр. (на 100 тис. жінок)

Злоякісні новоутворення	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Шийки матки	20,9	20,2	17,8	18,0	18,2
Тіла матки	29,9	32,0	27,7	27,9	28,7
Яєчників	17,1	17,2	15,1	14,8	14,86
Молочних залоз	67,7	67,3	58,7	61,3	62,6

За даними державної статистики, за період 2011–2016 рр. спостерігається позитивна тенденція захворюваності жінок на злоякісні новоутворення (ЗН) жіночих статевих органів та молочних залоз при високому її рівні. Так, у 2016 р. захворюваність жінок на ЗН шийки матки становила 18,2 на 100 тис. жінок, тіла матки – 28,7, яєчників – 14,86, молочних залоз – 62,6 відповідно. У 2016 р., як і в попередні роки, утримувалася регіональна диспропорція рівнів захворюваності жіночого населення на ЗН. Рівень захворюваності на ЗН молочних залоз коливався від <50,0 на 100 тис. жінок у Чернівецькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Волинській областях до, 87,9 у м. Києві, 78,5–81,3 у Дніпропетровській, Київській, Сумській і Херсонській областях. Аналогічний діапазон регіональних коливань характерний і для рівнів захворюваності на ЗН шийки матки – з 15,0–15,8 у Чернівецькій, Чернігівській, Київській, Івано-Франківській областях до 34,2–24,3 у Кіровоградській, Житомирській, Рівненській і Хмельницькій областях. Захворюваність на ЗН тіла матки коливалася від 21,9–22,9 у Закарпатській, Волинській, Івано-Франківській і Одеській областях до 46,9 у Кіровоградській, 39,4 у Чернігівській, 38,0 у Сумській, областях, 37,4 у м. Києві, а яєчників – від 12,1–12,9 в Одеській і Рівненській до 20,3 у Кіровоградській, 19,6 у Чернігівській, 19,2 у Полтавській областях.

Онкоепідемічна ситуація в областях України характеризується не тільки високим рівнем захворюваності, високою смертністю від раку, але й значною кількістю хворих, виявлених у занедбаних випадках. Упродовж останніх років в Україні виявляється серед вперше захворілих біля 58–60% хворих із занедбаними станами раку яєчників, понад 20,0% – молочної залози, 20–21% – раку шийки матки та близько 12% – раку тіла матки. Для порівняння: в країнах ЄС та США частка занедбаних стадій не перевищує 5–7%.

Однією з основних причин такої ситуації є низька поінформованість жінок та суспільства загалом щодо ЗН статевої системи та несвоєчасна їх діагностика. Тому особливо актуальним є вивчення можливості діагностики онкогінекологічних захворювань на початкових етапах розвитку захворювання. Раннє виявлення онкогінекологічних захворювань у жінок передбачено існуючою системою профілактичних оглядів населення, згідно з якою проводяться обов'язкові онкопрофогляди жіночого населення віком 18 років і старше з цитологічним обстеженням. Упродовж останніх років онкопрофоглядами з цитологічним дослідженням охоплюється лише 56,3–65,1% підлеглих контингентів жінок. Більш повне охоплення жінок онкопрофоглядами стримується як відсутністю їх мотивації, так і недостатньою спадкоємністю в роботі оглядових кабінетів поліклінік для дорослих та жіночих консультацій.

У 2016 р. в цілому в Україні профілактичними оглядами охоплено 6414,9 жінки віком від 18 років і старше на 10 тис. відповідного населення, з них 87,9% із цитологічним дослідженням. Враховуючи, що щорічні цитологічні дослідження, згідно з наказом МОЗ України від 05.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», за відсутності патології можуть проводитися один раз на три роки, досягнуте у 2016 р. охоплення жінок віком від 18 років і старше профілактичними оглядами з цитологічним дослідженням можна оцінити позитивно. Більш повно охоплені жінки профілактичними оглядами (більше 8000,0 на 10 тис. відповідного населення) та цитологічним дослідженням (більше 765,0) у Дніпропетровській, Сумській, Чернівецькій областях. Все ще менше 40% жінок віком від 18 років і старше охоплено цитологічним дослідженням у Вінницькій, Волинській, Чернігівській областях.

Серед хвороб, що негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я як чинники підвищення ризику позаматкової вагітності, безплідності, розладу менструацій, появи новоутворень, вагоме значення мають запальні захворювання жіночих статевих органів. Частота даної патології залишається високою і становить близько 130,0 на 10 тис. жінок. Порушення репродуктивного здоров'я жінок спричиняють ПСШ. Дані хвороби реєструються у всіх вікових групах, у тому числі у вагітних. Лише у 2016 р. захворюваність жінок на трихомоніаз становила 173,8 на 100 тис. жіночого населення, уrogenітальний мікоплазмоз – 82,3, хламідійні хвороби – 52,1.

Захворюваність на гонококову інфекцію та сифіліс після стрімкого зростання з 1998 р. почала знижуватись і упродовж останніх п'яти років становила: на гонококову інфекцію – 29,8–20,6 на 100 тис. населення, на сифіліс – 29,9–14,1.

Поширеність ПСШ створює сприятливі умови для поширення ВІЛ-інфекції. Вважається, що рівень інфікованості серед жінок, які відвідують жіночі консультації з приводу вагітності, достатньо точно відображає рівень інфікованості ВІЛ і тенденції розвитку епідемії серед загального населення. Рівень поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних за результатами первинного тестування у 2016 р. в середньому по Україні, становив 0,58% з коливанням цього показника від 0,10–0,11% у Сумській, Закарпатській, Івано-Франківській областях до 1,57% у Донецькій 1,27% у Миколаївській, 1,26% в Одеській, 1,04% у Дніпропетровській областях. У зв'язку з особливостями діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, всі діти після їх народження перебувають під диспансерним наглядом до моменту остаточного встановлення ВІЛ-статусу (18 місяців і старше).

Інфікування ВІЛ жінки під час вагітності, як правило, призводить до високого рівня передачі ВІЛ від матері до дитини. На сьогодні в Україні впровадження заходів програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини дозволило досягти значних успіхів. На законодавчому рівні держава гарантує забезпечення вільного доступу до послуг з профілактики вертикальної трансмісії. З 2003 р. рівень охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок постійно перевищує 97%. Рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням жінок, у яких під час вагітності було діагностовано ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 р. до 95,0% у 2015 році. Результатом цієї діяльності стало суттєве – майже у 8 разів – зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини: з 27,8% у 2001 р. до 3,35% у 2014 році.

Проте цільовим значенням частоти вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини у рамках Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки є 1%.

У сімох регіонах України показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) у 2014 р. дорівнював 0% (Вінницька, Волинська, Закарпатська, Ровенська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька), у Житомирській області даний показник залишається на низькому рівні – 1,06%. Найвищі показники ЧПМД у 2014 р. зафіксовано у Київській (6,8%) та Кіровоградській (5,62%) областях.

Дані офіційної статистики свідчать, що в Україні залишаються актуальними проблеми попередження випадків передачі ВІЛ від матері до дитини. Враховуючи вищезазначені тенденції показника ЧПМД та ризику вертикальної трансмісії ВІЛ, що сьогодні існують у країні, в елімінації випадків передачі ВІЛ від матері до дитини може зіграти важливу роль

забезпечення універсального доступу до заходів з ППМД для всіх ВІЛ-позитивних вагітних, передусім жінок, які належать до особливо вразливих та соціально незахищених груп населення.

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

В Україні аборт все ще залишається одним із методів регулювання народжуваності і за його наслідками вважається основним чинником розладу репродуктивного здоров'я.

У середньому кожна жінка дітородного віку робить за життя 4–5 абортів. Навіть при дотриманні усіх умов і технічно грамотному виконанні операції частота ускладнень коливається в межах 10–40%, з них найчастіші – кровотечі, пов'язані із затримкою залишків плодового яйця, запальні захворювання матки і придатків. У багатьох країнах, що розвиваються, ризик летального наслідку внаслідок ускладнень, викликаних небезпечним абортom, у сотні разів перевищує відповідний ризик при кваліфікованому виконанні абортu в безпечних умовах. У всьому світі статистика відношення абортu до живонароджених виглядає як 1:7, в Україні лише з 2001 р. частота пологів почала перевищувати частоту абортів, і у 2016 р. співвідношення абортu до живонароджених становить 1:3,9 (рис. 2.6.4).

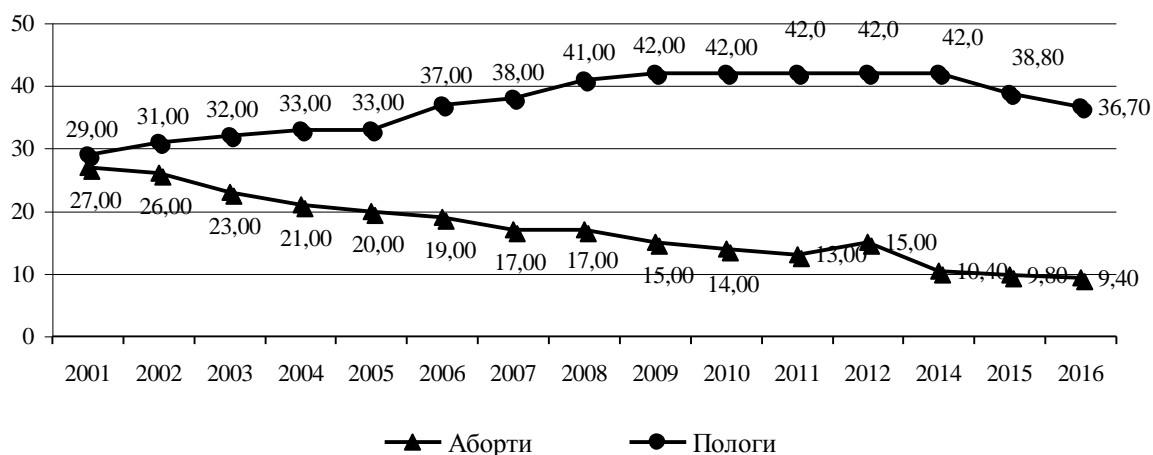


Рис. 2.6.4. Динаміка частоти пологів і абортів в Україні у 2001–2016 рр. (на 1000 жінок фертильного віку)

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

Кількість абортів залежить від цілого ряду факторів, таких як рівень урбанізації населення, освітній рівень, соціально-економічне становище жінок, репродуктивні тенденції, релігія, культура, доступ до засобів планування сім'ї, законодавство.

Переорієнтація закладів акушерсько-гінекологічної служби на науково обґрунтовану практику сприяла позитивній динаміці частоти абортів в Україні – з 12,6 на 1000 жінок фертильного віку у 2012 р. до 9,4 у 2016 році. Загальна кількість абортів за цей період зменшилась на 45,2 тис. (рис. 2.6.5).

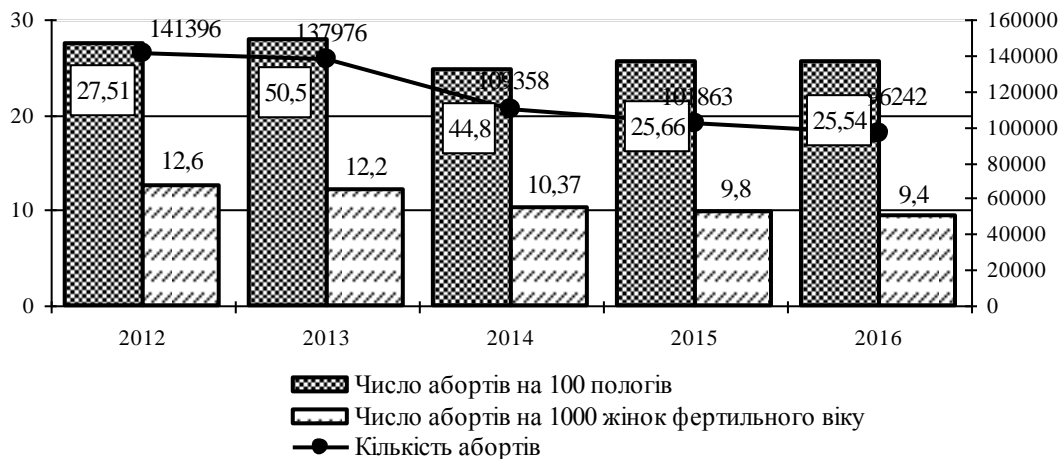


Рис. 2.6.5. Динаміка частоти абортів в Україні у 2012–2016 рр.

Проте рівень абортів ще значно перевищує рівень абортів у розвинутих країнах світу. Так, частка жінок, у яких вагітність закінчується абортom, становить у Східній Європі – 14%, Західній Європі – 3%, Латинській Америці – 9%, Африці – 11%, в Україні – 20,3%. Високим (13,3–14,5 на 1000 жінок фертильного віку) у 2016 р. залишається рівень абортів у Київській, Дніпропетровській, Вінницькій і Житомирській областях.

Згідно з ключовими міжнародними документами та положеннями, аборт не є методом планування сім'ї, але в разі прийняття жінкою рішення щодо переривання вагітності у термінах, дозволених законодавством, послуги мають бути надані з використанням безпечних методик з дотриманням репродуктивних прав жінки. Причому кюреточний метод аборту належить до небезпечних методів, у той час як інші – до безпечних. Упродовж останніх років сформувалася тенденція до зменшення кількості абортів, проведених небезпечними методами переривання вагітності: якщо у 2012 р. на один небезпечний аборт припадало 3,69 безпечного, то у 2016 р. – 6,9 (рис. 2.6.6).

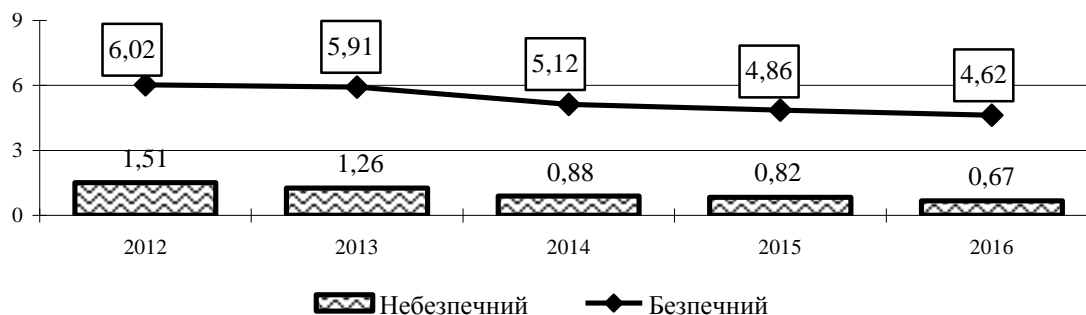


Рис. 2.6.6. Динаміка небезпечного і безпечного методів переривання вагітності до 12 тижнів у 2012–2016 рр. (кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку)

Проблема «безпечного абортів» – один із пріоритетних напрямків у діяльності ряду міжнародних організацій, пов'язаної з охороною репродуктивного здоров'я (Г.Б. Дикке, 2009). Щорічно в світі здійснюється до 42 млн абортів, 20 млн з яких трактуються як «небезпечні», причому загибель 700 тис. матерів поряд з тимчасовою або постійною втратою непрацездатності у 5 млн вважають наслідком некомпетентності фахівців при перериванні вагітності в країнах, що розвиваються.

Ефективність медикаментозного абортів визнана світовою спільнотою. Серйозною підставою переваги даної технології виступає ризик наслідків хірургічного абортів, особливо кюретажа, який передбачає для його виробництва розширення шийки матки. Існує обґрунтована думка, що альтернативою кюретажу також є вакуум-аспірація, що мінімізує такі небезпечні ускладнення, як перфорації матки, кровотечі, неповний аборт.

В Україні зберігається значна регіональна диспропорція безпечного і небезпечного абортів (табл. 2.6.2).

Потребує перегляду тактика заміни хірургічного виду абортів на безпечні види у закладах охорони здоров'я Чернівецької, Одеської, Київської, Кіровоградської, Закарпатської областей, де співвідношення частоти безпечного і небезпечного абортів не сягало 4,0. Лідером переорієнтації на сучасні безпечні технології абортів є Вінницька область, де цей показник становить 222,26, позитивно можна оцінити цю роботу ЗОЗ Тернопільської, Харківської, Херсонської, Волинської, Луганської, Полтавської та Івано-Франківської областей.

Таблиця 2.6.2

Характеристика безпечного і небезпечного видів абортів в розрізі регіонів, 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Небезпечний		Безпечний		Співвідношення Безпечного і небезпечного абортів
	абс. числа	на 1000 жінок	абс. числа	на 1000 жінок	
Україна	6 878	0,67	47 373	4,62	6,89
<i>Область</i>					
Вінницька	19	0,05	4 223	11,12	222,26
Волинська	50	0,20	1 107	4,33	22,14
Дніпропетровська	1 095	1,41	5 376	6,94	4,91
Донецька	457	1,00	3 315	7,27	7,25
Житомирська	148	0,50	2 458	8,31	16,61
Закарпатська	291	0,92	1 121	3,56	3,85
Запорізька	478	1,16	2 224	5,38	4,65
Івано-Франківська	51	0,15	1 055	3,09	20,69
Київська	707	1,69	2 768	6,62	3,92
Кіровоградська	356	1,57	1 342	5,94	3,77
Луганська	54	0,33	1 162	7,09	21,52
Львівська	187	0,31	1 087	1,77	5,81
Миколаївська	293	1,05	1 610	5,79	5,49
Одеська	634	1,10	1 916	3,33	3,02
Полтавська	85	0,25	1 837	5,37	21,61
Рівненська	52	0,18	259	0,91	4,98
Сумська	99	0,38	930	3,53	9,39
Тернопільська	9	0,03	586	2,25	65,11
Харківська	78	0,12	2 532	3,87	32,46
Херсонська	99	0,39	2 399	9,46	24,23
Хмельницька	186	0,61	1 780	5,87	9,57
Черкаська	208	0,71	1 421	4,84	6,83
Чернівецька	544	2,37	651	2,84	1,20
Чернігівська	197	0,84	1 256	5,33	6,38
м. Київ	501	0,67	2 958	3,94	5,90

Мінімізація наслідків небезпечних абортів можлива не тільки шляхом розробки стратегії їх попередження, але й впровадження в практику медикаментозного переривання вагітності. Ефективність медикаментозного абортів визнана світовою спільнотою. Серйозною перевагою даної технології є ризик наслідків хірургічного абортів, особливо кюретажа, який передбачає розширення шийки матки. Існує обґрунтована думка, що альтернативою кюретажа також є вакуум-аспірація, що мінімізує такі небезпечні ускладнення, як перфорації матки, кровотечі, неповний аборт.

Таким чином, удосконалення медичної допомоги при штучному перериванні вагітності на всіх її етапах, заміна хірургічного абортів на медичний аборт як найбільш «безпечну» за наслідками технологію, повинне стати концептуально новим підходом управління навіть таким «небажаним» медико-соціальним явищем, як штучне переривання вагітності.

Важливим методом планування сім'ї і способом попередження абортів і пов'язаних з ними ускладнень є контрацепція. Реального зниження числа абортів можна досягти за умови охоплення сучасними методами контрацепції 70–75% жінок фертильного віку. Збільшення використання жінками фертильного віку сучасних контрацептивів зумовило зниження небажаної вагітності. Дані державної статистики дозволяють оцінити діяльність служби планування сім'ї щодо охоплення жіночого населення методами контрацепції лише за показником використання ВМС та гормональних контрацептивів. Так, за п'ять останніх років відмічається негативна тенденція застосування як гормональних засобів контрацепції – 202,61 на 1 тис. жінок фертильного віку у 2012 р. і 183,81 у 2016 р., так і ВМС – 133,61 і 123,0 відповідно (рис. 2.6.7).

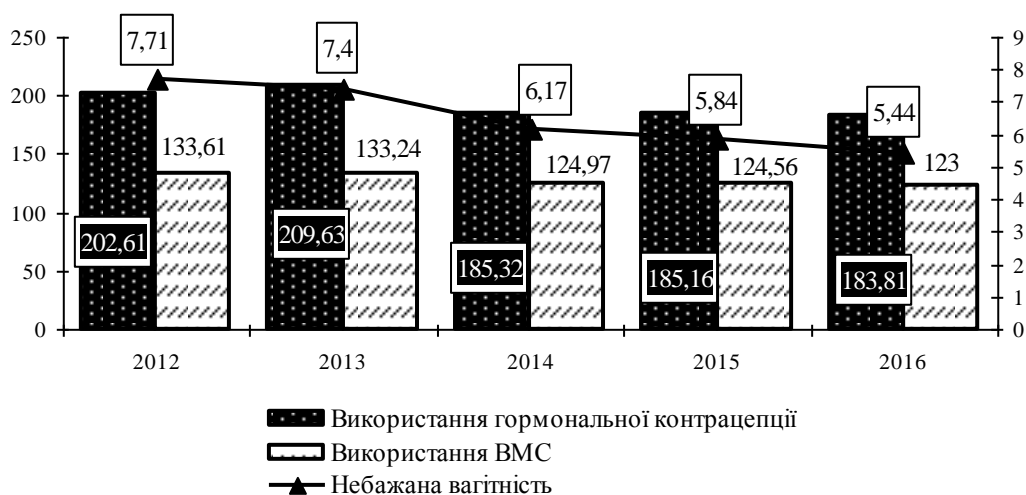


Рис. 2.6.7. Динаміка небажаної вагітності та її профілактики в Україні у 2012–2016 рр. (на 100 жінок фертильного віку)

Зменшення охоплення жінок фертильного віку ВМС зумовлено наявністю протипоказань до їх застосування. У цілому використання сучасних методів контрацепції і охоплення ними жінок фертильного віку залишається низьким, що обумовлено як ще недостатньою обізнаністю останніх щодо сучасних контрацептивів та безпеки їх застосування для здоров'я, так і низькою їх доступністю внаслідок високої вартості.

Більш низькі (менше 150,0 на 1000 жінок фертильного віку) показники охоплення жінок методами гормональної контрацепції у 2016 р. спостерігалися у Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Івано-Франківській і Рівненській областях. Достатня увага приділяється застосуванню гормональних контрацептивів (більше 250,0 на 1000 жінок фертильного віку) у Тернопільській, Харківській, Херсонській областях та м. Києві.

Проведення низки профілактичних заходів, спрямованих на збільшення застосування різних видів контрацепції, сприяло зниженню показника небажаної вагітності з 7,71 на 1000 жінок фертильного віку у 2012 р. до 5,44 у 2016 році. Більш низькі упродовж останніх років (менше 4,0 на 1000 жінок фертильного віку) показники небажаної вагітності утримуються у Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Сумській і Тернопільській областях.

Диспропорція між частотою використання жінками ефективних методів контрацепції і штучних абортів з метою регуляції народжуваності дозволяє вважати, що проблема безпечного переривання вагітності ще довго буде залишатися актуальною.

Інтегральним показником стану репродуктивного здоров'я є безпліддя. Безпліддя подружньої пари, за даними численних дослідників, має явну тенденцію до зростання в більшості європейських держав. Внаслідок цього зазначена проблема набуває не тільки медико-біологічного, але й соціально-економічного значення. Частота безплідних серед шлюбів осіб репродуктивного віку коливається від 12–18,0%. Причиною безплідного шлюбу в 40–50,0% випадках є патологія репродуктивної системи в одного з подружжя, рідше – в 25–30,0% – в обох.

Безплідний шлюб є важливою медичною проблемою, яка потребує на кожному етапі розвитку суспільства та охорони здоров'я уточнення медико-організаційних форм надання медичної допомоги. Наукові дослідження останніх років свідчать і про соціальну значущість безплідного шлюбу, що виявляється у зниженні соціальної активності, працездатності населення, психологічному неблагополуччі, нестійких сімейних відносинах.

За даними зарубіжних і вітчизняних авторів, причиною безпліддя в 15–25% є запальні захворювання статевих органів та гормональні порушення. Умови для розвитку безплідності створюють і зміни ендокринної системи українських жінок, які проживають на забрудненій території, та евакуйованих із зони воєнних дій під впливом поєднаної дії малих доз радіації та стресу.

За даними офіційної статистики, рівень безпліддя не є високим – 3,8–3,0 на 1000 осіб жіночого безпліддя і 0,3 – чоловічого, але соціологічні дослідження свідчать про те, що небажане безпліддя торкається 6,8% сімей України, тобто близько 1 млн подружніх пар. Упродовж останніх років в Україні щорічно реєструється біля 40 тис. жіночого і біля 11 тис. чоловічого безпліддя, з них вперше в житті біля 11 тис. і 3 тис. відповідно (рис. 2.6.8).

Однією з провідних акушерських проблем, через її прямий зв'язок з перинатальною захворюваністю і смертністю, є невиношування вагітності. Невиношування вагітності – це самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності (до 12 тижнів – ранній самовільний аборт, у 13–27 тижнів – пізній самовільний аборт) та передчасні пологи у 22–36 тижнів. Невиношування вагітності потребує детального вивчення з метою профілактики самовільних викиднів, передчасних пологів і народження маловагових дітей. Недоношені діти роблять основний «внесок» у показники перинатальної захворюваності і смертності, на їхню долю припадає біля 60–75% даної патології.

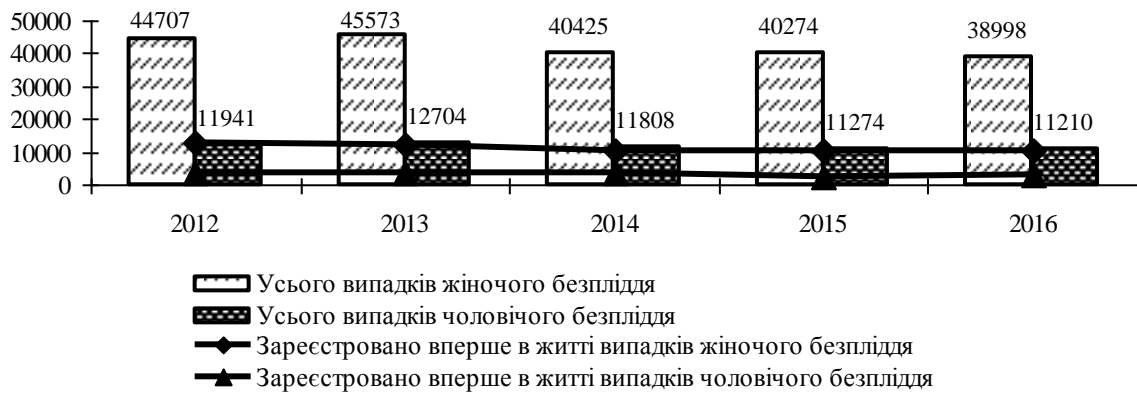


Рис. 2.6.8. Характеристика жіночого і чоловічого безпліддя в Україні у 2012–2016 рр., абс. числа

Актуальність проблеми невиношування вагітності обумовлена також критичною демографічною ситуацією на Україні. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять біля 35 тис. ненароджених бажаних дітей. Понад 30–40% випадків перинатальної патології та смертності пов'язані або зумовлені передчасними пологами. Щороку зростає кількість маловагових дітей (з масою тіла при народженні менше 500 г), а смертність у цій категорії у 46,5 разу вища, ніж серед доношених дітей. Частота невиношування залишається високою – 5,68 на 100 вагітностей і коливається від 9,19 у Дніпропетровській, 8,13 у Полтавській, 8,02 у Чернігівській, до менше 4,5 у Львівській, Івано-Франківській, Одеській, Тернопільській, Хмельницькій областях та м. Києві. Гострота проблеми невиношування підтверджується зростанням частоти передчасних пологів, яка сягає 3,16% і має тенденцію до зростання (рис. 2.6.9).

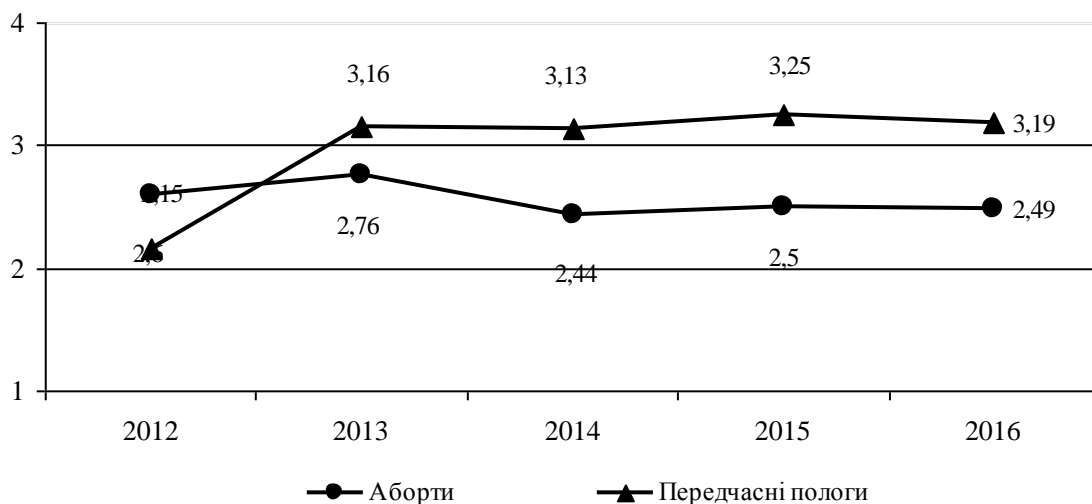


Рис. 2.6.9. Частота передчасних пологів та спонтанних викиднів в Україні у 2012–2016 рр. (на 100 вагітностей)

Низький рівень репродуктивного здоров'я жінок ще до настання вагітності знаходить своє відображення і під час вагітності та пологів. Незважаючи на незначну позитивну динаміку, рівень захворювань вагітних, які впливають на перебіг вагітності, пологів та стан народжених дітей, залишається високим. Все ще майже у кожній четвертій вагітній є прояви анемії, у кожній сьомій – хвороби сечостатевої системи, у кожній чотирнадцятій – хвороби

системи кровообігу. Характерно, що тенденція частоти зареєстрованих екстрагенітальних захворювань, що ускладнюють вагітність, пологи і післяпологовий період, збігається з тенденцією поширеності цих класів хвороб серед загальної популяції населення.

Основними показниками, які рекомендує ВООЗ для оцінки якості надання акушерської і неонатологічної допомоги, є перинатальна і материнська смертність. Тому Ціллю № 3 – забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці – Цілей Сталого Розвитку (ЦСР) визначено до 2030 року «покласти край смертності, якій можна запобігти, новонароджених і дітей віком до 5 років», знизити коефіцієнт материнської смертності, забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіту, та облік питань охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях і програмах.

За даними Держкомстату України, рівень перинатальної смертності за останні десятиріччя в цілому мав позитивну тенденцію – 10,0 на 1 тис. народжених живими і мертвими у 2000 р. і 9,78 у 2012 році. Упродовж 2001–2004 рр. відмічалася позитивна динаміка цього показника до 8,0 при щорічному зниженні на 1–9%, яка була порушена підвищенням до 9,1 у 2005 р., 8,8 у 2006 р., що, вірогідно, зумовлено підготовкою до переходу на критерії ВООЗ щодо визначення перинатального періоду та реєстрації перинатальної смертності і підтверджується збільшенням частоти народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 1000,0–1499 г з 0,3% у 2004 р. до 0,4% у 2006 р. при одночасному зменшенні частоти народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 500,0–999 г з 1,4% до 0,8% відповідно. Негативна динаміка перинатальних втрат утримувалася і в перші два роки після переходу України на критерії ВООЗ щодо визначення перинатального періоду та реєстрації перинатальної смертності – 11,0 і 11,2 у 2007–2008 рр., з подальшою тенденцією до зниження – 10,67 у 2009 р., 9,78 у 2012 р., 9,26 у 2014 р. і 9,1 у 2015 році.

Більш об'єктивні дані динаміки перинатальних втрат у ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ України, що дають можливість виявити недоліки у наданні медичної допомоги жінкам під час вагітності, пологів та немовлятам, отримані на підставі розрахунку цього показника за методикою ВООЗ BABIES-MATRICA .

За даними BABIES-MATRICA, з урахуванням критеріїв ВООЗ стосовно перинатального періоду, рівень перинатальної смертності у ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ України, має позитивну динаміку і знизився за період 2000–2016 рр. у 3,2 разу – з 27,1 у 2000 р. до 8,59 у 2016 році. Якщо у 2000 р. показник перинатальної смертності за BABIES-MATRICA у 2,7 разу перевищував цей показник за даними Держкомстату України, то починаючи з 2007 р., коли Україна перейшла на критерії ВООЗ стосовно перинатального періоду, різниця в рівнях перинатальної смертності несуттєва.

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

Усе ще високий рівень перинатальної смертності у ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ України, зумовлений високим, значно вищим за пересічний по Україні упродовж останніх років, рівнем перинатальних втрат (вище 10,0 на 1000 народжених живими і мертвими) у Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, областях. Нижче пересічного по Україні

упродовж останніх п'яти років, що свідчить про правильність організації перинатальної допомоги, утримувався цей показник у Волинській, Житомирській, Івано-Франківській, Миколаївській, Полтавській, Хмельницькій, Чернівецькій областях та м. Києві (табл. 2.6.3).

Таблиця 2.6.3

Динаміка рівня перинатальної смертності за даними закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України в розрізі регіонів, у 2012–2016 рр. (на 1000 народжених живими і мертвими)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Україна	9,47	9,10	8,72	8,86	8,59
АР Крим	11,11	9,19	н/д	н/д	н/д
<i>Область</i>					
Вінницька	8,83	7,59	7,99	7,86	8,43
Волинська	7,01	6,79	7,43	6,28	6,49
Дніпропетровська	11,61	9,91	10,78	10,53	10,76
Донецька	12,92	11,71	9,56	13,16	12,95
Житомирська	7,32	6,90	7,73	7,09	6,42
Закарпатська	9,88	9,39	9,99	9,15	9,93
Запорізька	10,60	10,45	8,11	10,33	9,35
Івано-Франківська	6,06	7,32	6,62	6,13	7,61
Київська	9,75	9,61	8,72	8,21	8,33
Кіровоградська	11,94	12,41	10,56	10,82	12,13
Луганська	7,64	8,50	7,72	8,70	10,34
Львівська	9,55	9,90	10,34	10,32	8,76
Миколаївська	7,89	8,19	8,06	6,85	7,73
Одеська	10,26	10,16	9,28	8,61	8,89
Полтавська	8,07	8,09	7,73	7,71	8,53
Рівненська	9,83	9,86	7,90	9,03	9,22
Сумська	9,54	8,38	9,38	9,17	9,25
Тернопільська	9,25	8,56	9,46	8,80	6,62
Харківська	9,47	9,75	10,43	10,77	8,83
Херсонська	9,63	10,54	9,17	10,03	10,53
Хмельницька	9,70	8,02	7,53	7,22	6,54
Черкаська	10,05	8,87	7,35	8,71	8,25
Чернівецька	7,15	7,92	8,41	7,08	7,80
Чернігівська	12,35	9,74	12,14	12,53	8,56
<i>Місто</i>					
Київ	5,30	5,85	8,72	6,53	5,40
Севастополь	7,93	7,96	н/д	н/д	н/д

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

Аналіз пропорційного показника перинатальної смертності (пропорційне співвідношення маси тіла при народженні до загального числа народжених живими і мертвими у всіх вагових категоріях) за даними BABIES-MATRICA засвідчив зменшення перинатальної смертності в Україні за 2012–2016 рр. за рахунок зниження цього показника в усіх вагових групах немовлят (рис. 2.6.10).

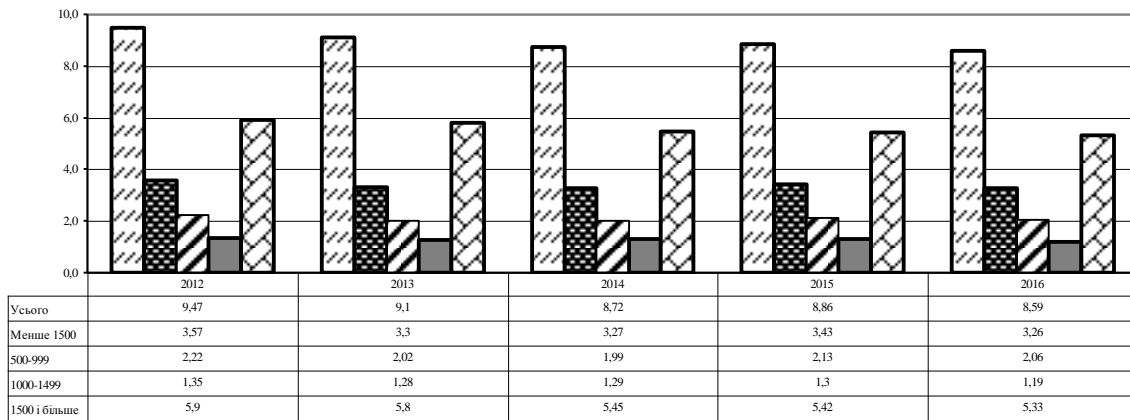


Рис. 2.6.10. Динаміка пропорційного показника перинатальної смертності в окремих вагових категоріях в Україні у 2012–2016 рр., на 1000 народжених живими і мертвими

При цьому рівень пропорційного показника перинатальної смертності обумовлений високим його рівнем у групі новонароджених з масою тіла 1500 г і більше (проміжною і нормальною вагою тіла при народженні), який майже удвічі перевищує рівень пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених з низькою масою тіла (менше 1500 г) – 5,9 і 3,57 у 2012 р. та 5,33 і 3,26 у 2016 р. відповідно, що може свідчити як про некоректність реєстрації народження і смерті дітей з дуже низькою масою тіла при народженні, так і про наявність проблем в організації перинатальної допомоги.

Упродовж усіх років перевищення рівня пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених з масою тіла 1500 г і більше над відповідним рівнем серед народжених з масою тіла менше 1500 г зареєстровано в усіх адміністративних територіях України. У 2016 р. рівень пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених з масою тіла 1500 г і більше перевищував рівень пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених з низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) у Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Кіровоградській, Луганській, Рівненській, Хмельницькій областях у понад удвічі, у Черкаській області – майже утричі. Лише у Дніпропетровській, Одеській, Полтавській, Івано-Франківській, Чернівецькій областях ці показники відрізняються несуттєво.

Некоректність цих даних підтверджується частотою народження живими і мертвими з низькою масою тіла при народженні (рис. 2.6.11).

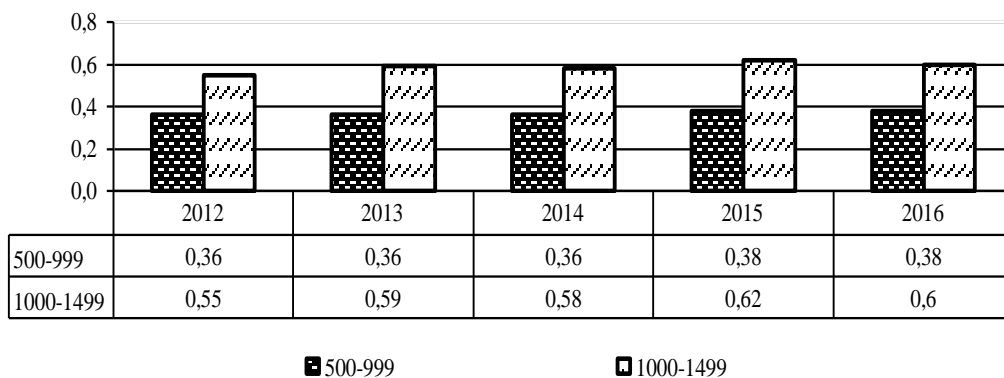


Рис. 2.6.11. Динаміка народження живими і мертвими з низькою масою тіла (менше 1500 г) в Україні у 2012–2016 рр. (на 100 народжених живими і мертвими),%

За даними ВООЗ, питома вага новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г становить від 1% до 1,5% серед усіх народжених живими і мертвими, а з масою тіла при народженні 500–999 г – від 1% до 1,5% відповідно. В Україні у структурі народжених живими і мертвими за масою тіла при народженні дітям з масою менше 1500 г належить дуже низька частка упродовж останніх років – 0,95% у 2012 р. і 0,98% у 2016 році. Частка народжених живими і мертвими немовлят з дуже низькою масою тіла при народженні не відповідала біологічним закономірностям в жодному регіоні. При цьому у 2016 р. у Житомирській, Кіровоградській, Сумській, Тернопільській і Черкаській областях народжено >0,3% мертвими і живими з масою тіла при народженні 500–999 г, а у Волинській, Житомирській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій і Черкаській областях – >0,5% мертвими і живими з масою тіла при народженні 1000–1499 г. Наближались до орієнтовних показники частоти народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 1000–1499 г. лише у Миколаївській (0,78%), Луганській (0,77%) та Чернігівській (0,75%) областях.

Проведений роздільний аналіз динаміки мертвонароджуваності і ранньої неонатальної смертності виявив зміни у співвідношенні цих показників при загальній тенденції до їх зниження. За даними перинатального аудиту за BABIES-MATRICA, у структурі основних складових перинатальної смертності упродовж усіх років спостереження випадки мертвонароджуваності перевищували випадки ранньої неонатальної смертності у 1,6–1,8 разу при високій, вище орієнтовної (53–55%) питомій вазі мертвонароджених серед перинатальних втрат упродовж останніх п'яти років (62,9–65,8%) (рис. 2.6.12).

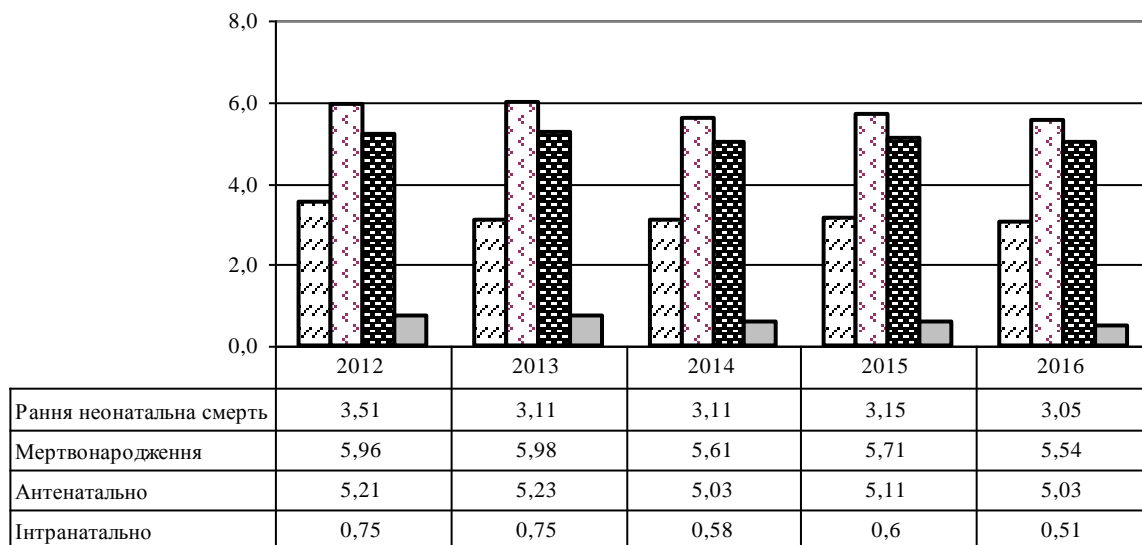


Рис. 2.6.12. Динаміка пропорційного показника основних складових перинатальної смертності/мертвонароджуваності і ранньої неонатальної смертності в Україні у 2012–2016 рр., на 1000 народжених живими і мертвими

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

Упродовж 2012–2016 рр. рівень пропорційного показника антенатальної загибелі плода залишався на рівні 5,03–5,21 на 1000 народжених живими і мертвими. У зазначений період спостерігається зростання рівня антенатальної загибелі плода при високих, більше 5,0, її показниках у Донецькій, Дніпропетровській, Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській і Рівненській областях, що потребує вивчення його причин.

Рівень пропорційного показника інтранатальної загибелі плода за цей період знизився з 0,75 на 1000 народжених живими і мертвими у 2012 р. до 0,51 у 2016 р. з позитивною динамікою цього показника у більшості регіонів, за винятком Закарпатської, Тернопільської, Харківської, Херсонської, Черкаської областей та м. Київ.

За даними ВООЗ, пропорційний показник ранньої неонатальної смертності серед немовлят з вагою тіла при народженні більше 1500 г орієнтовно становить біля 1,0 на 1000 народжених живими і мертвими. В Україні його рівень не відповідає міжнародним стандартам і становить 1,9–1,66 на 1000 народжених живими і мертвими (рис. 2.6.13).

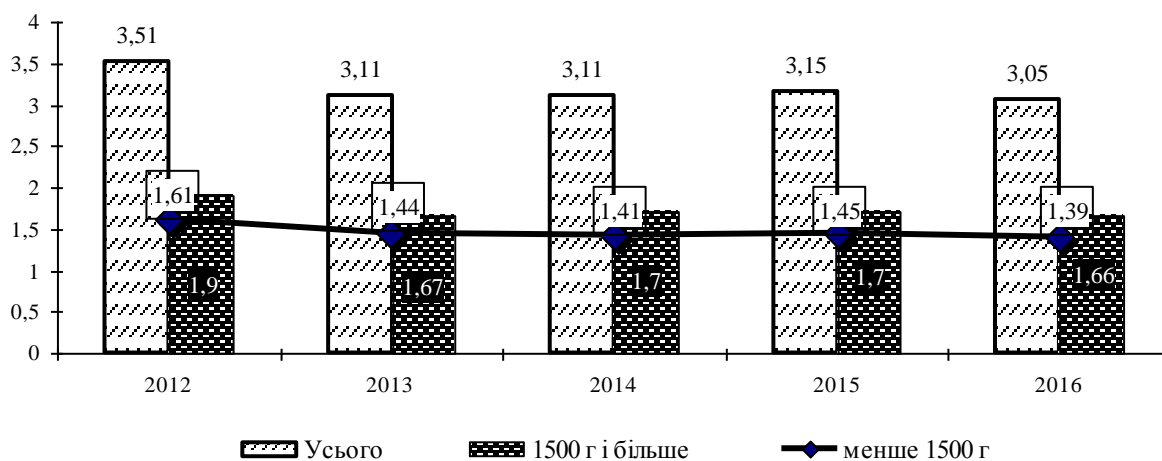


Рис. 2.6.13. Динаміка пропорційного показника ранньої неонатальної смертності новонароджених з масою тіла при народженні 1500 г і більше в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 народжених живими і мертвими)

На окремих адміністративних територіях рівень пропорційного показника ранньої неонатальної смертності серед немовлят з вагою тіла при народженні більше 1500 г перевищує міжнародні стандарти у понад двічі – у Донецькій, Кіровоградській, Херсонській областях; утричі – у Черкаській області; майже у чотири рази – у Луганській області. Упродовж 2012–2016 рр. спостерігається зростання рівня ранньої неонатальної смертності серед зазначеної категорії немовлят – у Волинській, Донецькій, Житомирській, Київській, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Харківській, Черкаській областях.

Технологія перинатального аудиту за BABIES-MATRICA дозволяє визначити реальний рівень ранньої неонатальної смертності в регіонах, якщо розрахувати його відповідно до критеріїв ВООЗ стосовно структури народжуваності живими і мертвими за ваговими категоріями. Цей метод дозволяє оцінити недооблік рівня ранньої неонатальної смертності як в цілому в Україні, так і в розрізі територій та, відповідно, підрахувати, якими були б ці показники, якби структура народжених живими і мертвими за віковими категоріями відповідала критеріям ВООЗ з цих питань. Недооблік у ранній неонатальній смертності – це частково не взяті до уваги втрати народжених живими і мертвими, тобто народження, що не

zareestrovani, i odin iz rezerviv zbilshennia chisla ditei, sho narodilisia. Naibilshie zanizhennia rivnia rann'oi neonatalnoi smertnosti (u tri i bilshie raziv), za danimi BABIES-MATRICA u 2016 r., виявлено у Тернопільській і Хмельницькій областях (табл. 2.6.4).

Таблиця 2.6.4

Фактичний і реальний пропорційний показник ранньої неонатальної смертності у розрізі регіонів у 2012 р. і 2016 р., на 1000 народжених живими і мертвими

Адміністративно-територіальна одиниця	Фактичний показник		Реальний показник, якщо б вагова категорія 1000–1499 г дорівнювала 1%	
	2012	2016	2012	2016
Україна	3,51	3,05	8,02	7,03
АР Крим	4,12	н/д	6,72	н/д
<i>Область</i>				
Вінницька	4,06	2,63	9,29	7,03
Волинська	2,59	2,91	8,15	8,16
Дніпропетровська	4,05	3,16	6,34	6,46
Донецька	6,11	5,72	10,04	9,72
Житомирська	2,23	2,69	7,70	7,69
Закарпатська	2,27	2,66	7,10	5,64
Запорізька	3,81	2,39	8,53	6,01
Івано-Франківська	2,43	3,60	8,49	7,63
Київська	2,83	2,98	7,76	7,50
Кіровоградська	3,67	3,30	9,51	6,78
Луганська	2,59	5,06	8,24	7,36
Львівська	3,24	3,04	7,25	7,41
Миколаївська	2,36	2,36	6,52	4,57
Одеська	3,21	2,77	7,72	6,38
Полтавська	1,75	2,23	7,45	5,75
Рівненська	3,60	3,24	8,26	8,58
Сумська	3,27	3,43	7,84	7,64
Тернопільська	3,93	2,21	9,95	8,32
Харківська	3,24	2,84	6,53	6,56
Херсонська	4,06	4,31	10,16	8,52
Хмельницька	4,15	2,52	8,69	7,61
Черкаська	4,59	4,61	9,12	10,44
Чернівецька	3,27	3,65	9,22	7,26
Чернігівська	5,59	3,81	9,67	6,30
<i>Місто</i>				
Київ	2,40	2,05	6,93	5,83
Севастополь	2,72	н/д	6,99	н/д

Менше середнього по Україні розходження між фактичним і реальним показником ранньої неонатальної смертності у 2016 р. (менш ніж удвічі) відмічалось лише у Донецькій, Луганській, Миколаївській і Чернігівській областях.

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

Материнська смертність – один із головних критеріїв якості та рівня організації роботи родопомічних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я. Водночас материнська смертність є інтегруючим показником здоров'я жінок репродуктивного віку і відображає популяційний підсумок взаємодій економічних,

екологічних, культурних, соціально-гігієнічних та медико-організаційних чинників. Визнаючи стратегічне значення, яке має репродуктивне здоров'я для забезпечення сталого розвитку суспільства, в Україні у 2002 р. було розроблено Концепцію безпечного материнства та заходи щодо її реалізації, що передбачало виконання низки галузевих і регіональних програм охорони материнства та дитинства. Послідовним кроком на шляху до реалізації задекларованих намірів стала Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року (ДПРЗН), заходи якої, зокрема, були спрямовані на зниження материнської захворюваності та смертності.

Упродовж останніх шістнадцяти років показник материнської смертності знизився з 24,7 на 100 тис. народжених живими у 2000 р. до 12,7 у 2012 р. з наступним його зростанням до 12,9 у 2013 р., 14,8 у 2014 р., 14,6 у 2015 р. і 11,6 у 2016 р. (рис. 2.6.14).

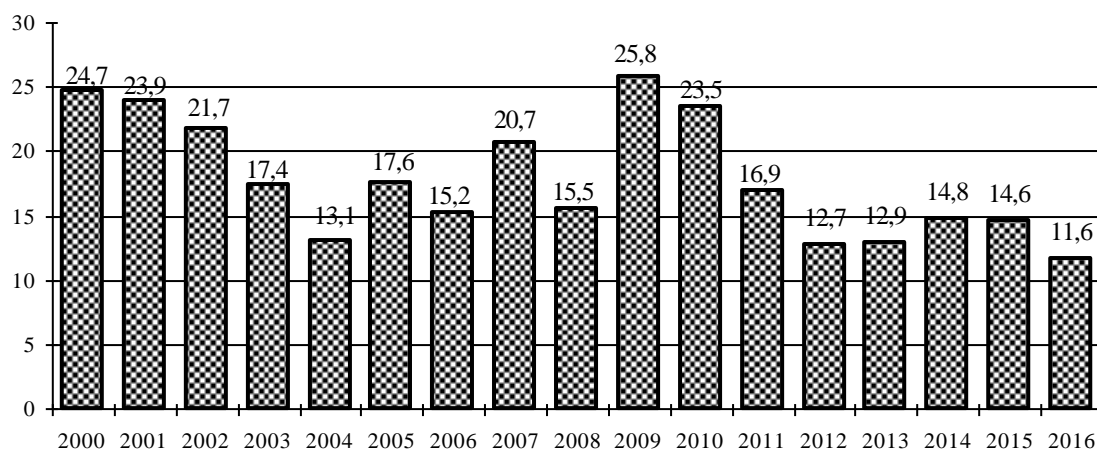


Рис. 2.6.14. Динаміка рівня материнської смертності в Україні у 2000–2016 рр. (на 100 тис. народжених живими)

Зростання показника материнської смертності у 2014 р. до 14,8 на 100 тис. народжених живими і у 2015 р. до 14,6 проти 12,7 у 2012 р. відбулося переважно за рахунок збільшення материнських втрат від акушерських кровотеч з 0,96 у 2012 р. до 2,19 у 2015 р., акушерських емболій – з 1,3 до 1,94 та абортів, які почалися або були зроблені поза лікувальним закладом або не уточнені – з 0,4 до 0,72 відповідно (табл. 2.6.5).

У 2016 р. зареєстровано зниження материнських втрат від акушерських кровотеч, абортів і непрямих причин акушерської смертності при збільшенні втрат від акушерських емболій.

Основними причинами материнських втрат упродовж останніх років залишаються непрямі причини акушерської смерті (5,16–4,78 на 100 тис. живонароджених), акушерські емболії (1,34–2,52), акушерські кровотечі (0,96–0,5). Незважаючи на значне зменшення абортів (141,1 тис. у 2012 р. і 101,9 тис. у 2015 р.), показник материнських смертей, спричинених абортом, який почався або був зроблений поза лікувальним закладом, залишається високим – 0,38–0,72 (по два випадки у 2012 р. і 2013 р., по три випадки у 2014–2015 рр.) і 1 випадок у 2016 році.

Усе ще високий рівень материнських втрат у 2016 р. зумовлений надвисоким рівнем їх (33,9–19,6 на 1000 народжених живими) у Кіровоградській, Івано-Франківській, Рівненській, Чернігівській, Тернопільській і Вінницькій областях. На відносно низьких показниках (менше 12,0) упродовж останніх двох років утримується рівень материнської

смертності у Волинській, Харківській і Чернівецькій областях та м. Києві. Не зареєстровано випадків материнської смертності у 2016 р. у Житомирській, Закарпатській, Луганській, Херсонській та Хмельницькій областях (рис. 2.6.15).

Таблиця 2.6.5

Динаміка смертності жінок від основних причин, що пов'язані з вагітністю, пологами та ускладненнями післяпологового періоду

Причина	2012 р.		2013 р.		2014* р.		2015* р.		2016 р.	
	абс.	На 100 тис. новонароджених	абс.	На 100 тис. новонароджених	абс.	На 100 тис. новонароджених	абс.	На 100 тис. новонароджених	абс.	На 100 тис. новонароджених
Позаматкова вагітність	1	0,19	-	-	-	-	-	-	1	0,25
Аборти, які почалися або були зроблені поза лікувальним закладом або неуточнені	2	0,38	2	0,39	3	0,64	3	0,72	1	0,25
Кровотеча та порушення згортання крові	5	0,96	10	1,99	8	1,72	9	2,19	2	0,5
Ускладнення внаслідок анестезії	1	0,19	1	0,19	-	-	-	-	2	0,5
Акушерська емболія	7	1,34	10	1,99	10	2,15	8	1,94	10	2,52
Непрямі причини акушерської смерті	30	5,8	27	5,36	24	5,15	27	6,56	19	4,78
Інші причини акушерської смерті	17	3,3	15	2,98	22	4,72	13	3,16	11	2,8
Інші причини	3	0,58			2	0,45				
Усього	66	12,7	65	12,9	69	14,8	60	14,6	46	11,6

Примітка: *за винятком тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополь і частини зони АТО.



Рис. 2.6.15. Рівень материнської смертності на різних адміністративних територіях України у 2016 р. (на 100 тис. народжених живими)

Системою регіоналізації перинатальної допомоги передбачена концентрація госпіталізації пацієнток з ризиком перинатальної патології у ЗОЗ III рівня. Об'єктивним критерієм забезпечення маршрутів пацієнток з високим перинатальним ризиком є показник концентрації материнських втрат у закладах перинатальної допомоги III-го рівня. Очікувано частка материнських втрат у ЗОЗ III рівня від їх загальної кількості в регіоні обслуговування при ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги повинна наближатися до 60–70%. За даними моніторингу та оцінки РПД, у 2016 р. із загальної кількості материнських втрат у ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги настали лише 48,9% випадків смерті, у ЗОЗ II рівня – 19,1%, у ЗОЗ I рівня – 31,9%.

Таким чином, аналіз стану репродуктивного здоров'я показав, що діюча в Україні служба охорони репродуктивного здоров'я є однією з найбільш досконалих і збережених в сучасних умовах нестабільної політичної та економічної ситуації, воєнних дій та реформування охорони здоров'я. Стратегія управління репродуктивним здоров'ям залежить не тільки від внутрішніх чинників, але й від зовнішніх, тобто факторів на глобальному і макрорівні. Наразі в країні з успіхом застосовуються дуже важливі для стратегії управління репродуктивним здоров'ям такі чинники, що існують на глобальному рівні і сприяють збереженню і покращенню репродуктивного здоров'я (РПД, планування сім'ї, сучасні технології ведення пологів, виключно грудне вигодовування, медикаментозний аборт, ультразвукова діагностика, екстракорпоральне запліднення, лапароскопія тощо).

Переорієнтація системи охорони репродуктивного здоров'я на науково обґрунтовану практику і доказовий менеджмент сприяла позитивній динаміці окремих складових репродуктивного здоров'я – частоти абортів, ускладнених пологів, рівнів материнських і плодово-малюкових втрат. Проте у цілому стан репродуктивного здоров'я населення України ще не відповідає критеріям ВООЗ щодо репродуктивного здоров'я, що вимагає прийняття відповідних управлінських рішень.

Багатофакторна природа процесу зниження репродуктивного потенціалу в Україні визначає різні напрями щодо поліпшення репродуктивного здоров'я нації. Так, висока захворюваність населення фертильного віку, передусім досить високий рівень частоти анемії вагітних – маркера соціального неблагополуччя населення і фактора розвитку гіпоксичних порушень в організмі плода, – вимагає прийняття першочергових заходів щодо профілактики патології гестаційного процесу, насамперед соціальних заходів з метою поліпшення якості життя та оптимізації харчування вагітних жінок. Усе ще високі рівні попереджуваної акушерської патології, мертвороджуваності, перинатальної смертності визначають важливість заходів щодо підвищення якості медичної допомоги, як на пренатальному етапі, так і при родорозрішенні.

Одним із найменш витратних і найбільш ефективних шляхів поліпшення якості медичної допомоги та охорони репродуктивного здоров'я є використання нових організаційних технологій, зокрема РПД.

2.7. Характеристика захворюваності населення на туберкульоз

Питання протидії туберкульозу (далі – ТБ) в Україні залишається одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Боротьба з ТБ є предметом міжнародних зобов'язань України у частині виконання положень Угоди про

асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами.

Україна є активним членом ВООЗ, яка в 2015 році схвалила нову глобальну стратегію "Покласти кінець ТБ" та План дій щодо боротьби з ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2016–2020 роки. Основними цілями стратегії стали зменшення до 2035 року рівня смертності від ТБ на 95% та зменшення рівня захворюваності на ТБ менше 10 випадків на 100 тис. нас. з нульовим рівнем страждань від ТБ.

Ріст захворюваності на ТБ серед нових випадків, що спостерігався в країні з 1998 р., було зупинено в 2004 р. і, починаючи з 2007 р., реєструється її зниження. За даними ВООЗ, в Україні розрахункові поширеність і захворюваність на ТБ з 2007 р. мають тенденцію до зниження на 4,4% і 3,3% в рік відповідно. У 2016 р. розрахункова захворюваність на ТБ склала 91,0 на 100 тис. населення, а за даними рутинного епідагляду – 67,6 на 100 тис. населення.

У регіонах України спостерігається значне коливання показника захворюваності на ТБ: від 39,8 до 130,6 на 100 тис. населення. Найвищі рівні захворюваності зареєстровані в Одеській (130,6), Херсонській (99,1), Київській (85,7) областях; найнижчі – у Харківській (52,5), Чернівецькій (39,8) областях та м. Києві (52,6) (рис. 2.7.1).

У 2016 р. рівень захворюваності на ТБ (включно з новими випадками та рецидивами) серед дітей (0–14 роки) становив 8,8 на 100 тис. (571 випадок), а серед підлітків (15–17 років) – 20,4 на 100 тис. (228 випадків).

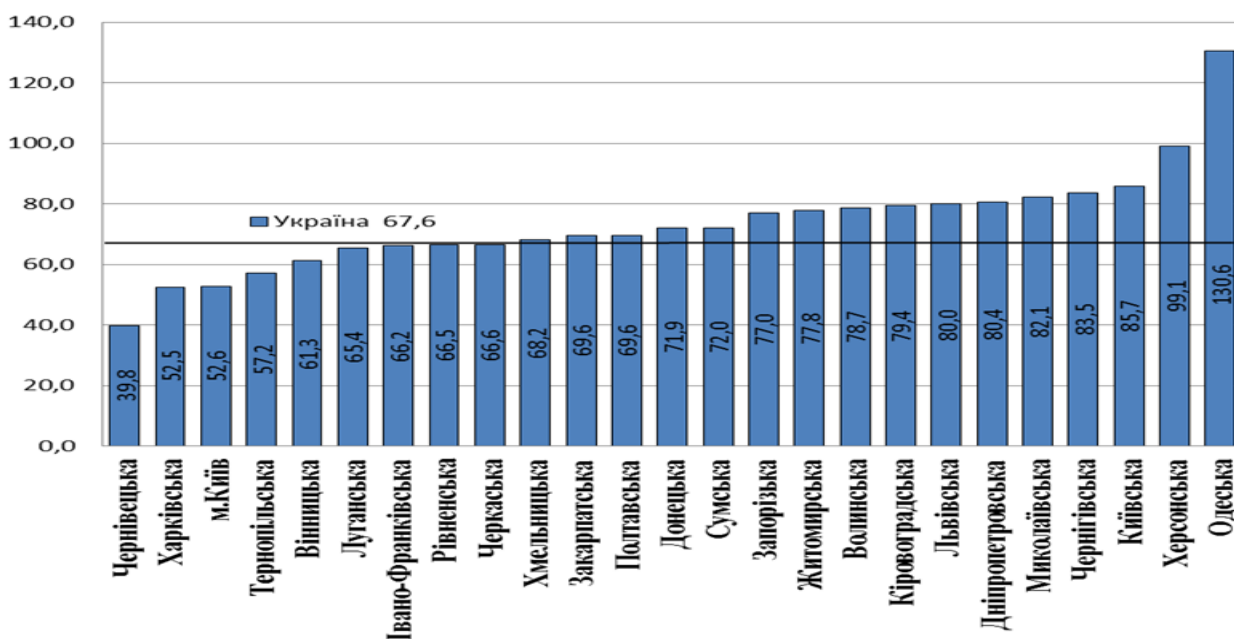


Рис. 2.7.1. Захворюваність на ТБ в Україні у 2016 р., на 100 тис. нас.

Сьогодні проблема ТБ вийшла за рамки суто медичної та набула статусу загальнодержавної, враховуючи, що ТБ є соціально небезпечною інфекційною хворобою, основними чинниками якої є соціальні, економічні, політичні аспекти, а наслідки безпосередньо впливають на економічну та національну безпеку України. Поширенню ТБ в Україні сприяє низка соціально-економічних проблем, що не вирішуються протягом

тривалого часу, та поширення туберкульозної інфекції серед окремих верств населення, які належать до груп підвищеного ризику захворювання на ТБ.

Аналіз соціальної структури нових випадків ТБ у 2016 р. продемонстрував, що серед вперше захворілих на ТБ 73% становлять представники соціально незахищених верств населення: 57,2% – непрацюючі особи працездатного віку, 12,6% – пенсіонери, 1,0% – особи, які повернулися з місць позбавлення волі, 1,9% – особи без постійного місця проживання. Серед нових випадків ТБ 13,1% становлять хворі, які зловживають алкоголем, 2,8% є споживачами ін'єкційних наркотиків; 76% складають особи працездатного віку (18–54 років), у тому числі 51,0% віком 25–44 роки.

Захворюваність на ТБ серед сільського населення переважає над міським та становить 81,6 на 100 тис. нас., серед міського – 61,3 на 100 тис. нас. (табл. 2.7.1).

Таблиця 2.7.1

Захворюваність на всі форми активного туберкульозу, включаючи його рецидиви, серед міського та сільського населення України у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Міські жителі		Сільські жителі	
	абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.
Україна	17 996,0	61,3	10 804,0	81,6
АР Крим	-	-	-	-
<i>Область</i>				
Вінницька	484,0	60,2	493,0	62,4
Волинська	372,0	69,0	446,0	89,1
Дніпропетровська	2 204,0	81,1	410,0	76,6
Донецька	1 223,0	73,7	190,0	62,1
Житомирська	482,0	65,9	489,0	94,6
Закарпатська	348,0	75,4	527,0	66,3
Запорізька	966,0	71,6	384,0	95,3
Івано-Франківська	331,0	55,3	583,0	74,6
Київська	823,0	77,1	656,0	99,5
Кіровоградська	387,0	63,9	381,0	105,5
Луганська	348,0	68,3	118,0	58,3
Львівська	1 117,0	73,4	895,0	90,0
Миколаївська	621,0	78,8	329,0	89,0
Одеська	2 032,0	128,7	1 076,0	134,5
Полтавська	569,0	64,7	427,0	77,5
Рівненська	277,0	50,6	495,0	80,7
Сумська	498,0	65,6	302,0	85,8
Тернопільська	227,0	48,2	381,0	64,4
Харківська	1 075,0	49,5	344,0	64,9
Херсонська	671,0	103,7	380,0	91,8
Хмельницька	414,0	57,2	467,0	82,4
Черкаська	418,0	59,7	408,0	75,7
Чернівецька	147,0	38,0	214,0	41,2
Чернігівська	456,0	68,6	409,0	110,1
<i>Місто</i>				
Київ	1 506,0	52,6	0,0	0,0
Севастополь	-	-	-	-

У 2015 р. Україна стала однією з країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (МР ТБ). Протягом останніх років зареєстровано зростання кількості випадків МР ТБ з 3482 осіб у 2009 р. до 8709 осіб у 2016 році. Це частково пов'язано із впровадженням молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ та значною мірою обумовлено неправильною організацією лікування хворих на ТБ з переважним перебуванням

в умовах стаціонару, дефіцитом у забезпеченні протитуберкульозними препаратами для хворих на МР ТБ у попередні роки, недостатнім безпосереднім контролем за лікуванням, відсутністю системи соціально-психологічної підтримки хворих та управління побічними реакціями на протитуберкульозні препарати.

Рівень МР ТБ серед нових випадків значно вищий у південно-східних регіонах порівняно з Центральною та Західною Україною.

Щорічне зростання показника захворюваності на поєднану патологію ТБ з ВІЛ від 4,8 на 100 тис. нас. у 2006 р. до 13,2 на 100 тис. нас. у 2016 р. свідчить про посилення тягара епідемії ВІЛ-інфекції в країні (рис. 2.7.2).

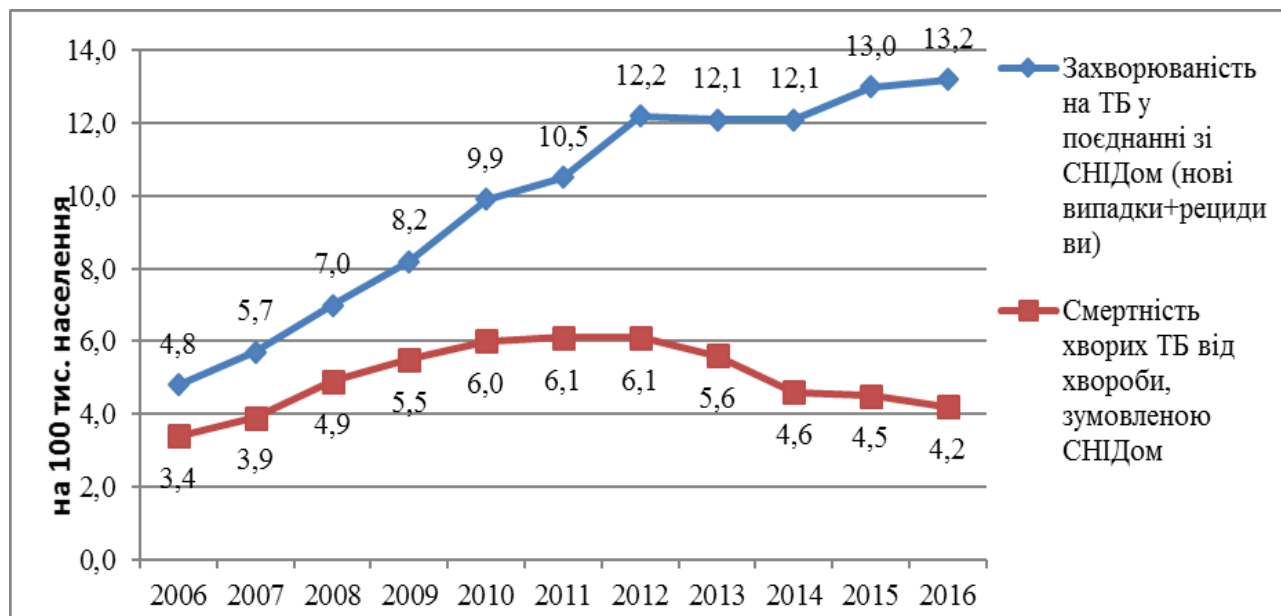


Рис. 2.7.2. Динаміка показників захворюваності та смертності хворих на туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою ВІЛ (на 100 тис. нас.)

Показник захворюваності на ТБ у поєднанні зі СНІДом у 2016 р. становив 13,2 на 100 тис. населення (розрахунковий показник ВООЗ у 2015 р. – 20,0); смертність від зазначеної патології у 2016 р. становила 4,2 на 100 тис. (розрахунковий показник ВООЗ 2015 р. – 4,7). Найвищі показники захворюваності на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ у 2016 р. зареєстровані в Одеській (47,9 на 100 тис. нас.), Дніпропетровській та Київській (24,4 на 100 тис. нас.) областях, найнижчі – у Закарпатській (2,2 на 100 тис. нас.) та Чернівецькій (2,3 на 100 тис. нас.) областях (рис. 2.7.3).

Захворюваність працівників ЗОЗ на ТБ у 2016 р. склала 6,3 на 10 тис. працівників ЗОЗ (426 осіб), а безпосередньо у медичних працівників протитуберкульозних закладів – 6,7 на 10 тис. (359 осіб).

З початку третього тисячоліття в розвинених країнах світу основними причинами смерті населення та значних економічних збитків вважаються захворювання системи кровообігу, злоякісні новоутворення, ендокринні та психічні хвороби, травми; у країнах, що розвиваються, – це туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, малярія.

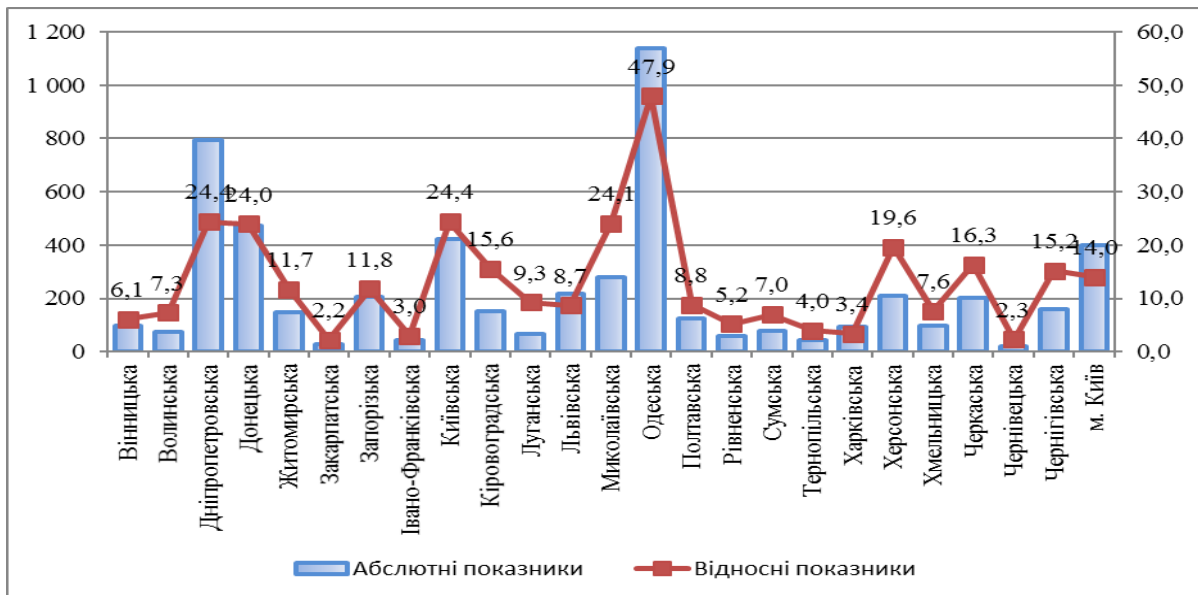


Рис. 2.7.3. Захворюваність на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ у розрізі регіонів України, 2016 р.

Впродовж останніх 10 років в Україні реєструється зниження показника смертності від ТБ у 2,5 разу. За даними Державної служби статистики, на початок 2017 р. показник смертності від ТБ склав 8,8 на 100 тис. нас. Найвищі рівні смертності зареєстровані у Дніпропетровській (15,9 на 100 тис. нас.), Волинській (14,9 на 100 тис. нас.), Луганській (12,9 на 100 тис. нас.) та Херсонській (12,0 на 100 тис. нас.) областях, найнижчі – у м. Києві (4,9 на 100 тис. нас.), Чернівецькій (5,8 на 100 тис. нас.) та Тернопільській (5,9 на 100 тис. нас.) областях (рис. 2.7.4).

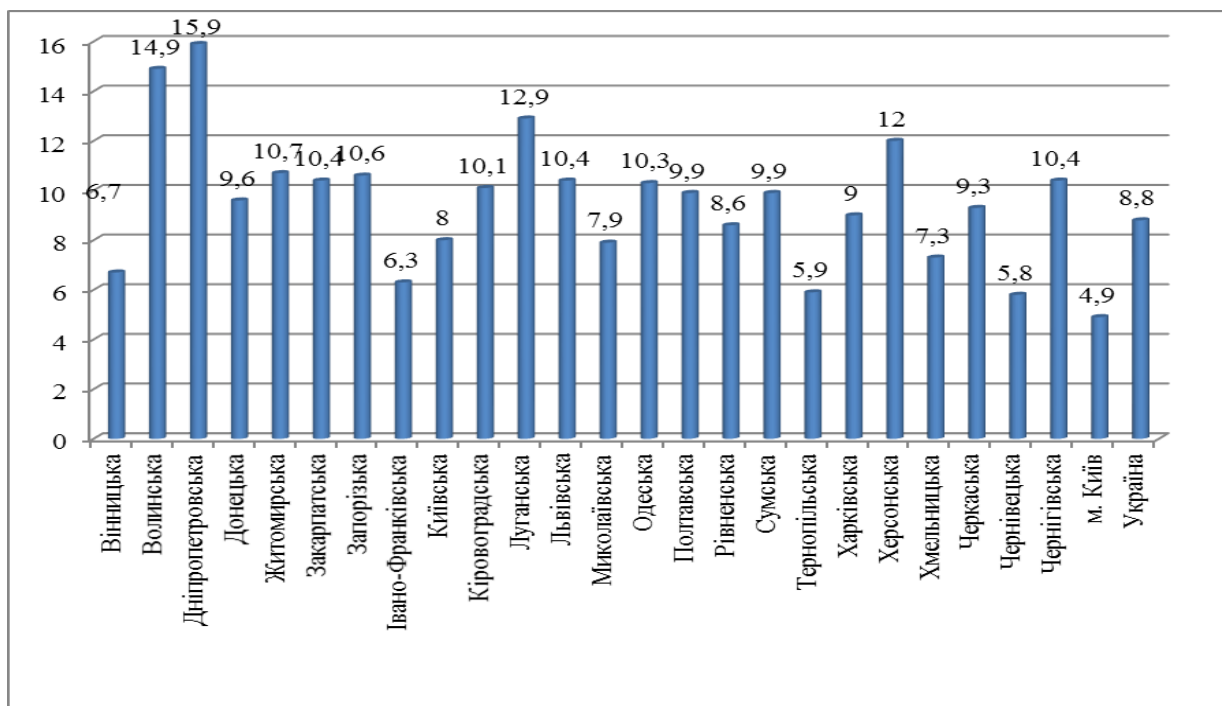


Рис. 2.7.4. Рівень смертності від туберкульозу у розрізі регіонів України, 2016 р., на 100 тис. нас.

Для забезпечення сталості послуг, відповідно до кращого міжнародного досвіду, в умовах скорочення міжнародної технічної допомоги Урядом схвалено Стратегію

забезпечення сталої відповіді епідеміям ТБ, у тому числі ХР ТБ, та ВІЛ/СНІДу на період до 2020 року та затверджено план заходів щодо її реалізації, що передбачає оптимізацію послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки, з метою припинення ТБ та ВІЛ/СНІДу як загрози суспільній охороні здоров'я до 2030 року.

З метою подолання викликів у сфері протидії ТБ в Україні необхідно здійснити швидке реформування підходів до надання протитуберкульозної допомоги населенню шляхом розвитку системи амбулаторної допомоги хворим на ТБ із дотриманням сучасних принципів ІК, забезпечення соціального супроводу пацієнтів, впровадження та розширення застосування інноваційних методів діагностики та лікування ТБ, з урахуванням наявного в країні та передового світового досвіду, принципів доказової медицини за умови зміни моделей фінансування та координації зусиль медичної спільноти і громади з формуванням відповідального ставлення держави та суспільства.

2.8. Характеристика захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію/СНІД

За оновленими оцінками ВООЗ та ЮНЕЙДС, на початок 2016 р. у світі проживало майже 37 млн людей з ВІЛ та 35 млн осіб померли від захворювань, зумовлених СНІДом.

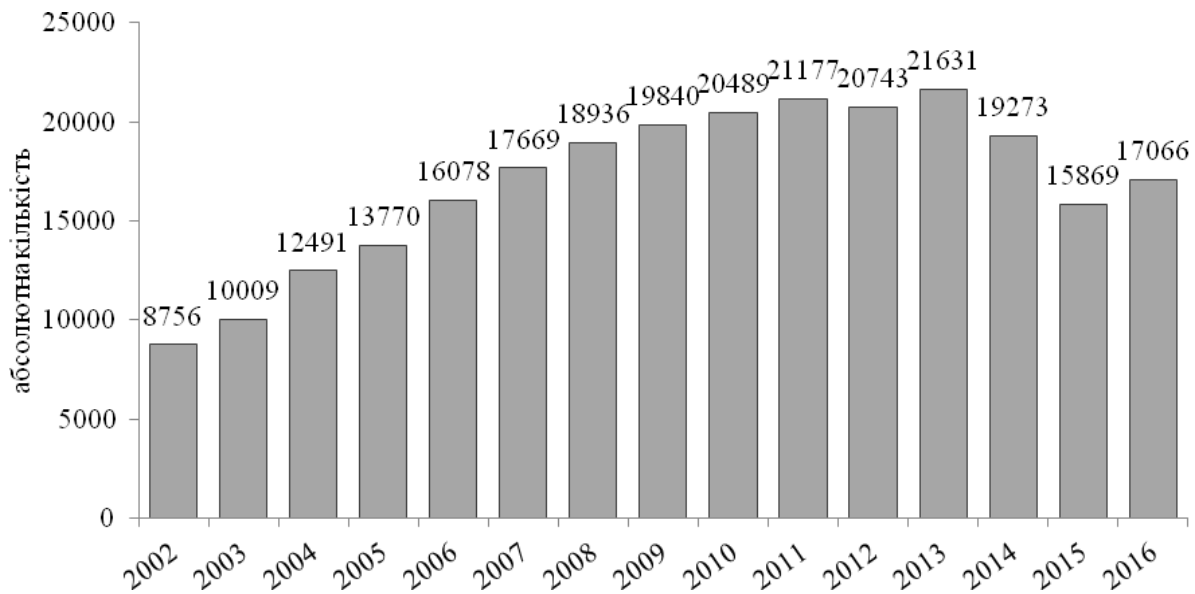
За оновленими оцінками, в Україні на початок 2017 р. мешкало понад 237 тис. людей з ВІЛ усіх вікових категорій.

За даними сероепідеміологічного моніторингу (СЕМ), в Україні щороку на ВІЛ тестується понад 2 млн осіб, тобто кожен вісімнадцятий. Протягом 2016 р. обстежено на ВІЛ-інфекцію 2 343383 громадянина України проти 2344741 у 2015 р. та 2608063 у 2014 році. Позитивні результати отримали 23174 особи проти 23193 у 2015 р. та 27236 у 2014 році. Не дивлячись на тенденцію до зменшення кількості тестувань, поширеність ВІЛ серед громадян України протягом останніх трьох років утримується на рівні майже 1% (2016–2015 рр. – 0,99%; 2014 р. – 1,04%). Це без даних АР Крим, м. Севастополя та територій Донецької і Луганської областей, не підконтрольних Україні.

За період 1987–2016 рр. в країні офіційно зареєстровано 297424 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 92897 випадків захворювання на СНІД та 41710 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Станом на 31.12.2016 р. під наглядом у ЗОЗ перебувало 132945 ВІЛ-інфікованих громадян (показник поширеності 313,3 на 100 тис. нас.), у т. ч. 38730 хворих на СНІД (показник 91,3 на 100 тис. нас.). Південні регіони України, Дніпропетровська, Київська, Чернігівська, Донецька області та м. Київ є територіями з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, західні області – з низьким рівнем.

Протягом 2016 р. на території України відмічається збільшення кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції – під медичний нагляд взято 17066 осіб проти 15869 у 2015 р., показник захворюваності склав 40,0 на 100 тис. нас., що на 7,5% більше показника 2015 р. (37,0 на 100 тис. нас.) і на 10% менше показника 2014 р. (44,8 на 100 тис. нас.), коли інформація збиралась з усієї території країни (рис. 2.8.1).



Примітка: без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та непідконтрольних Україні територій Донецької і Луганської областей.

Рис. 2.8.1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України за період 2002–2016 рр.

Ріст захворюваності на ВІЛ-інфекцію в цілому по Україні пов'язаний з ростом захворюваності на ВІЛ у Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Луганській, Миколаївській, Тернопільській, Харківській, Херсонській областях та м. Києві.

Серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні протягом 2014–2016 рр. питома вага чоловіків переважала та поступово зростала з 55,9% у 2014 р. до 57,5% у 2016 р., а питома вага жінок – знижувалась з 44,1% у 2014 р. до 42,5% у 2016 році. Жителі міста інфікувалися ВІЛ у понад 70% випадків, але в 2016 р. вже спостерігається збільшення питомої ваги жителів села серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб.

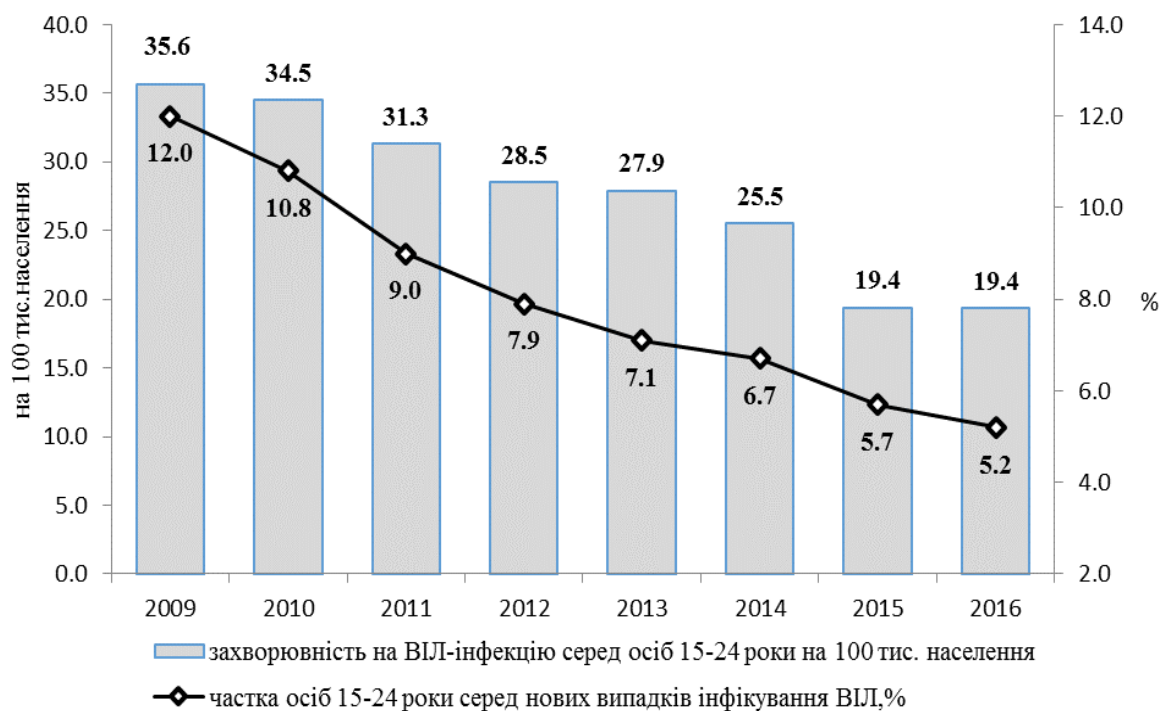
Протягом 2014–2016 рр. особи репродуктивного та працездатного віку 25–49 років (67–68%) переважали у віковій структурі вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції.

Починаючи з 2009 р., частка осіб вікової групи 15–24 роки серед усіх вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції почала зменшуватися і досягла в 2016 р. рівня 5,2%. Впродовж останніх семи років в Україні зберігається і стала тенденція до зниження показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення даної вікової групи (з 35,6 на 100 тис. у 2009 р. до 19,4 на 100 тис. у 2016 р.) (рис. 2.8.2).

У 2008 р. в Україні відбулася зміна домінуючих шляхів передачі збудника ВІЛ-інфекції зі штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах. У структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини) питома вага статевого шляху передачі ВІЛ невпинно зростала (з 69,2% у 2014 р. до 72,5 у 2015 р.) та у 2016 р. становила 73,3%.

Незважаючи на тенденцію до зниження, актуальність парентерального шляху передачі при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів залишається високою (21,8% у 2016 р., 26,6% у 2015 р. та 29,6% у 2014 р.). Частка зазначеного шляху передачі серед вперше

зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у 2016 р. суттєво зросла у Волинській, Київській, Тернопільській, Харківській та Чернівецькій областях.



Примітка: без урахування даних АР Крим, м. Севастополь 2014 р. та не підконтрольних Україні територій Донецької і Луганської областей 2015 р.

Рис. 2.8.2. Динаміка питомої ваги осіб віком 15–24 роки серед нових випадків інфікування ВІЛ та захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15–24 роки в Україні у 2009–2016 рр.

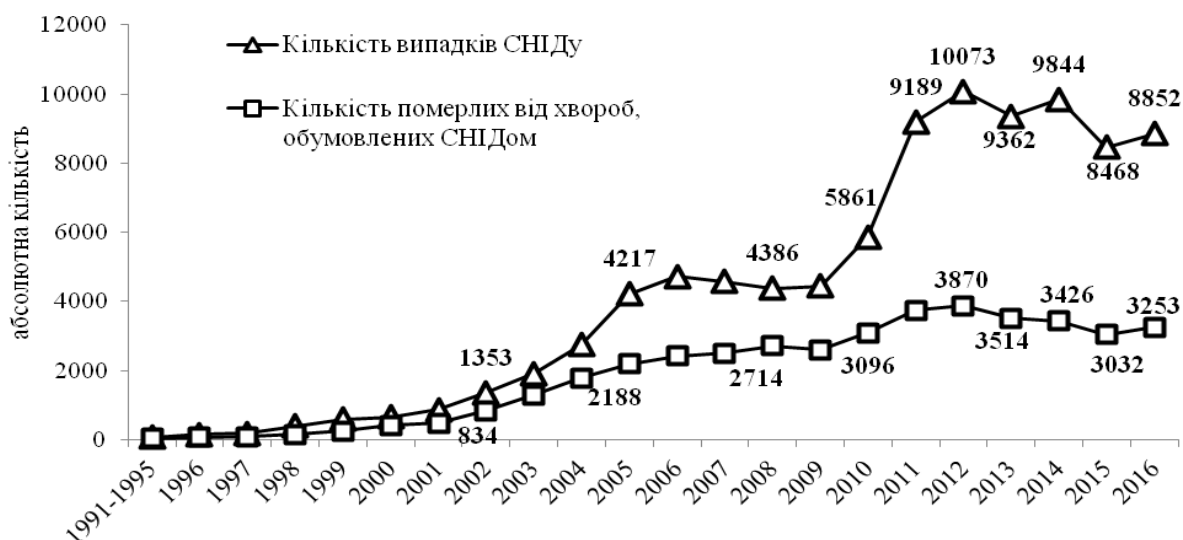
Усе більшої епідемічної значущості набуває група чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), серед представників якої продовжується поширення ВІЛ-інфекції.

У 2016 р. діагностовано 8852 випадки СНІДу проти 8 468 у 2015 р. та 9 844 у 2014 р., показник захворюваності на СНІД склав 20,7 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 19,8 у 2015 р. та 22,9 у 2014 р. відповідно (рис. 2.8.3).

Найвищими у 2016 р. були показники захворюваності на СНІД у Дніпропетровській (61,1 на 100 тис. нас.), Запорізькій (25,6), Київській (26,9), Миколаївській (38,0), Одеській (59,8) та Чернігівській (22,9) областях.

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні залишається ТБ. За статистичними даними, у 2016 р. зареєстровано 4 938 хворих з подвійною патологією ТБ/ВІЛ проти 4470 у 2015 р. та 4849 у 2014 році. Частка хворих з діагнозом ТБ серед нових випадків СНІДу зберігає тенденцію до зростання та становить у 2016 р. 55,8% проти 52,8% у 2015 р. та 49,3% у 2014 році. Зберігається тенденція до зниження питомої ваги хворих на ТБ серед хворих на СНІД, які перебувають під наглядом на кінець року (2016 р. – 33,4%, 2015 р. – 36,9%, 2014 р. – 44,1%).

У 2016 р. померло 3 253 хворих на СНІД проти 3 032 у 2015 р. та 3 426 у 2014 р., показник смертності від хвороб, обумовлених СНІДом, збільшився порівняно з минулим роком (7,1) і склав 7,6 на 100 тис. нас. (8,0 на 100 тис. нас. у 2014 р.).



Примітка: *без урахування даних АР Крим, м. Севастополь 2014 р. та не підконтрольних Україні територій Донецької і Луганської областей 2015 р.

Рис. 2.8.3. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від обумовлених СНІДом хвороб серед громадян України

Найвищі показники смертності від СНІДу у 2016 р. зареєстровані у Дніпропетровській (31,0 на 100 тис. нас.), Донецькій (8,2), Запорізькій (8,2), Кіровоградській (10,7), Миколаївській (11,4), Одеській (14,0) та Чернігівській (8,5) областях, а темпи приросту – у Вінницькій, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Сумській, Херсонській, Хмельницькій, Чернівецькій, Чернігівській областях.

Серед 5 305 померлих у 2016 р. осіб в 62,9% випадків (3 338 померлих) причиною летального кінця стала ВІЛ-інфекція, а в 61,3% (3 253 особи) – СНІД (рис. 2.8.3)

Організація медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД у 2016 р. здійснювалася відповідно до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. (далі – Програма), затвердженої Законом України від 20 жовтня 2014 р. № 170-VII, за участі державних установ, закладів охорони здоров'я, громадськості та широкого кола міжнародних партнерів.

Медична допомога хворим на ВІЛ-інфекцію

Завдання та заходи Програми виконували 37 регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом (далі – РЦС), у т. ч. 24 обласні, Київський міський центр СНІДу, 12 міських центрів СНІДу в областях з високими показниками поширеності ВІЛ. У 9 центрах СНІДу функціонують стаціонарні відділення із загальною кількістю 296 ліжок, з яких 61 – для надання паліативної та хоспісної допомоги. Усі РЦС мають лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції.

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

Послуги з консультування щодо ВІЛ отримали 2596 808 осіб впродовж 2016 р., дали згоду та пройшли тестування 2427527 осіб (93,5%). Отримали результати тесту та післятестове консультування 2 067 006 (85,1%) осіб, з них лише 23,22% представників з групи підвищеного ризику інфікування отримали дану послугу.

Основним методом профілактики та лікування ВІЛ, за стратегією ЮНЕЙДС, є антиретровірусна терапія (АРТ), яка надається відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551 з доповненнями, затвердженими наказом МОЗ України від 25.12.2015 р. № 887, у відповідності до вимог ВООЗ; уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям «ВІЛ-інфекція», затвердженого наказом МОЗ України від 24.02.2015 р. № 92.

Станом на 31.12.2016 р. АРТ надавали в 281 ЗОЗ регіональних органів самоврядування, МОЗ та НАМН України. Доступ пацієнтів до АРТ протягом останніх семи років активно розширювався і на кінець 2016 р. антиретровірусні препарати отримали 74 780 осіб, що на 58 909 осіб більше, ніж у 2009 р. (15 871 особи). У процентному відношенні – 56,2% проти 15,7% відповідно. Іншими словами, станом на 31.12.2016 р. АРТ було охоплено більше половини ВІЛ-інфікованих осіб, які перебували під медичним наглядом. За кошти ДБ АРТ отримали 41 910 осіб, за кошти ГФ – 24 567 осіб, за кошти ПЕПФАР – 8303 особи. Із наведеної загальної кількості осіб станом на 31.12.2016 р. 2 243 особи отримували АРТ у закладах ДКВС України за кошти ГФ (рис. 2.8.4).

Діти віком від 0 до 17 років включно отримують АРТ за рахунок коштів ДБ. На кінець 2016 р. їхня кількість становила 2 848 осіб (3,81% від загальної кількості осіб на АРТ). Дорослі віком 18 років і старше становили 96,2% (71 932).

За оцінками ВООЗ, вірусний гепатит С (ВГС) є викликом громадській охороні здоров'я: у світі щорічно 2–3 млн осіб інфікуються вірусом гепатиту С та близько 130–170 млн осіб хронічно інфіковані ВГС. За міжнародними даними, ВГС в Україні інфіковано 3% громадян, що становить приблизно 1 170 000 осіб. За офіційними даними 2016 р., рівень захворюваності на гострі вірусні гепатити (А, В, С) та хронічні вірусні гепатити (В та С) становить 29,6 на 100 тис. нас. країни.

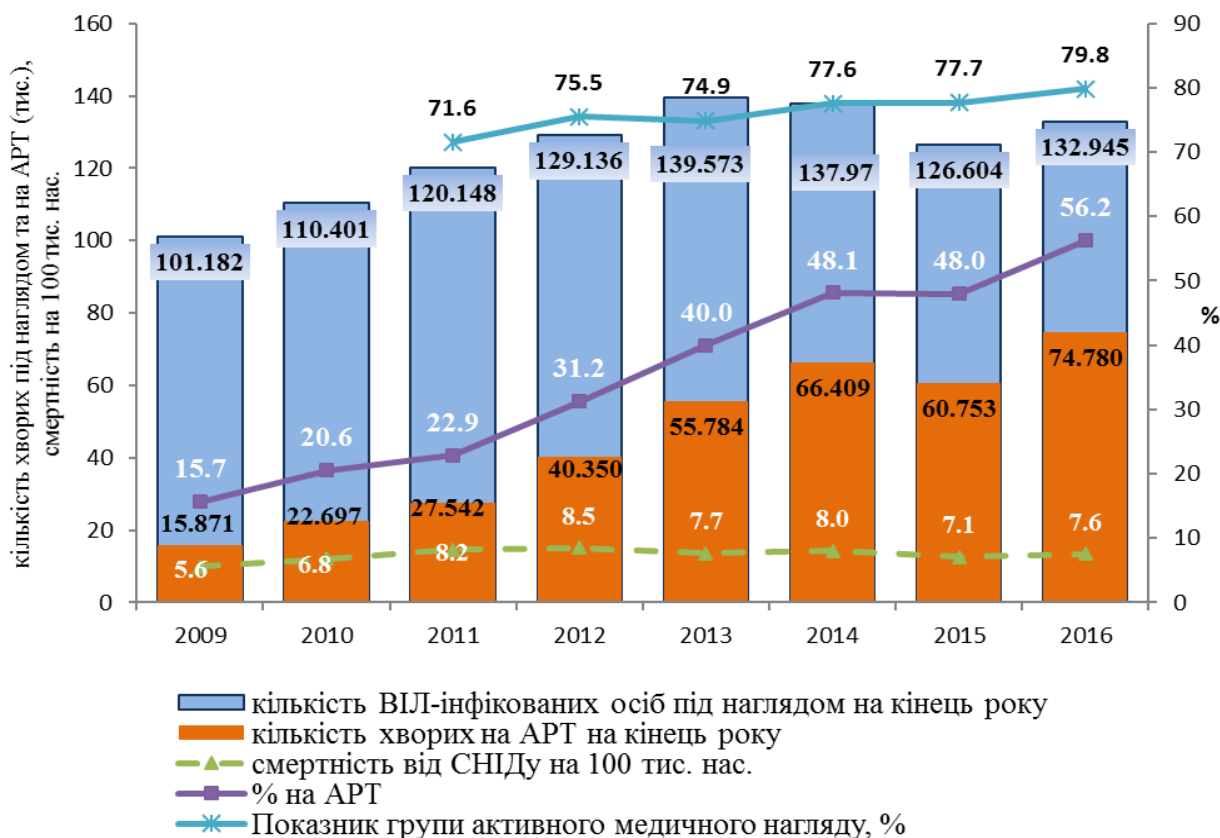
З 2015 р. в Україні за участю МБФ «Альянс громадського здоров'я» впроваджено інноваційний проект з лікування ВГС у представників груп ризику. Протягом 2016 р. повний курс терапії препаратом «Софосбувір» у комбінації з пегільованим інтерфероном та рибавірином пройшли 1 152 особи (95% від залучених до лікування) з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС та моноінфекцією ВГС. Продовжують лікування 35 осіб (3%).

Замісна підтримувальна терапія

На кінець 2016 р. послуги замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) на базі 174 сайтів отримали 9 214 осіб, з яких 7 987 – препаратом «Метадон» таблетованим, 260 – «Метадон» у формі розчину і 967 осіб отримали препарат «Бупренорфін».

Із загальної кількості осіб, що отримують ЗПТ, 41,8% (3856 осіб) є ВІЛ-інфікованими. Одночасно послуги ЗПТ та АРТ отримали 70,4% (2713 осіб).

Аналіз соціально-демографічної характеристики пацієнтів ЗПТ показав, що 81,3% з учасників програми – чоловіки, 18,7% – жінки, середній вік учасників програми становить 38 років, середній стаж вживання наркотичних речовин – 16 років.



Примітка: *без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.

Рис. 2.8.4. Кількість та частка людей, що живуть з ВІЛ та отримують АРТ, від загального числа ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом станом на кінець 2016 р. в Україні, за період 2009–2016 рр.

Доступ до програми ЗПТ суттєво відрізняється в різних регіонах та в цілому є незадовільним. Найкращі показники охоплення послугами ЗПТ мають Сумська (45,2%), Вінницька (44,1%), Житомирська (40%), Полтавська (36,3%) області. Гірші показники демонструють Одеська (8,3%), Запорізька (11,5%), Черкаська (12,7%) та Волинська (13,1%) області.

Послуги ЗПТ надаються на базі центрів СНІДу та спеціалізованих наркологічних закладів.

У 2016 р. впроваджено рецептурну форму видачі ЗПТ і вже 926 пацієнтів отримали препарати в аптеках, у тому числі 328 осіб – за свій рахунок. У стаціонарах дома отримали ЗПТ 248 осіб та ще 973 особи отримали препарати ЗПТ для самостійного прийому в амбулаторних умовах.

Характеризуючи епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції в Україні, слід зазначити, що досягнуті певні ознаки сповільнення епідемічного процесу, зменшення рівнів захворюваності та поширеності серед молодих людей віком 15–24 роки, розширення спектра медичної допомоги для ВІЛ-інфікованих, яка включає лікування ТБ, ВГВ і С, ПСШ, ОІ та інших супутніх хвороб і станів. У цілому завдання Загальнодержавної програми в сфері контролю за епідемією, надання медичної допомоги і соціального супроводу виконані.

2.9. Характеристика служби охорони психічного здоров'я

Частота посттравматичних стресових розладів, у тому числі у військовослужбовців (учасників АТО)

На кінець 2016 р. під наглядом перебувало 16 806 осіб з реакціями на важкий стрес та порушеннями адаптації (шифр за МКХ-10 – F43), з них 738 дітей віком 0–17 років включно (у 2015 р. – 17072 особи, з них 902 дитини). Військовослужбовці (учасники АТО) становили 9,7%, або 1625 осіб, від усієї кількості хворих, з них 0,74% – жінки (12 осіб), 38,1% – сільські жителі (619 осіб).

Осіб з гострою реакцією на стрес (F43.0) на кінець 2016 р. під наглядом знаходилося 2894, з них дітей – 97 осіб, жінок – 1447. З даної групи патології учасників АТО було 89 осіб, або 3,1% (з них жінки – 6 осіб, сільські жителі – 43 особи).

Кількість осіб зі стресовим розладом посттравматичним (F43.1) на кінець 2016 р. становила 3381 усього населення, або 20,12%, з них діти – 82 особи, жінки – 1101 особа. Учасники АТО у даній групі займали 32,6%, або 1102 особи, з них 6 осіб – жінки, 412 – сільські жителі.

Кількість осіб з короткочасною депресивною реакцією (F43.2) становить 56,3% хворих з даною патологією. У абсолютних величинах це 9465 осіб, з них 553 (5,8%) дітей віком 0–17 років включно та 4484 (47,4%) жінки. Учасники АТО з короткочасною депресивною реакцією складають 4,3% даної групи, або 409 осіб, з них лише 4 жінки, 162 сільських жителя, усі дорослі віком 18 років і старші.

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

Мережа психіатричних закладів України

У 2016 р. мережа закладів психіатричної допомоги налічувала 62 психоневрологічні лікарні (як і у минулому році) і 22 психоневрологічні диспансери (скорочення на 1 диспансер порівнянні з 2015 р.).

Кількість психіатричних кабінетів у 2016 р. становила 581 (на 12 кабінетів менше, ніж у 2015 р.), психотерапевтичних кабінетів – 123 (як і у минулому році).

Кількість лікувально-трудових майстерень у 2016 р. становила 17 закладів на 1528 місць (на 2 заклади менше, ніж у 2015 р.).

Кількість денних стаціонарів для хворих з розладами психіки та поведінки залишилась незмінною – 75 закладів із загальною кількістю місць 3214. Кількість місць у 2016 р. збільшилася на 8 місць порівняно з 2015 роком.

Психіатричні ліжка

Забезпеченість населення України психіатричними ліжками у 2016 р. становила 29913 ліжок, або 74,0 на 100 тис. населення. Кількість психіатричних ліжок для дорослих становили 95,4% ліжкового психіатричного фонду, в абсолютних цифрах 28 529 ліжок; психіатричні ліжка для дітей становили 4,6% ліжкового психіатричного фонду, або 1384

ліжка. Крім того, у ЗОЗ України функціонували 230 психосоматичних ліжок (на 10 ліжок більше, ніж 2015 р.).

Порівняно з 2015 р. кількість психіатричних ліжок скоротилась на 1739 ліжок, або на 5,5%, за рахунок психіатричних ліжок для дорослих (скорочення на 5,6%, або 1684 ліжок) та дитячих ліжок (скорочення на 3,8%, або 55 ліжок).

Заклади наркологічної мережі України

Кількість наркологічних лікарень системи МОЗ України на кінець 2016 р. становила 2, що на 1 лікарню менше, ніж у 2015 році. Кількість наркологічних диспансерів – 33 (як і у минулому році). Кількість денних наркологічних стаціонарів – 43 на 1424 місця, що на 20 місць більше, ніж у 2015 р., при цьому кількість закладів збільшилася на 3.

Кількість наркологічних кабінетів становила 510 (на 8 кабінетів менше, ніж у 2015 р.), кількість госпрозрахункових наркологічних кабінетів – 159 (на 3 кабінети менше, ніж у 2015 р.), кабінетів анонімного лікування хворих з наркологічними розладами – 27 (незмінна), підліткових наркологічних кабінетів – 16 (на 1 кабінет більше, ніж у 2015 р.); кількість кабінетів експертизи алкогольного сп'яніння – 44 (на 3 кабінети більше, ніж у 2015 р.), кабінетів антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги – 9 (на 1 кабінет менше, ніж 2015 р.).

Лікарі-наркологи

На кінець 2016 р. у наркологічних закладах України було 1333,5 штатної посади лікаря-нарколога, або 3,13 на 100 тис. населення. Кількість зайнятих посад – 1122, або 2,63 на 100 тис. населення, фізичних осіб – 928, або 2,18 на 100 тис. населення, показник укомплектованості штатних посад фізичними особами склав 69,6%.

Порівняно з 2015 р. кількість штатних посад зменшилась на 1,5%, або на 20 посад (порівнюються абсолютні числа), кількість зайнятих посад зменшилась на 2,18%, або на 25 посад, кількість фізичних осіб зменшилась на 0,64%, або на 6 осіб, укомплектованість зросла на 0,6%.

Кількість лікарів-психіатрів у закладах охорони здоров'я

У психіатричних закладах України на 31.12.2016 штатні посади лікарів-психіатрів склали 3264,75 посади, або 7,67 на 100 тис. населення, їх займали 2897,25 лікарів-психіатра, що становило 6,80 на 100 тис. населення; фізичні особи, які займали ці посади склали 2499 осіб, або 5,87 на 100 тис. населення, укомплектованості штатних посад фізичними особами склала 76,54%.

Порівняно з 2015 р. кількість штатних посад у 2016 р. зменшилися на 1,9% (порівнюються абсолютні числа), зайняті посади зменшилися на 2,2%, кількість фізичних осіб зменшилася на 2,2%, або на 67,0%, укомплектованість знизилася на 0,26%.

Дитячі психіатри

Із загальної кількості посад штатні посади дитячих психіатрів у 2016 р. становили 386 посад (5,07 на 100 тис. дитячого населення), зайняті посади – 326,5 посади (4,29 на 100 тис. дитячого населення); фізичні особи – 290 осіб (3,81 на 100 тис. дитячого населення), укомплектованості штатних посад фізичними особами становить 75,13%.

Порівняно з 2015 р. кількість штатних посад зменшилась на 2,12%, зайнятих посад – на 1,83%, фізичних осіб – на 1,3%, укомплектованість зросла на 0,61%.

Психотерапевти

Кількість лікарів-психотерапевтів у цілому в усіх закладах охорони здоров'я України у 2016 р. становила 239 штатних посад (0,56 на 100 тис. населення), зайнятих посад – 168,75 (0,40 на 100 тис. населення), фізичних осіб – 153 осіб (0,36 на 100 тис. населення), укомплектованість штатних посад фізичними особами становила 63,95%.

Порівняно з 2015 р. кількість штатних посад зменшилася на 3,45%, або на 6,75 посади, кількість зайнятих посад зменшилась на 3,5 посади, кількість фізичних осіб зменшилася на одну посаду, укомплектованість зросла на 1,35%.

Психотерапевти у психіатричній службі

Кількість штатних посад психотерапевтів у психіатричній мережі у 2016 р. становила 115,25 посади (на 11,75 посади більше, ніж у 2015 р.) і займала 48,17% від кількості психотерапевтів у загальній мережі; кількість зайнятих посад становила 81 (на 10,25 посади більше, ніж у 2015 р.) і займала 48,0% кількості психотерапевтів у загальній мережі, фізичних осіб – 74 (на 8 осіб більше, ніж у 2015 р.), або 48,4% усіх психотерапевтів. Укомплектованість штатних посад фізичними особами у психіатричній мережі становить 64,2% (2015 р. – 63,8%).

Лікарі-психологи у загальній мережі

Кількість штатних посад лікарів-психологів у цілому в усіх ЗОЗ України у 2016 р. складала 224,75 посади, або 0,53 на 100 тис. населення України, це більше на 1,9%, або на 2,75 посади, ніж у 2015 р., зайнятих – 172,25 посади, або на 0,40 на 100 тис. населення (на 1,75 посади більше, ніж у 2015 р.). Фізичних осіб – 161, або 0,38 на 100 тис. населення (на 2,6%, або на 4 посади менше, ніж у 2015 р.).

Лікарі-психологи у психіатричній службі

У 2016 р. лікарі-психологи займали 100,75 штатної посади у психіатричній мережі (на 16,25 посади більше, ніж у 2015 р.) і становили 44,8% лікарів-психологів усієї системи МОЗ України, 79,75 зайнятої посади (на 11,25 посади більше, ніж у 2015 р.), їх кількість становила 46,3% лікарів-психологів усієї системи МОЗ України, або 82 фізичні особи (на 12 осіб більше, ніж у 2015 р.), їх кількість становила 50,9% лікарів-психологів усієї системи МОЗ України. Укомплектованість фізичними особами штатних посад у психіатричній мережі становила 81,4% (у 2015 р. – 82,8%).

Психологи у психіатричній службі

Кількість штатних посад психологів у психіатричній мережі у 2016 р. становила 443,5 посади, або 1,04 на 100 тис. населення (на 17,4% більше, ніж у 2015 р.), кількість зайнятих посад – 427 посад, або 1,00 на 100 тис. населення (на 3,3% більше, ніж у 2015 р.). Кількість фізичних осіб – 429, або 1,01 на 100 тис. населення (на 2,6% більше, ніж у 2015 р.).

Захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки

На захворювання класу F за МКХ-10 – «Розлади психіки та поведінки» (наркологія: диспансерна і профілактична групи нагляду; психіатрія: диспансерна і консультативна групи нагляду) – у 2016 р. в Україні загалом страждали 191729 осіб, або 450,2 особи на 100 тис. населення, що на 1,01% менше, ніж у 2015 році.

Поширеність розладів психіки та поведінки (психіатрія і наркологія) за тими ж групами нагляду у 2016 р. становила 1667869 осіб, або 3916,0 на 100 тис. населення (на 0,42% менше, ніж у 2015 р.).

Захворюваність на розлади психіки та поведінки (диспансерна і консультативна групи нагляду) у 2016 р. становила 80870 осіб, або 189,1 на 100 тис. населення, що на 4,9% менше, ніж у 2015 році.

Поширеність розладів психіки та поведінки (диспансерна і консультативна групи нагляду) у 2016 р. становила 981635 осіб, або 2295,7 на 100 тис. населення (на 0,49% менше, ніж у 2015 р.).

Захворюваність на наркологічні розлади (диспансерна група нагляду) у 2016 р. становила 33203 особи, або 78,0 на 100 тис. населення (на 2,35% більше, ніж у 2015 р.).

Поширеність наркологічних розладів (диспансерна група нагляду) в Україні у 2016 р. становила 532400 осіб, або 1250,0 на 100 тис. населення (на 0,54% менше, ніж у 2015 р.).

Інвалідність внаслідок розладів психіки та поведінки

Кількість осіб із розладами психіки та поведінки, які визнані інвалідами первинно, у 2016 р. в Україні сягала 9890 осіб, або 23,2 на 100 тис. населення. Порівняно з 2015 р. показник знизився на 2,5%.

Контингент осіб з розладами психіки та поведінки, які мали інвалідність на кінець 2016 р., становив 261056 осіб, або 612,9 на 100 тис. населення (на 1,43% більше, ніж у 2015 р.). Цей контингент осіб у 2016 р. склав 26,6% від усієї кількості осіб з розладами психіки та поведінки, які знаходились під диспансерним і консультативним наглядом у психоневрологічних закладах України.

Госпіталізована захворюваність (психіатрія)

Кількість осіб із розладами психіки та поведінки, які надійшли у психіатричні стаціонарні ЗОЗ системи МОЗ України, у 2016 р. становила 178696 осіб, або 419,6 на 100 тис. населення (на 2,6% менше, ніж у 2015 р.). Ця кількість становила 18,4% від кількості осіб з розладами психіки та поведінки, які перебували під наглядом.

Повторно госпіталізовані особи з розладами психіки та поведінки протягом 2015 р. становили 24,1% (у 2015 р. – 23,7%) від кількості усіх госпіталізованих з розладами психіки та поведінки, госпіталізовані у примусовому порядку – 2,43% (у 2014 р. – 1,8%) від усіх госпіталізованих осіб з розладами психіки та поведінки. Госпіталізовані вперше у житті 20,76% від усіх госпіталізованих (у 2015 р. – 20,34%).

Госпіталізована захворюваність (наркологія)

У наркологічні і психіатричні стаціонари України у 2016 р. госпіталізовано 115 157 осіб із розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин, або 270,38 на 100 тис. населення (показник зріс на 2,5% порівняно з 2015 р.).

Кількість госпіталізованих осіб з диспансерної групи нагляду становила 85,2 (2015 р. – 88,0%) усіх госпіталізованих з розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин, повторність надходження до усіх госпіталізованих з наркологічними розладами у даному році складала 25,6% (у 2015 р. – 24,0%), уперше в житті госпіталізовано у стаціонари 45,4% від усіх госпіталізованих з наркологічними розладами (у 2015 р. – 43,8%). Питома вага госпіталізованих до осіб з розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин під наглядом – 16,6% (у 2015 р. – 16,12%). Кількість осіб з вищезгаданими розладами, госпіталізованих у примусовому порядку, становила 0,27% від усіх госпіталізованих з наркологічними розладами (у 2015 р. – 0,28%).

Надання медичної допомоги військовослужбовцям – учасникам АТО внаслідок здійснення навмисного самоушкодження (суїцидальної спроби) у 2016 році

Протягом 2016 р. лікувальними закладами підпорядкування МОЗ України надавалась медична допомога військовослужбовцям (учасникам АТО), які здійснили навмисне самоушкодження (суїцидальну спробу).

Усього у 2016 р. з цього приводу було проліковано 12 осіб (29 у 2015 р.), у т.ч. чоловіків – 12 осіб (27 – 2015 року). За віком вони розподілились наступним чином: 21–30 років – 7 осіб; 31–40 років – 4 особи; 41–50 років – 1 особа. Переважна більшість з них (11 осіб) здійснила суїцидальну спробу вперше. Серед механізмів суїциду найчастіше зустрічались повішання, отруєння (по 4 особи) вогнепальні поранення (1 особа), пошкодження вен (1 особа), інші механізми суїциду 2 особи. Усього ними було проведено 131 ліжко-день. З усіх осіб, госпіталізованих через суїцидальні спроби, чотири особи госпіталізовані за направленням лікарів Міністерства оборони України.

2.10. Стан проблеми алкоголізації населення України

ВООЗ у «Доповіді про ситуацію в області неінфекційних захворювань у світі 2014 р. Досягнення дев'яти глобальних цілей по НІЗ, загальна відповідальність» поставила перед суспільством для вирішення проблеми подолання навали НІЗ 9 глобальних цілей, серед яких фігурує «Глобальна ціль 2. Скорочення шкідливого вживання алкоголю щонайменше на 10% до 2025 р.». Таким чином, проблема запобігання алкоголізації населення розглядається як одна з головних цілей боротьби з НІЗ.

За даними ВООЗ, у 2012 р. вживання алкоголю стало причиною майже 5,9% (3,3 млн) усіх смертей у світі і втратою 5,1 року життя (з поправкою на інвалідність). Шкідливе вживання алкоголю є причинним фактором понад 200 порушень здоров'я, пов'язаних з хворобами і травмами. Споживання алкоголю призводить до смерті та інвалідності на більш ранніх стадіях життя. Серед людей віком 20–39 років приблизно 25% усіх випадків смерті пов'язані з алкоголем. Світове споживання алкоголю на 1 особу старше 15 років у 2010 р., за оцінками, становило 6,2 л чистого алкоголю (відповідає 13,5 г чистого спирту на день).

Проблема алкогольної залежності є не менш актуальною й для України. Складність її вирішення полягає в тому, що алкоголь є невід'ємною частиною нашого культурного та економічного життя.

Тверезий спосіб життя наразі властивий меншій частині населення України. Соціологічні дослідження щодо ставлення населення до алкоголю, які проводилися в

Україні, неодноразово це підтверджували. Дослідницька компанія Research & Branding Group при опитуванні 1799 респондентів старше 18 років (похибка вибірки становила 2,4%) у 24 областях України та м. Києві, проведеному 2–13 вересня 2016 р., отримала наступні результати. Лише чверть опитаних ніколи не вживала спиртні напої і не вживає їх на даний час. Решта респондентів (75%) вживає спиртне зараз (57%) або вживала раніше (18%). Загалом алкогольні напої сьогодні вживають 68% чоловіків і 48% жінок. Тривогу викликає той факт, що перше знайомство зі спиртними напоями відбувається досить рано: кожен шостий (16%) респондент зі смаком алкоголю в підлітковому віці (14–15 років) або навіть у дитинстві (до 14 років), а 48% респондентів у віці 16–18 років. Загалом найчастіше вживають алкоголь опитані у віці від 30 до 39 років (70%), а найменше – ті, кому виповнилося 60 років (42%). У частоті споживання спиртного спостерігається значна гендерність: про вживання алкоголю кілька разів на тиждень заявили 16% чоловіків і тільки 5% жінок, а про його вживанні на рівні 2–3 разів на місяць – 40% чоловіків і лише 23% жінок.

Щодо алкогольних напоїв уподобання опитаних розподілилися наступним чином: пиво та горілка – 49%, сухі вина – 27%, шампанське – 19%, коньяк і бренді – 18%, міцні вина – 17% тощо. Молодь у віці до 30 років частіше за інші вікові групи споживає пиво (62%). Горілку переважно п'ють люди, які мають порівняно невисокий рівень освіти (не вище загальної середньої).

Уживання алкоголю опитані здебільшого пояснювали традицією відзначати будь-яке свято (73%), а також для розслаблення (24%) або «за компанію» (15%). Тому не дивно, що алкоголь наразі знаходиться серед найбільш популярних продуктів харчування українських громадян. Наприклад, у 2016 р. було вироблено 188,7 млн дал алкогольних напоїв (без вина), тобто на третину більше порівняно з молоком рідким обробленим (пастеризованим, стерилізованим), йогуртом тощо, яких було вироблено майже 1,4 млн тонн.

Витрати населення на алкоголь – це показник алкогольної ситуації. За даними Держстату України, за період з 2010 по 2015 роки щорічні витрати населення на спиртне та тютюн залишалися практично стабільними – на рівні 3,3–3,5% від сукупних витрат домогосподарств (без урахування витрат на придбання спиртного при харчуванні поза домом: ресторани, бари, кафе тощо).

За рівнем споживання спиртного (легального) Україна, за даними ВООЗ, займає одне з провідних місць у Європі (табл. 2.10.1).

Таблиця 2.10.1

Споживання алкогольних напоїв в Україні порівняно з ЄР та країнами ЄС у 2012–2014 рр.

Країна (регіон)	Рік		
	2012	2013	2014*
<i>Споживання міцних алкогольних напоїв на 1 особу від 15+ років, літрів чистого спирту на рік</i>			
Україна	4,19	4,32	4,22
Європейський регіон	2,71	2,61	2,51
Країни ЄС	2,17	2,22	2,15
Мінімум	0,51 ¹	0,49 ¹	0,48 ¹
Максимум	5,62 ²	5,72 ²	5,79 ²
Місце України	8 (серед 45 країн)	7 (серед 47 країн)	15 (серед 38 країн)
<i>Споживання вина на 1 особу від 15+ років, літрів чистого спирту на рік</i>			
Україна	0,73	0,72	0,72
Європейський регіон	2,52	2,44	2,46
Країни ЄС	3,77	3,69	3,73
Мінімум	0,12 ¹	0,13 ¹	0,13 ¹

Максимум	7,88 ³	6,5 ⁴	6,4 ⁴
Місце України	36 (серед 47 країн)	37 (серед 47 країн)	29(серед 38 країн)
<i>Споживання пива на 1 особу від 15 + років, літрів чистого спирту на рік</i>			
Україна	3,27	3,21	2,94
Європейський регіон	3,42	3,33	3,38
Країни ЄС	4,08	3,99	4,09
Мінімум	0.25 ⁵	0,19 ⁶	0,51 ⁵
Максимум	6,96 ⁷	6,9	6,93
Місце України	24 (серед 46 країн)	24 (серед 47 країн)	20 (серед 39 країн)
<i>Щорічне споживання алкоголю на 1 особу від 15+ років, літрів чистого спирту на рік</i>			
Україна	8,19	8,25	7,88
Європейський регіон	8,65	8,38	8,35
Країни ЄС	10,02	9,9	9,97

Примітки: * рік, за який останні дані; 1 – Туреччина, 2 – РФ, 3 – Португалія, 4 – Франція, 5 – Вірменія, 6 – Азербайджан, 7 – Чехія.

До своєї 140-ї сесії ВООЗ оприлюднила низку звітів, зокрема черговий звіт про рівень споживання алкоголю у 191 країні світу. За показником загального споживання алкогольних напоїв (легального і нелегального у перерахунку на літри абсолютного спирту на душу населення) Україна входить у першу десятку питущих країн світу: Молдова (17,4), Білорусь (17,1), Литва (16,2), Росія (14,5), Чехія (14,1), Україна (13,9), Андорра (13,8), Румунія (12,9), Сербія (12,6) та Австралія (12,6). Слід зазначити, що споживання алкоголю в Україні поступово зменшується. За період 2003–2005 рр. українці споживали в середньому 14,3 літра чистого спирту на душу населення, старшого за 15 років, а за період 2008–2010 рр. цей показник знизився до 13,9 літра.

Індикатором стану алкогольної проблеми в країні є рівень поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю (табл. 2.10.2.).

Таблиця 2.10.2

Захворюваність та поширеність розладів психіки та поведінки через вживання алкоголю у 2011 р., 2012 р. і 2015 р.

Найменування розладів	2011		2012		2015	
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.
<i>Кількість осіб із вперше в житті встановленим діагнозом психічних та поведінкових розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю</i>						
<i>Контингент осіб під профілактичним наглядом</i>						
Гостра інтоксикація та розлади психіки зі шкідливими наслідками через уживання алкоголю	92446	202,7	86 567	190,45	67773	158,5
<i>Контингент осіб під диспансерним наглядом</i>						
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	41684	91,4	39 445	86,78	28921	67,6
Разом	134130	294,1	126012	277,2	96694	226,1
<i>Поширеність розладів психіки та поведінки через вживання алкоголю</i>						
<i>Контингент осіб під профілактичним наглядом</i>						
Гостра інтоксикація та розлади психіки зі шкідливими наслідками через уживання алкоголю	170784	374,54	161930	356,26	129830	303,6
<i>Контингент осіб під диспансерним наглядом</i>						
Розлади психіки та поведінки через уживання	600280	1316,46	584961	1286,95	475670	1112,4

алкоголю						
Разом	771064	1691,0	746891	1643,2	605500	1416,1

Хоча за останні роки рівень захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю дещо знизився, однак усе ще залишається високим. Проте зниження захворюваності за всіма нозологіями, пов'язаними з алкоголем, стало підставою для Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України стверджувати, що «в Україні відбувається зниження обсягів вживання алкоголю, оскільки зменшення захворюваності на заєжність від алкоголю, так як і алкогольні психози, є станами, які не можуть бути прихованими».

Імовірно, немає такого класу хвороб, на показники якого не впливає зловживання етанолом. Тільки пряма смертність внаслідок отруєнь етанолом, алкогольних цирозів печінки, алкогольних психозів тощо на Україні протягом багатьох років щорічно становить не менше 1,5–2,0% від загальної смертності. Так, за даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2015 р. померло від розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю 729 осіб (без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя та частини зони проведення АТО), дегенерації нервової системи, спричиненої вживанням алкоголю, – 671 особа, алкогольної поліневропатії – 4 особи, алкогольної кардіоміопатії – 3414 осіб, алкогольної хвороби печінки – 1755 осіб, хронічного алкогольного панкреатиту – 22 особи, випадкового отруєння та дії алкоголю – 2982 особи. Тобто пряма алкогольна смертність (майже 9,6 тис. випадків) у 2015 р. складала 1,6% загальної смертності.

Україна належить до європейських країн з високим рівнем суїцидів. За даними ВООЗ, самогубства серед питущих відбуваються у 80 разів частіше, ніж серед тверезників. Таку ситуацію неважко пояснити тими глибокими змінами, що відбуваються в мозку під впливом тривалого прийому спиртних напоїв.

Алкоголь безпосередньо впливає на рівень злочинності в Україні. Так, у 2014 р. було зареєстровано понад 529 тис. злочинів, 17% злочинців були під дією алкоголю, а у 2015 р. – майже 565,2 тис. злочинів та 13,3% злочинців відповідно.

Структура споживання спиртного в країні останніми роками залишається практично без змін: міцні алкогольні напої – 48%, пиво – 40%, вина – 8,0%, інші напої із вмістом спирту – 3,0%. Така модель споживання алкоголю (північний тип) в Україні (акцент на споживанні міцних алкогольних напоїв) значно відрізняється від моделі споживання спиртного (західний тип), прийнятої у більшості країн ЄС, де перевага надається вину, пиву та іншим слабоалкогольним напоям. Споживання міцних алкогольних напоїв значно шкідливіше для здоров'я, ніж слабоалкогольних. Такій моделі сприяє вітчизняне виробництво алкогольних напоїв. Незважаючи на спад виробництва алкогольних напоїв, який спостерігається останніми роками, воно, як і в попередні роки, орієнтовано переважно на виробництво міцних алкогольних напоїв (табл. 2.10.3). Тому найбільш значущими сегментом ринку алкогольних напоїв, як і раніше, залишається горілка. Водночас слід зазначити, що скорочення виробництва алкогольних напоїв, насамперед міцних, є одним із позитивних факторів, що свідчить про прогнення України інтегруватися у європейське співтовариство.

Тенденція до скорочення легального виробництва алкогольних напоїв не свідчить про зменшення їх споживання, бо не враховує ринок фальсифікату та тінювих виробників.

Частка тіньового сегменту алкогольного ринку, як вважають деякі представники легального алкогольного бізнесу (О. Івушкіна, генеральний директор компанії Eastern Beverage Trading), за останні роки зросла з 15–20% до 45–59%, а держава на цьому втрачає майже 10 млрд грн на рік. У розвинених країнах тіньовий ринок алкоголю і тютюну складає до 10%.

Таблиця 2.10.3

Виробництво алкогольних напоїв в Україні у 2009–2016 рр. (млн дал)

Алкогольні напої	Рік							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Горілка, інші міцні спиртні напої	43,3	42,4	33,3	33,8	28,0	21,9	18,7	14,8
Лікери, солодкі наливки, спиртові настоянки, горілка інша, інші спиртні напої	12	11,5	12,0	11,4	11,5	10,4	8,8	4,7
Коньяки, бренді	3	3,2	4,3	4,6	4,5	2,6	2,8	2,3
Вино (виноградне, плодово-ягідне та іскристе)	27	36,1	21,8	18,0				
Пиво солодове (крім пива безалкогольного і пива з вмістом алкоголю не більше 0,5%)	300,3	310,1	305,1	300,0	274,0	241,0	194,2	166,9

Примітка: без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення АТО.

Контрафактна алкогольна продукція має соціальний аспект. Адже споживання підроблених спиртних виробів може призводити до отруєнь та важких захворювань, насамперед, коли замість етилового використовується метиловий спирт. Так, за даними ЗМІ, станом на 3 листопада 2016 р. в Україні було зареєстровано 144 випадки отруєнь фальсифікованим алкоголем (метиловим спиртом), з них 67 – летальні. Перші смерті внаслідок отруєння алкоголем були зафіксовані в Харківській області 22 вересня. Згодом летальні випадки від отруєння зафіксували в Донецькій, Запорізькій, Луганській, Миколаївській, Житомирській та Дніпропетровській областях.

У цілому за останні два роки від отруєння алкоголем, за даними Держстату України, постраждало 2170 осіб та 2272 особи у січні-листопаді 2016 р. та січні-листопаді 2015 р. відповідно, що складає по 0,4% від загальної смертності населення України.

Для боротьби з контрафактним алкоголем є різні шляхи:

посилити перевірки на всіх етапах, починаючи від виробництва до транспортування, зберігання і закінчуючи роздрібним продажем;

опустити ціни на легальний алкоголь до того рівня, щоб купувати нелегальні алкогольні напої було просто невигідно;

підвищити мінімальні роздрібні ціни на алкогольні напої, це «підвищить ефективність боротьби з тіньовим ринком алкоголю і, як наслідок, суттєво знизить кількість отруєнь сурогатом».

Постановою Кабінету Міністрів України від 9.11.2016 р. уряд прийняв рішення здійснити коригування мінімальних цін на алкогольні напої, наприклад МРЦ за пляшку горілки 0,5 літра вмістом спирту 40% було підвищено з 54,90 до 69,78 гривень, або на 27,1%. Проте дієвість цього заходу сумнівна. Враховуючи простоту виготовлення міцного алкоголю, значну маржу прибутку і слабку систему контролю за обігом контрафактної алкогольної продукції, МРЦ може стати могутнім стимулом як для тіньового ринку, так і для його сурогату. Слід також враховувати, що цей захід, безумовно, стимулюватиме

самогоноваріння. Як вважає ВООЗ, українці займають друге місце у світі за споживанням незареєстрованих алкогольних напоїв, зокрема горілки.

Вагоме місце серед причин ДТП на сьогодні належить вживання алкоголю (табл. 2.10.4).

Таблиця 2.10.4

Кількість ДТП, скоєних водіями у нетверезому стані в Україні*

Рік	Кількість ДТП, скоєних водіями у нетверезому стані	% від загальної кількості ДТП	у% до минулого року
2012	6962	3,5	+10,4
2013	7652	4,0	+9,9
2014	7947	5,2	+3,9
2015	7796	5,6	-1,9
2016	8129	5,3	+10,4

Примітка: враховуються лише випадки, коли водії пройшли експертизу на вживання алкоголю.

У 2016 р. у чинному законодавстві відбулися чергові зміни стосовно посилення відповідальності за водіння ТЗ у нетверезому стані. Законом України «Про внесення змін до Кодексу України про адміністративні правопорушення щодо посилення відповідальності за керування транспортними засобами в стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції» від 26.11.2016 р. відповідальність за водіння у нетверезому стану була вкотре посилена (останніми роками це відбулося у 2008 р. та 2013 р.). Однак порівняно з аналогічним законодавством багатьох країн, насамперед США, Японії, Канади, країн ЄС, вітчизняне законодавство залишається більш ліберальним щодо покарання за водіння ТЗ у нетверезому стані (табл. 2.10.5).

Таблиця 2.10.5

Штрафи за водіння ТЗ у нетверезому стані в різних країнах

Країна	Допустимий рівень вмісту алкоголю (проміле)	Розмір штрафу (€)
Польща	0,2	від 250 до 1250
Великобританія	0,8	3550,0
Ірландія	0,5	5000,0
ФРН	0,5	від 500,0 (вперше) – 1000,0 (повторно) до 3000,0 (втретє)
Італія	0,5	від 500,0 до 2000,0
	більше 0,8	від 800,0 до 3200,0
	більше 1,5	плюс позбавлення прав на 1–2 роки
Канада	0,8	450,0
КНР	0,5	від 60,0 до 230,0, додатково можливе ув'язнення на 15 днів і позбавлення прав на 3–6 місяців
РФ	0,3	від 680,0
США	0,8	від 300,0 до 760,0
Фінляндія	до 0,5	від 90,0 (залежить від розміру щомісячного доходу порушника) і позбавлення прав на 1–3 місяці
	більше 1,2	від 360,0 (залежить від розміру щомісячного доходу порушника)
Японія	0,5	6600,0
Україна	0,2	первинно: штраф до 600 НМДГ (10200 грн) і позбавлення права керування ТЗ на 1 рік

		повторно протягом року: до 1200 НМДГ (20400 грн) і позбавлення права керування ТЗ на 3 роки
		втретє протягом року: 10 років позбавлення права керування ТЗ і штраф до 2400 НМДГ

Слід зазначити, що в Україні на законодавчому рівні до цього часу не зовсім відпрацьований механізм стягнення штрафів, а отже не спрацьовує невідворотність покарання. У деяких країнах вже давно існує практика, коли водій набирає певну суму несплачених штрафів, його забирають до дільниці і тримають доти, доки за нього не внесуть заставу. Тому Кодекс про адміністративні порушення вимагає змін у цьому напрямку.

Світовий досвід довів роль у протидії алкоголізації населення алкогольних акцизів. Адже акцизний податок – це податок на споживання, який ставиться з розряду непрямих податків, тобто насправді платником акцизу є споживач підакцизного товару, а продавці/виробники виступають лише в якості податкових агентів. За своєю природою акцизний податок належить до економічних податків, завдання яких – регулювання споживання. Наприклад, акциз на алкогольні напої покликаний регулювати споживання алкоголю. В Україні акцизи вже давно втратили свою суть і перетворилися на фіскальні збори, мета яких, як, власне, і всіх податків в Україні, – наповнити бюджет. Підвищення акцизів на паливо, цигарки та алкоголь – перше, до чого вдається держава, яка зазнає проблем із наповненням бюджету. Адже це товари так званого «нееластичного попиту» – зростання ціни на них не призводить до істотного зменшення продажу.

Незважаючи на скорочення обсягу легального виробництва алкоголю, завдяки збільшенню ставок акцизу, надходження до державного бюджету, за офіційними даними, мають тенденцію до зростання (табл. 2.10.6).

Таблиця 2.10.6

**Надходження до державного бюджету України від акцизів
на вітчизняну алкогольну продукцію (млн грн)**

Алкогольні напої	Рік										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Спирт											82,2
Лікєро-горілчана продукція	1097	1629	2083	2504	2915	3532	4174	5364	4439	4694	5 419
Виноробна продукція	256	181	233	250	307	254	316	500	467	578	939
Пиво	344	396	547	626	864	859	1138	1759	1987	2144	2363
Усього	1697	2206	2863	3380	4086	4645	5628	7623	6893	7416	8803

У 2015 р., наприклад, акцизи на вітчизняну алкогольну продукцію становили 2,15% від загального обсягу податкових надходжень до загального та спеціального фондів.

Слід також враховувати, що деякі нововведення в акцизній сфері останніх років дещо сумнівні щодо запобігання алкоголізації населення. Так, у зв'язку з децентралізацією влади з 1 січня 2015 р. відповідно до прийнятих положень Податкового кодексу, з продажу всіх підакцизних товарів встановлюється новий 5% акцизний податок, який передається до компетенції місцевих органів влади. Більш ймовірно такий крок не буде сприяти заходам

боротьби з алкоголізацією населення, насамперед протидії маркетингу алкоголю, тому що місцева влада буде безпосередньо зацікавлена у якнайбільшій реалізації останнього.

Підвищення вартості алкогольних напоїв в країні відбувається щорічно. Наприклад, індекси споживчих цін на алкогольні напої та тютюнові вироби з 2010 р. змінювалися наступним чином (порівняно із загальним індексом споживчих цін): 2010 р. – 125,6% (109,4%), 2011 р. – 116% (108%), 2012 р. – 107,5% (100,6%), 2013 р. – 108,4% (99,7%), 2014 р. – 116,7% (112,1%), 2015 р. – 133,2% (148,7%), 2016 р. – 112,6% (113,9%). Однак в останні два роки індекс споживчих цін на алкоголь був меншим за індекс споживчих цін. Тим самим останній став дещо доступнішим для населення.

До цього часу в Україні відсутній будь-який механізм фінансування заходів антиалкогольного спрямування. Водночас світовий досвід показав, що найбільш доцільним шляхом його вирішення при прийнятті бюджету країни на наступний рік є визначення відсотку відрахувань від розміру саме алкогольних акцизів.

В Україні рекламування алкогольних напоїв регламентоване Законом України «Про рекламу» та загалом доволі обмежене. Однак сьогодні, за прикладом країн ЄС, для компенсації цих обмежень заклади торгівлі, громадського харчування тощо стали використовувати різноманітні маркетингові комунікації для просування алкогольної продукції. Для цього починають ширше використовуватися мерчандайзинг – система заходів, що проводяться в закладі (магазин тощо) і спрямовані на те, щоб покупцеві було зручно, приємно і вигідно робити покупки; технології продакт плейсмент – розміщення не тільки для показу чи опису певної торговельної марки або самого товару чи послуги в художньому творі (кінофільмі, телевізійному фільмі, телевізійній програмі, відеокліпі, мультиплікаційному фільмі, книзі тощо), але й тому, щоб надалі цей продукт на підсвідомому рівні асоціювався з героєм або сюжетом художнього твору (фільму, книги, відеокліпу). Ось чому, наприклад, використовуються нестандартної форми товар або упакування. У даному випадку спрацьовує ефект новизни: людина схильна швидко помічати все нове і незвичайне в своєму оточенні. Тому нестандартний, оригінальний за формою товар або упаковка будуть швидко помічені покупцем. У туристичних центрах стали використовувати для просування престижних марок алкогольних напоїв не тільки належне упакування та оформлення, але й видавати їх як «сувеніри для дорослих». Або для розміщення свого престижного горілчаного бренду «Перша гільдія» компанія «Баядера Груп» обрала цільовою аудиторією комунікативного впливу за технологією продакт плейсмент глядачів інтелектуальної телегри «Що? Де? Коли?».

Тому, на відміну від України, в багатьох країнах світу почали застосовувати заходи щодо обмеження привабливості алкоголю шляхом заборони маркетингових заходів алкогольних напоїв. Європейський план дій щодо скорочення шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр., прийнятий 53 країнами-членами Європейського регіону ВООЗ, наголошує на необхідності законодавчих обмежень, здатних убезпечити споживачів від вживання алкоголю, зокрема йдеться і про маркетингові заходи: «Існує багато способів обмеження впливу комерційної комунікації – від обмеження асоціації алкоголю з гумором та гламуром й іншими привабливими для молоді аспектами до обмеження спонсорства, реклами на телебаченні та в кіно, навіть до повної заборони реклами та стимулювання продажу».

На жаль, різноманітні маркетингові комунікації, які використовуються для просування алкогольної продукції, наразі слабо відображені у чинному законодавстві, насамперед у Законі України «Про рекламу».

Зменшення тягаря викликаних алкоголем проблем, як свідчить міжнародний досвід, можливе шляхом не окремих заходів, а тільки застосування комплексного підходу. За даними ВООЗ, наразі 76 країн світу вже мають документи щодо національної політики стосовно алкоголю, а 52 з них вже уживають заходи з її реалізації. Україна до числа таких країн не належить.

Таким чином, тверезий спосіб життя наразі притаманний меншій частині населення України. Попит на спиртні напої протягом багатьох років залишається стабільним.

Алкоголь є фактором, що відчутно впливає на здоров'я населення. Модель споживання спиртного населенням України – північний тип – протягом багатьох років залишається незмінною та є більш шкідливою для здоров'я порівняно із західним типом. Підвищення акцизу на алкогольні напої – основний метод зменшення алкоголізації населення в Україні на сьогодні. Посилення відповідальності за водіння ТЗ у нетверезому стані у чинному законодавстві значно нівелюється через недосконалість механізму стягнення штрафів, що передбачає Кодекс про адміністративні порушення. Заходи щодо недопущення використання метилового спирту у виробництві нелегальної алкогольної продукції недостатньо ефективні. Протидія різноманітним маркетинговим комунікаціям, що використовуються для просування алкогольної продукції, слабо відображена у чинному законодавстві, насамперед у Законі України «Про рекламу».

Механізм фінансування заходів антиалкогольного спрямування в країні до цього часу не розроблений. Комплексний підхід до вирішення цієї проблеми не застосовується.

2.11. Наркологічні проблеми здоров'я населення

Актуальність питань моніторингу та аналізу наркологічного здоров'я населення обумовлена тим, що серед численних чинників ризику розвитку НІЗ нездорове споживання алкоголю займає особливе місце. У світовому вимірі алкоголь є причиною значного числа смертей, яке у 2014 р. досягло 3,3 млн. А число втрачених років життя через нездоров'я, інвалідність та передчасну смертність внаслідок зловживання алкоголем становить 5,1% загального глобального тягаря хвороб. У Європейському регіоні ВООЗ внесок алкоголю у формування глобального тягаря хвороб досягає 10,8%, а питома вага у загальній структурі смертності становить 6,3%. Понад 200 різних захворювань етіологічно пов'язані з нездоровою алкогольною поведінкою.

Значущість алкоголю у формуванні загального рівня нездоров'я населення потребує пильної уваги фахівців медичної сфери до цього чинника ризику розвитку НІЗ та застосування стратегій міжсекторальної взаємодії у питаннях скорочення нездорового вживання алкоголю і забезпечення наркологічного здоров'я населення.

З огляду на причинно-наслідкову зумовленість та медико-соціальну значущість вживання алкоголю і масштаби пов'язаних з ним порушень здоров'я, у т.ч. розвитку НІЗ, наркологічних захворювань, травматизму тощо, моніторинг наркологічного здоров'я є невід'ємною складовою програм боротьби з нездоровим вживанням алкоголю.

Результати медико-статистичного аналізу наркологічної ситуації в країні впродовж 2005–2015 рр. виявили, що захворюваність населення на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин мала тенденцію до скорочення на 37,6%. Поширеність наркологічних розладів серед населення також скоротилася, хоча значно меншими темпами.

Позитивні тенденції до зменшення захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин були притаманні основним групам наркологічних захворювань. Так, захворюваність населення України на гострі психотичні алкогольні розлади зменшилася за вказаний період на 76,5%, на хронічні алкогольні синдроми – на 29,4%, на наркоманії – на 29,9%.

Регіональні показники захворюваності на наркологічні розлади суттєво відрізнялися. Найбільш несприятливу ситуацію щодо рівнів наркологічної захворюваності у 2015 р. було виявлено у Київській (172,5 на 100 тис.), Хмельницькій (126,4 на 100 тис.), Миколаївській (117,1 на 100 тис.), Луганській (113,6 на 100 тис.), Вінницькій (109,6 на 100 тис.) областях, де показники перевищували середній в країні (83,7 на 100 тис.) у 1,3–2,1 разу. Суттєво нижчими за національний показник були рівні наркологічної захворюваності у м. Київ (27,4 на 100 тис.), Харківській (36,9 на 100 тис.), Донецькій (52,2 на 100 тис.) областях.

Поширеність наркологічних захворювань досягла у 2015 р. 1379,9 випадку на 100 тис. Надзвичайно несприятлива ситуація склалася у Чернігівській (1853,4 на 100 тис.), Хмельницькій (1848,0 на 100 тис.), Кіровоградській (1676,5 на 100 тис.), Луганській (1560,6 на 100 тис.), Одеській (1539,4 на 100 тис.) областях, де рівень поширеності перевищував середній в країні рівень на 11,6–34,3%. Водночас у Дніпропетровській, області показник поширеності розладів психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин становив 962,3 випадку на 100 тис., що на 43,4% менше національного показника.

Відомо, що дуже інформативними щодо дійсних рівнів захворюваності населення на наркологічні розлади є показники захворюваності на гострі алкогольні розлади. Аналіз захворюваності населення на алкогольні психози у регіональному аспекті виявив високі її рівні у Черкаській, Вінницькій, Чернігівській, Івано-Франківській, Донецькій областях, де показники були в 1,8–2,6 разу більшими від середнього в Україні (5,2 випадку на 100 тис.). Натомість у Харківській, Дніпропетровській, Одеській, Київській областях рівні захворюваності на алкогольні психози становили 0,76–1,7 випадку на 100 тис. населення, що в 2,7–14,1 разу менше національного показника.

Протягом 2015–2016 рр. захворюваність населення України на гострі інтоксикації та розлади психіки через вживання алкоголю збільшилася на 1,3%. Рівень захворюваності сільського населення на 23,3% перевищив аналогічний показник у міській місцевості.

Що стосується захворюваності на хронічний алкоголізм, то особливо несприятлива ситуація склалася у Київській, Хмельницькій, Миколаївській, Закарпатській областях, де рівні захворюваності знаходилися в межах 93,9–164,2 випадку на 100 тис. населення при відносно менших рівнях у Харківській, Донецькій, Запорізькій областях та м. Києві.

Упродовж 2015–2016 рр. спостерігалася зростання захворюваності на хронічний алкоголізм на 1,6%. Найскладніша ситуація склалася у сільській місцевості, де захворюваність на хронічні алкогольні синдроми в 1,7 разу перевищувала показник у міській місцевості.

Найбільш повно характеризує стан наркологічних проблеми смертність від розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин. У 2016 р. найвищі рівні смертності через розлади психіки і поведінки внаслідок вживання алкоголю виявлено у Закарпатській (9,5 на 100 тис.), Чернігівській (7,5 на 100 тис.) та Житомирській (5,6 на 100 тис.) областях. При цьому смертність внаслідок вживання алкоголю і серед сільського, і серед міського населення була найвищою саме у Закарпатській та Чернігівській областях.

Особливу тривогу викликають високі рівні смертності від розладів психіки і поведінки внаслідок вживання алкоголю серед населення працездатного віку. Найвищі показники смертності виявлено в Чернігівській (10,6 на 100 тис.), Закарпатській (8,0 на 100 тис.), Житомирській (7,7 на 100 тис.) області. За рівнем смертності від розладів психіки і поведінки внаслідок вживання алкоголю серед сільського населення у 2016 р. лідирували Чернігівська, Хмельницька та Закарпатська області, серед міського населення – Чернігівська, Житомирська та Чернівецька області.

Крім того, вживання алкоголю обумовило високі рівні смертності населення України від алкогольної кардіоміопатії (8,0 на 100 тис.), алкогольної хвороби печінки (4,1 на 100 тис.), випадкових отруєнь алкоголем (7,0 на 100 тис.) тощо.

Отже, аналіз статистичних даних свідчить про наявність значних проблем у здоров'ї населення України внаслідок вживання алкоголю. Незважаючи на зменшення протягом останнього десятиліття наркологічної захворюваності населення за даними звернень до ЗОЗ, що може бути пов'язане зі зменшенням доступності, у 2016 р. виявлено зростання захворюваності на гострі інтоксикації та розлади психіки внаслідок вживання алкоголю на 1,3%, на хронічний алкоголізм – на 1,6%.

Водночас у низці областей виявлено високі рівні захворюваності на наркологічні захворювання, зокрема в Чернігівській, Хмельницькій, Житомирській, Черкаській, Миколаївській та Кіровоградській областях. Пріоритетної уваги потребують питання вчасного виявлення та ефективного лікування наркологічних хворих з метою попередження важких ускладнень і смертельних випадків. На це вказують високі рівні смертності внаслідок розладів психіки через вживання алкоголю, особливо серед сільських мешканців, населення працездатного віку.

Особливої уваги потребують питання доступності медичної допомоги населенню, у т.ч. наркологічної, оскільки доступність суттєво впливає на повноту виявлення наркологічних розладів. Важливе значення має забезпечення населення достатньою чисельністю фахівців та рівень їх професійної компетентності. У даному контексті важливі завдання щодо боротьби з нездоровим споживанням алкоголю повинні покладатися також на первинну ланку, яка забезпечує активну профілактичну діяльність, попередження та корекцію чинників ризику, підвищення мотивації та формування навичок здорового способу життя.

Безумовно, успішність боротьби з нездоровим споживанням алкоголю лежить у площині міжсекторального підходу із залученням до неї усіх секторів суспільства і здійсненням її впродовж усього життя, в усіх групах населення. Скорочення наркологічної захворюваності і смертності дозволить підвищити як рівень здоров'я, так і якість життя населення.

3. ХАРАКТЕРИСТИКА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ

3.1. Аналіз державної політики з питань охорони довкілля та біобезпеки

Пріоритетними питаннями діяльності МОЗ, у тому числі Державної санітарно-епідеміологічної служби України (до липня 2017 р.), у 2016 р. були:

- гармонізація вітчизняного санітарного законодавства із законодавством ЄС та вимогами СОТ;
- продовження роботи з удосконалення національного законодавства з питань забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення та діяльності санітарно-епідеміологічної служби;
- реформування структури управління службою відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 р. № 442;
- оптимізація мережі органів та установ МОЗ, обласних лабораторних центрів МОЗ України, на які покладено забезпечення проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробовувань у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- здійснення комплексу заходів з метою стабілізації епідемічної ситуації та недопущення росту захворюваності;
- виконання програми імунопрофілактики;
- недопущення завезення в Україну особливо небезпечних, у тому числі карантинних, інфекцій, посилення заходів із забезпечення надійного рівня біобезпеки;
- недопущення спалахів інфекційних захворювань, пов'язаних з об'єктами санепіднагляду, та зменшення їх кількості в побуті;
- здійснення заходів щодо проведення соціально-гігієнічного моніторингу, формування ЗСЖ з метою збереження здоров'я населення, насамперед дитячого.

Враховуючи стратегічний курс на інтеграцію до ЄС та вступ України до СОТ, особлива увага приділялась удосконаленню законодавства з питань застосування санітарних заходів.

Проводилася робота відповідно до законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про захист населення від інфекційних хвороб»; розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.11.2003 р. № 705-р «Про заходи щодо профілактики грипу та інших гострих респіраторних захворювань» тощо.

Україна з 2002 р. є учасницею Програми ВООЗ «Зміцнення потенціалу національних лабораторій, що забезпечують контроль за інфекційними захворюваннями, які мають епідемічне поширення», метою якої є посилення готовності національних систем епідеміологічного нагляду до своєчасного реагування та попередження спалахів та епідемій.

Сьогодні вже є приклад успішного функціонування міжнародних лабораторних мереж по поліомієліту і дифтерії, в які залучені і наші національні лабораторні системи. Сьогодні відчувається реальна необхідність входження в міжнародну лабораторну мережу по контролю за особливо небезпечними інфекціями, для якої ВООЗ розробляє перспективні проекти.

У регіонах України держсанепідслужбою виконуються такі програми:

- Загальнодержавна цільова програма «Питна вода України» на 2011–2020 роки (Закон України від 03.05.2005 р. № 2455-IV у редакції Закону № 3933-VI від 20.10.2011 р.)

відповідно до Закону України «Про питну воду та питне водопостачання» від 10.01.2002 р. №2918-III);

– Протокол про воду та здоров'я до Конвенції про охорону та використання транскордонних водотоків та міжнародних озер 1992 року (Закон України від 09.07.2003 р. № 1066-IV);

– Загальнодержавна програма реформування і розвитку житлово-комунального господарства на 2009–2014 роки як продовження відповідної програми на 2004–2010 роки (Закон України від 24.06.2004 р. № 1869-IV зі змінами від 11.06.2009 р. № 1511-VI);

– Державна цільова соціальна програма першочергового забезпечення сільських населених пунктів, що користуються привізною водою, на період до 2010 року (постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.2008 р. № 741);

– Програма розвитку водопровідно-каналізаційного господарства (постанова Кабінету Міністрів України від 17.11.1997 р. № 1269 зі змінами);

– Правовий режим зон санітарної охорони об'єктів (постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 р. № 2024 зі змінами);

– Правила охорони поверхневих вод від забруднення зворотними водами (постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.1999 р. № 465) та інші.

Протягом 2016 р. продовжувалися роботи щодо забезпечення контролю за станом виконання заходів, передбачених «Загальнодержавною програмою охорони та відтворення довкілля Азовського і Чорного морів» (Закон України від 22.03.2001 р. №2333-III), «Загальнодержавною цільовою програмою розвитку водного господарства та екологічного оздоровлення басейну річки Дніпро на період до 2021 року» (Закон України від 24.05.2012 р. № 4836-VI) тощо.

Здійснювався нагляд і контроль за утриманням та експлуатацією об'єктів водопровідно-каналізаційного господарства. Але у більшості випадків ці заходи проводяться не в повному обсязі, передусім через відсутність необхідних коштів та слабку матеріально-технічну базу. Підприємства, що експлуатують водопровідні мережі, не завжди своєчасно ліквідуються пориви, приводять водопровідно-каналізаційні мережі в належний технічний стан.

На виконання п.10 доручення Прем'єр-міністра України від 25.10.2010 р. №64283/0/1-10 та розпоряджень Кабінету Міністрів України від 02.11.2011 р. №1097-р «Про скидання надлишків зворотних вод у р. Інгулець» і від 03.11.2010 р. №2047-р вживаються заходи із забезпечення промивки русла р. Інгулець шляхом регулярної подачі дніпровської води з каналу Дніпро-Інгулець протягом року. Згідно із затвердженим регламентом, чотирьом підприємствам Кривбасу дозволено здійснювати скид зворотних вод у р. Інгулець.

Слід зазначити, що у 2016 р. через зняття функцій держсанепіднагляду показники щодо застосування заходів адміністративного впливу до порушників санітарного законодавства відсутні.

3.2. Характеристика якості води та заходів з її збереження

Україна належить до найменш забезпечених власними водними ресурсами країн Європи і є одним з регіонів зі значним антропогенним навантаженням на водні джерела та нестачею прісної води.

В Україні склалася ситуація, за якої майже всі поверхневі, а в окремих регіонах – і підземні води за рівнем забруднення не відповідають вимогам санітарного законодавства щодо джерел водопостачання. Водночас наявні очисні споруди, технології очистки та знезараження питної води не спроможні очистити її до рівня показників безпеки.

Питне водопостачання України майже на 80% забезпечується поверхневими водами. Водночас більшість басейнів річок, згідно з гігієнічною класифікацією водних об'єктів, за ступенем забруднення можна віднести до забруднених та дуже забруднених, проте склад очисних споруд та технології водопідготовки фактично не змінилися.

Моніторинг якості води поверхневих водойм свідчить про те, що їх екологічний стан майже не покращується. Тенденції щодо стану водойм I категорії за санітарно-хімічними та бактеріологічними показниками практично не змінюється або змінюються дуже повільно (рис. 3.2.1).

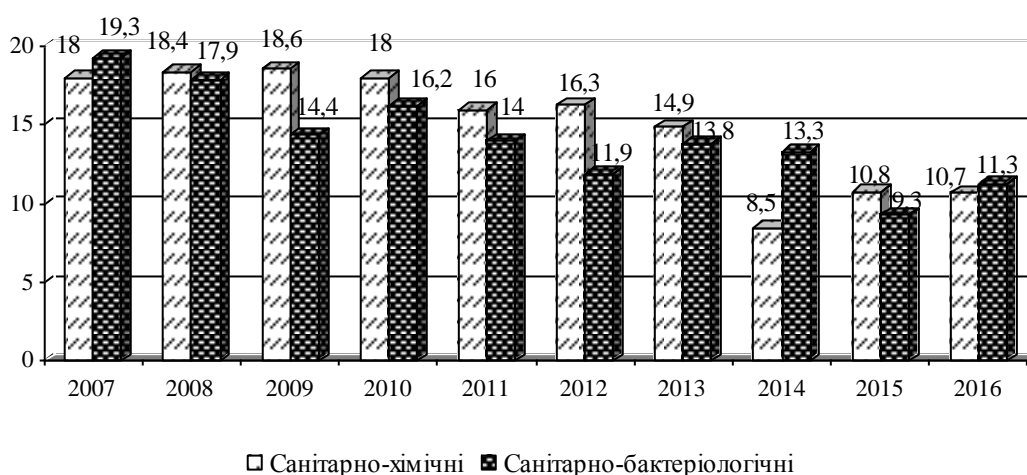


Рис. 3.2.1. Питома вага досліджених проб води з водойм I категорії, які не відповідали санітарним нормам у 2007–2016 рр. (%)

Основні забруднювачі поверхневих водойм – перевантажені каналізаційні очисні споруди та мережі, які перебувають у незадовільному технічному стані та потребують проведення капітальних ремонтів та реконструкції.

Внаслідок недостатнього фінансування, будівництво та реконструкція більшості об'єктів водопостачання та каналізування, запланованих державними та місцевими програмами розвитку водного господарства, охорони водних ресурсів та підвищення якості питної води практично не проводиться.

З водойм II-ої категорії було відібрано та досліджено 12783 проби за санітарно-хімічними та 21179 проб за мікробіологічними показниками. Питома вага досліджених проб води, які не відповідали санітарним нормам за санітарно-хімічними показниками – 19,9%, за мікробіологічними – 14,7%.

Основними джерелами, які формують стабільно високі рівні забруднення водоймищ, особливо рік Дністер і Дунай, залишились організовані скиди стічних вод та дощові води за межами Одеської області.

Понад 90% забруднених стоків дають водоканали міст області та промислові підприємства гірничо-видобувного та металургійного комплексів м. Дніпропетровська, Дніпродзержинська, Нікополя, Кривбасу та Західного Донбасу. Залишається гострою

проблема скиду у водойми високомінералізованих шахтних та кар'єрних вод Кривбасу та Західного Донбасу (Дніпропетровська, Миколаївська та Херсонська області).

Протягом 2016 р. продовжувалися роботи із забезпечення контролю за станом виконання заходів, передбачених «Загальнодержавною програмою охорони та відтворення довкілля Азовського і Чорного морів», «Національною програмою екологічного оздоровлення басейну Дніпра та поліпшення якості питної води» тощо.

Під наглядом і контролем ЛЦ МОЗ (до липня 2017 р. – Держсанепідслужби України) у 2016 р. знаходилось 10522 (у 2015 р. – 16215, у 2014 р. – 16967, у 2013 р. – 18455) джерела централізованого водопостачання населення, з них 1154 комунальні (у 2015 р. – 1741, у 2014 р. – 1336, у 2013 р. – 1569), 3256 відомчих (у 2015 р. – 4641, у 2014 р. – 4474, у 2013 р. – 4818), 3757 сільських водопроводів (у 2015 р. – 6684, у 2014 р. – 6566, у 2013 р. – 7447); 118110 джерел децентралізованого водопостачання (у 2015 р. – 160343, у 2014 р. – 160225, у 2013 р. – 162642).

Протягом останніх років до 5% водопроводів не відповідають санітарним нормам (у 2015 р. – 3,2%, у 2014 р. – 3,1%, у 2013 р. – 3,8%, у 2012 р. – 4,5%). У 2016 р. через зняття функцій держсанепіднагляду та передачу їх до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, Державної служби України з питань праці відсутній ряд показників, які характеризували об'єкти.

Питома вага нестандартних проб питної води, відібраних з джерел централізованого водопостачання, за санітарно-хімічними та бактеріологічними показниками у 2016 р. становить 18,4% та близько 6,4% відповідно.

Найбільша кількість нестандартних проб питної води з централізованих систем водопостачання реєструється, як і раніше, на сільських водопроводах, найменша – на комунальних (рис. 3.2.2).



Рис. 3.2.2. Питома вага досліджених проб питної води, що не відповідають вимогам стандарту у 2007–2016 роках (%)

Слід зазначити, що органи державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, керівники підприємств і господарств не приділяють належної уваги забезпеченню населення доброякісною питною водою, що є порушенням статті 18 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та ст. 7 Закону України «Про питну воду та питне водопостачання».

Зміна форм власності та передача сільських водопроводів на баланс органів місцевого самоврядування загострили проблему забезпечення населення питною водою гарантованої якості. Водопроводи знаходяться в незадовільному технічному стані, населення змушено

проводити ремонти за свої кошти. На багатьох сільських водопроводах немає очисних споруд та знезаражуючих установок, відсутній виробничий лабораторний контроль якості питної води.

Водночас централізованим водопостачанням забезпечено лише четверту частину сіл України. Решта сільського населення споживає воду з колодязів та індивідуальних свердловин, які у переважній більшості знаходяться у незадовільному санітарно-технічному стані.

Під наглядом держсанепідслужби України у 2016 р. знаходилось 118110 джерел децентралізованого водопостачання (у 2015 р. – 160343, у 2014 р. – 160225), з них 115684 шахтних колодязі (у 2015 р. – 156045, у 2014 р. – 155968), 1791 артезіанська свердловина (у 2015 р. – 3157, у 2014 р. – 3170), 550 каптажів (у 2015 р. – 1063, у 2014 р. – 1054).

У 2016 р. питома вага досліджених проб питної води з джерел децентралізованого водопостачання, які не відповідали санітарним вимогам, становила 33,2% за санітарно-хімічними (вище рівня показника у 2015 р., у 2014 р. – 32,7%, 31,4%) та 23,1% відповідно за бактеріологічними показниками (вище рівня у 2015 р. у 2014 р. – 18,0%, 15,5% відповідно) (рис. 3.2.3).

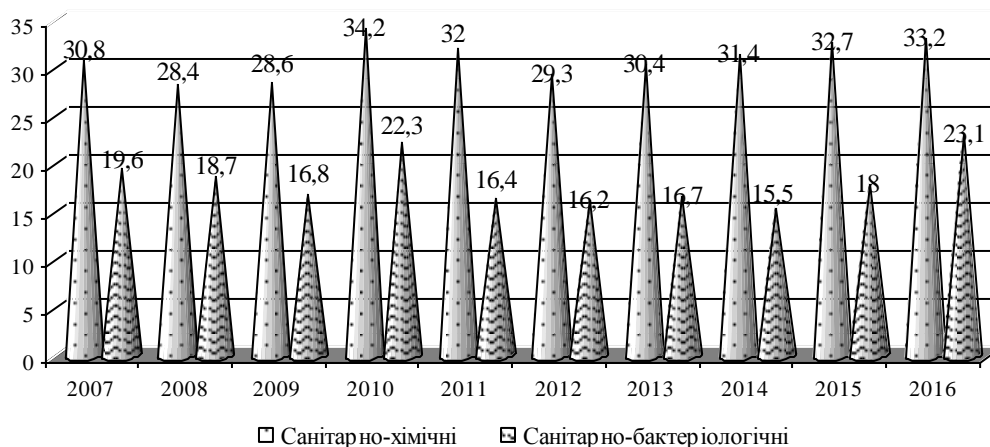


Рис. 3.2.3. Питома вага досліджених проб питної води з джерел децентралізованого водопостачання, які не відповідали санітарним нормам за санітарно-хімічними та бактеріологічними показниками у 2007–2016 рр. (%)

Проводився моніторинг вмісту нітратів у воді нецентралізованих джерел водопостачання, зокрема колодязів та каптажів, вода з яких використовується для споживання дітьми віком до 3-х років, щоквартальний збір та опрацювання інформації. Обстежено 4142/80 громадських колодязів/каптажів, з них 648/16 не відповідають вимогам санітарного законодавства, 8987/89 індивідуальних колодязів/каптажів, 1735/0 з них не відповідають вимогам санітарного законодавства.

За санітарно-хімічними показниками досліджено 6964/105 проб питної води з громадських колодязів/каптажів, з них не відповідає санітарно-гігієнічним нормативам за вмістом нітратів – 911 (13,1%) / 10 (9,5%), за мікробіологічними показниками досліджено 4167/97 проб, з них не відповідає санітарно-гігієнічним нормативам – 898 (21,5%) / 36 (37,1%). Кількість досліджених проб питної води з індивідуальних колодязів/каптажів за санітарно-хімічними показниками – 10543/107, з них не відповідає гігієнічним нормативам за вмістом нітратів – 2601 (24,7%) / 17 (15,9%), за мікробіологічними показниками

досліджено – 3532 / 67 проб, з них не відповідає гігієнічним нормативам – 663 (18,8%) / 3 (4,5%).

За порушення вимог санітарного законодавства, які були виявлені при обстеженні індивідуальних колодязів/каптажів, не було винесено постанов про припинення експлуатації об'єктів; при обстеженні громадських колодязів/каптажів було винесено п'ять постанов про тимчасове припинення експлуатації об'єктів.

Відмічається зростання нітратного забруднення ґрунтових вод внаслідок ненормованого використання в колективних господарствах та у приватному секторі мінеральних та, особливо, органічних добрив. Слід зауважити, що ефективних методів видалення нітратів з води в умовах децентралізованого водопостачання практично не існує. Забруднення води наднормативними концентраціями нітратів призводить до виникнення захворювання на водно-нітратну метгемоглобінемію у дітей, зниження загальної резистентності організму, що сприяє збільшенню рівня загальної захворюваності, в тому числі інфекційними та онкологічними хворобами.

У кожному випадку виявлення порушень щодо стану утримання колодязів індивідуального користування та невідповідності якості колодязної води за санітарно-хімічними та санітарно-мікробіологічними показниками, власникам криниць та органам місцевого самоврядування лабораторними центрами МОЗ скеровуються пропозиції, приписи про необхідність належного облаштування колодязів, здійснюється інформування населення, у тому числі і через ЗМІ, щодо неприпустимості використання колодязної води для питних потреб у випадку перевищення вмісту нітратів тощо, зокрема для приготування дитячого харчування, проводиться санітарно-просвітня робота з батьками, персоналом дитячих навчальних закладів, з працівниками медичних закладів, зокрема ФАПів.

Проводиться щоквартальний переоблік дітей віком до трьох років, які споживають воду для питних потреб із джерел нецентралізованого водопостачання, та переоблік наявних індивідуальних джерел водопостачання.

Проблемними питаннями залишаються недостатньо чітко визначення відомчого підпорядкування громадських колодязів, відсутність спеціалізованих бригад з їх технічного обслуговування, несвоєчасне проведення власниками профілактичних заходів.

Невідповідність якості питної води нормативним вимогам є однією з причин поширення в державі багатьох інфекційних (вірусний гепатит А, черевний тиф, ротавірусна інфекція тощо) та неінфекційних (хвороби системи травлення, серцево-судинної, ендокринної системи тощо) хвороб.

У 2016 р. було зареєстровано два спалахи, пов'язані з вживанням недоброякісної питної води – з міського водогону в м. Ізмаїл, сс. Броска, Матроска Одеської області у червні 2016 р. (на ГЕК встановленими збудниками – постраждало 776 осіб, у т.ч. 449 дітей) та з криниць у с. Старогорожане Баштанського району Миколаївської області у серпні-листопаді 2016 р. (на вірусний гепатит А – постраждало 37 мешканців, у т.ч. 28 дітей).

У 2015 р. зареєстровано три спалахи, які пов'язані з водним фактором передачі, (постраждало 190 осіб, з них 148 дітей) – спалах кишкової інфекції у м. Києві (Бортничі – 155, з них 121 дитина), два спалахи ротавірусної інфекції у м. Золотоноша Черкаської області (15, з них 12 дітей) та с. Оженіно Острозького району Рівненської області (20, з них 15 дітей) через вживання недоброякісної питної води з централізованого водопостачання.

За порушення вимог санітарного законодавства з питання забезпечення населення країни якісною питною водою держсанепідслужбою у 2015 р. притягнуто до

адміністративної відповідальності 116 відповідальних посадових осіб; у слідчі органи та для розгляду на адмінкомісіях не було направлено і передано жодної справи; винесено дві постанови про тимчасове припинення експлуатації об'єктів; в частині охорони поверхневих водойм накладено 17 штрафів; у слідчі органи та для розгляду на адмінкомісіях не направлено і не передано жодної справи, за якими прийнято рішення щодо притягнення до відповідальності; не винесено жодної постанови про припинення експлуатації об'єктів.

У 2015–2016 рр. склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

3.3. Характеристика якості повітря і заходів з її збереження

Надмірна концентрація промислових об'єктів та автотранспорту на території України призвела до надзвичайного антропогенного навантаження на довкілля. Тому, незважаючи на тенденцію останніх 10 років щодо зниження обсягів промислових викидів в атмосферне повітря, проблема його санітарної охорони не втратила своєї актуальності.

Головними причинами, що обумовлюють незадовільний, а найчастіше – і небезпечний стан атмосферного повітря населених пунктів, є: недотримання підприємствами технологічного режиму експлуатації пилогазоочисного устаткування; невиконання у встановлені терміни заходів зі зниження обсягів викидів до нормативного рівня; низькі темпи впровадження сучасних технологій очищення викидів; відсутність санітарно-захисних зон між промисловими та житловими районами.

Високий рівень забруднення атмосферного повітря формується, головним чином, за рахунок викиду шкідливих речовин підприємств коксохімічної, металургійної та хімічної промисловості. Сюди ж належить і автотранспорт, який останнім часом за своїм загальним викидом розглядається як одне з найбільш потужних джерел канцерогенних речовин.

Найбільш несприятливому впливу шкідливих факторів підлягає населення, яке мешкає в межах санітарно-захисних зон промислових підприємств, що є порушенням вимог «Державних санітарних правил планування та забудови населених місць».

У міських поселеннях 3,0% проб (6496 із 219880) атмосферного повітря містять забруднюючі речовини у концентраціях, що перевищують гранично допустимі (проти 3,6% у 2015 р., 3,3% у 2014 р.), у сільських поселеннях – 1,3% (проти 1,0% у 2014 р. і 2015 р.) (рис. 3.3.1).

Слід зазначити, що поряд з деяким зниженням обсягів промислових викидів в атмосферне повітря, у зв'язку з постійним зростанням кількості одиниць автотранспорту, відмічається значне зростання внеску відпрацьованих газів у забруднення атмосферного повітря, особливо великих міст України.

За порушення вимог санітарного законодавства щодо атмосферного повітря у 2015 р. на відповідальних посадових осіб було накладено 20 штрафів, у слідчі органи не було направлено жодної справи; для розгляду на адмінкомісіях не було передано жодної справи, не було винесено жодної постанови про припинення експлуатації об'єктів.

У 2015–2016 роках склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

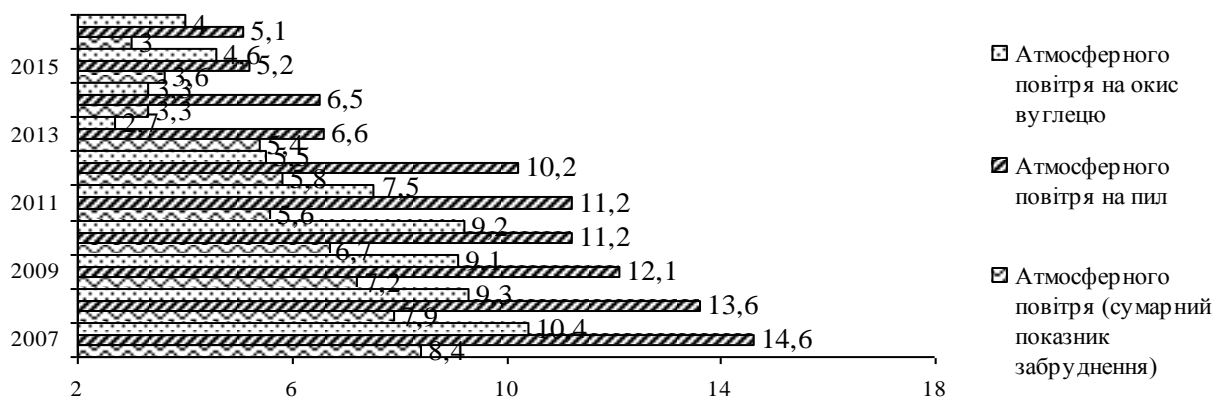


Рис. 3.3.1. Питома вага досліджень атмосферного повітря міських поселень, що перевищують ГДК, у 2007–2016 рр. (%)

3.4. Характеристика якості ґрунту і заходів з її збереження

Одним із найвагоміших джерел забруднення довкілля, у тому числі водних об'єктів, є ґрунт.

Санепідслужбою здійснюється моніторинг стану ґрунтів на територіях їх можливого негативного впливу на здоров'я населення. У 2016 р. досліджено за санітарно-хімічними показниками 15633 проби, з них не відповідали санітарним нормам 626 (4,0% проти 3,9% у 2015 р., 3,5% у 2014 р.), у тому числі на солі важких металів – 6331 пробу, з яких 7,9% (501) не відповідали санітарним нормам (у 2015 р. – 7,1%, у 2014 р. – 7,6%); пестициди – 3002 проби ґрунту, з яких 0,7% (20) не відповідали санітарним нормам (1,4% у 2015 р., 0,2% у 2014 р.). Також ґрунт було досліджено на гельмінти – 48934 проби, з яких не відповідали нормам 2,9% (1422), у 2015 р. – 2,7%, у 2014 р. – 2,7%; за бактеріологічними показниками 14577 проб, з яких не відповідали нормам 8,5% (1245), у 2015 р. – 7,1%, у 2014 р. – 6,7%. При збільшенні загальної кількості досліджених проб ґрунту за санітарно-хімічними показниками зареєстровано збільшення невідповідних проб за рахунок ґрунту в зоні впливу промислових підприємств, транспортних магістралей і в місцях застосування пестицидів та мінеральних добрив, у місцях виробництва продукції рослинництва; зменшення невідповідних проб за рахунок ґрунту – в житловій зоні, на території санітарно-захисних зон промпідприємств, поза територією підприємств у місцях їх складування або захоронення (полігони, звалища, кар'єри); при зменшенні загальної кількості – збільшення невідповідних проб на території промислових підприємств і в місцях зрошення стічними водами. Загальна кількість досліджених проб ґрунту за бактеріологічними показниками у 2016 р. дещо збільшилась, при цьому зареєстровано збільшення невідповідних проб за рахунок ґрунту у житловій забудові, у т.ч. на території дитячих закладів і дитячих майданчиків, в зоні впливу промислових підприємств, транспортних магістралей і в місцях застосування пестицидів та мінеральних добрив, на території промислових підприємств.

Наглядом і лабораторним контролем були найбільше охоплені території вирощування сільськогосподарської продукції, території в місцях застосування пестицидів, ґрунт у зоні житлових масивів, дитячих майданчиків та закладів.

У 2016 р. в місцях зберігання токсичних відходів на території підприємств досліджено 570 проб ґрунту за хімічними показниками, з них не відповідали гігієнічним нормам – 1,4% проти 2,0% у 2015 р.; поза територією підприємств у місцях їх складування або захоронення

– 1805, з них не відповідало нормативам – 5,2% проти 7,7% у 2015 р.; у житловій зоні – 6066, з них не відповідали нормам – 2,6% проти 3,2% у 2015 році.

У 2016 р. проти 2015 р. показник невідповідності ґрунту в місцях зберігання токсичних відходів поза територією підприємств у місцях їх складування або захоронення щодо бактеріологічного забруднення зменшився з 14,0% до 11,1%, на гельмінти – з 7,4% до 6,4%, на солі важких металів – з 8,0% до 7,1%; а також в житловій зоні щодо бактеріологічного забруднення збільшився з 6,5% до 7,5%.

Попри незначне поступове зниження забрудненості ґрунтів наднормативними кількостями забруднювачів гострота проблеми не знижується.

Характеризуючи стан водних об'єктів, слід зазначити, що кількість досліджень на пестициди, які виконуються у постійних створах, залишається дуже низькою. Із загальної кількості створів – 1450 (у 2015 р. – 2056, у 2014 р. – 2152) – відібрано на пестициди 3948 проб води (у 2014–2015 рр. 4558 і 1706 відповідно), з них перевищення зафіксовано в одному замірі, що становить усього 0,02% відхилень (у 2015 р. – 0,6%, у 2014 р. – 21%).

Найбільш суттєвим залишається питання поводження з непридатними до використання пестицидами, які постійно накопичуються на території України. Ця категорія токсичних речовин забруднює навколишнє середовище, проникає в питну воду, сировину тваринного і рослинного походження, продукти харчування і завдає істотної шкоди здоров'ю людини. В Україні відсутні необхідні потужності для їх утилізації. Найбільш поширеним методом боротьби з ними є контейнеризація. Однак це міра тимчасова і, надалі, можливо вкрай небезпечна, тому що в контейнерах зберігаються різні за хімічним складом і класом небезпеки невідомі пестициди, а науково обґрунтовані дані щодо їх спільного зберігання на даний час відсутні.

Гігієнічною підготовкою у 2016 р. охоплено 96,7% працівників, які постійно мають справу з отрутохімікатами, із 11302, які підлягали підготовці (у 2015 р. – 13612, у 2014 р. – 18317), проти 93% у 2015 р. і 96% у 2014 році.

За виявлені порушення вимог санітарного законодавства у сфері поводження з відходами та санітарної охорони ґрунту у 2015 р. на посадових осіб було накладено 102 штрафи, до слідчих органів не передано жодної справи; на розгляд адмінкомісії було передано одну справу, не винесено жодної постанови головних державних лікарів про призупинення експлуатації об'єктів.

У 2015–2016 рр. склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

Першочерговим пріоритетом у сфері поводження з відходами є забезпечення утилізації і знешкодження накопичених небезпечних відходів і тих, що знов утворюються, а також їх екологічно безпечне видалення.

З урахуванням аналізу стану поводження з відходами, в країні основними напрямками вирішення проблеми повинні бути комплекси заходів щодо дотримання чинного законодавства у сфері контролю за поводженням з відходами та перегляду законодавчої бази із внесенням сучасних вимог; розробка ефективних економічних механізмів функціонування підприємств, які переробляють відходи, з урахуванням можливості перепрофілювання існуючих нерентабельних виробництв; вирішення питання відведення земельних ділянок для будівництва та експлуатації полігонів для захоронення ТПВ з подальшим використанням

технологій отримання газу та будівництво сміттесортувальних комплексів і сміттепереробних заводів; проведення рекультивації відпрацьованих полігонів та сміттєзвалищ.

3.5. Якість та безпека продуктів харчування

Погіршення екологічної ситуації практично в усіх регіонах світу, пов'язане з антропогенною діяльністю людини, вплинуло на якісний склад їжі. Із харчовими продуктами в організм людини надходить значна частина хімічних і біологічних речовин. Вони потрапляють і накопичуються в харчових продуктах як за біологічним, так і за харчовим ланцюгом. Харчовий ланцюг охоплює всі етапи сільськогосподарського і промислового виробництва продовольчої сировини і харчових продуктів, а також їх зберігання, пакування і маркування. У зв'язку з цим гарантування безпеки та якості харчових продуктів є одним з основних завдань сучасного суспільства, від розв'язання якого залежить здоров'я населення і збереження його генофонду.

Більшість спалахів ГКІ поєднує вживання недоброякісних продуктів харчування та готових страв, виготовлених як у домашніх умовах, так і на підприємствах ресторанного господарства та харчоблоках в організованих колективах. Основними причинами спалахів є порушення технології приготування їжі, умов зберігання харчових продуктів, залучення до приготування страв випадкових осіб, які не пройшли медичний огляд, недотримання правил особистої гігієни при приготуванні їжі. Факторами передачі інфекції найчастіше стають готові страви, кондитерські вироби та харчові продукти, термін зберігання яких минув.

У 2016 р. у 162 спалахах, де фактором передачі виступали харчові продукти, захворіло 3045 осіб проти відповідно 93 і 1304 у 2015 році. Кількість спалахів ГКІ та кількість потерпілих за 2007–2016 рр. представлені на рис. 3.5.1.

На об'єктах громадського харчування зареєстровано 46 спалахів – захворіли 1096 осіб, у т.ч. 224 дитини (за аналогічний період 2015 р. – 30 спалахів із загальною кількістю захворілих 466, у тому числі 91 дитина).

Серед населення у побуті зареєстровано 44 спалахи із загальною кількістю захворілих 1306 осіб, у т.ч. 704 дитини (у 2015 р. – 27 спалахів, захворіло 497 осіб, з них 214 дітей).

Спалахи ботулізму надзвичайно небезпечні і потребують швидкого розпізнавання для виявлення джерела інфекції, визначення типу ботулотоксину, попередження інших випадків захворювання та ефективного лікування потерпілих. Успіх лікування залежить від ранньої діагностики та швидкого введення ботулінічного антитоксину.

Причиною виникнення харчових отруєнь, що викликані збудником ботулізму, найчастіше стають продукти домашнього консервування і приготування.

За останні п'ять років відмічається незначна тенденція до зниження харчових отруєнь, що викликані збудником ботулізму, у 2016 р. зареєстровано 99 випадків (у 2015 р. – 118, у 2014 р. – 153, у 2013 р. – 141, у 2012 р. – 118). Кількість потерпілих – 119 осіб (у 2015 р. – 139, у 2014 р. – 178, у 2013 р. – 172, у 2012 р. – 133), з них померло – 12 осіб (у 2015 р. – 6, у 2014 р. – 9, у 2013 р. – 6, у 2012 р. – 2). Ці харчові отруєння пов'язані з вживанням: м'ясних консервів та інших виробів з м'яса, риби в'яленої, копченої та консервованої, овочів консервованих, які були виготовлені в домашніх умовах, придбані в місцях несанкціонованої торгівлі (стихийні ринки тощо), підприємствах торгівлі.

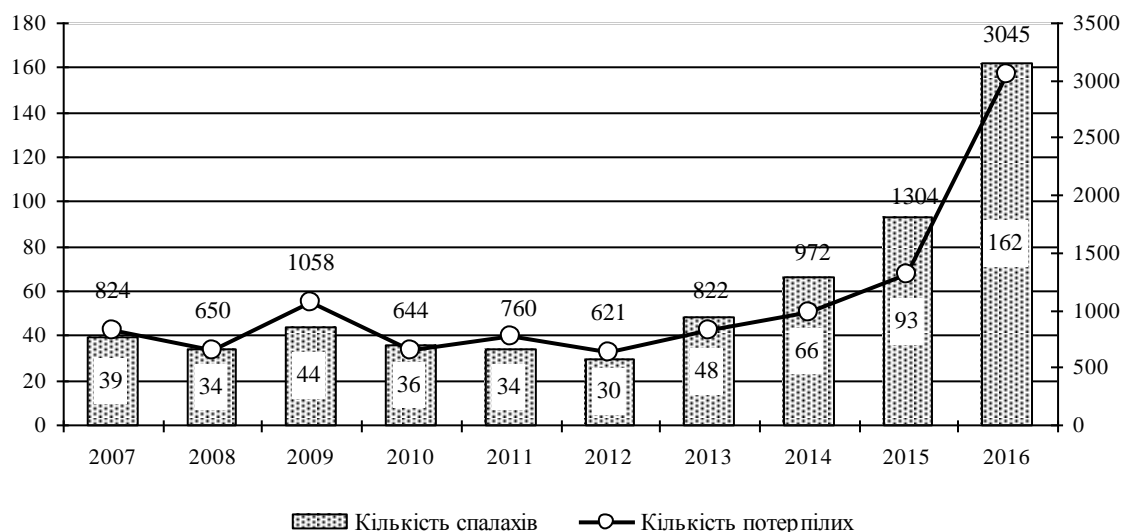


Рис. 3.5.1. Кількість спалахів ГКІ та кількість потерпілих за 2007–2016 рр.

Станом на 31.12.2016 в Україні зареєстровано значне зростання отруєнь дикорослими грибами – отруїлося 379 людей, серед яких 76 дітей, з них померло 25 дорослих і 5 дітей; у 2015 р. – 148 людей, серед яких 13 дітей, з них померло 17 дорослих. У минулі роки реєструвалося значно більше цих отруєнь: у 2014 р. – 181 людина, у т.ч. 10 дітей, з них померло 14 осіб; у 2013 р. – 196 людей, у т.ч. 15 дітей, з них померло 10 осіб; у 2012 р. – 305 осіб, у т.ч. 29 дітей, з них померло 24 особи, у т.ч. 3 дитини. Найбільша кількість випадків харчових отруєнь, що викликані неїстівними грибами, була зареєстрована у Дніпропетровській (26), Херсонській (21), Запорізькій (18), Харківській (17) областях.

Переважна більшість потерпілих – це соціально незахищені особи, які збирали гриби в лісі або в лісосмугах, у паркових зонах, присадибних ділянках, дворах, вулицях. Страви з грибів готували в домашніх умовах, використовуючи термічну обробку (відварювання та/або смаження), також відмічені випадки вживання в сирому вигляді.

Якість харчової продукції за мікробіологічними та санітарно-хімічними показниками останніми роками залишається стабільною. За статистичними даними, протягом 2016 р. відсоток проб, що не відповідають нормативам за мікробіологічними показниками, становив 3,6% (у 2015 р. – 3,4%, у 2014 р. – 3,2%), за санітарно-хімічними показниками – 1,2% (у 2015 р. – 0,8%, у 2014 р. – 0,9%) (табл. 3.5.1).

Таблиця 3.5.1

Кількість проб харчових продуктів та продовольчої сировини, що не відповідали нормативам за мікробіологічними показниками, у 2008–2016 рр.

Показник	Рік									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Усього проб	647 697	633 082	675 731	683 132	481 839	463 880	230 234	194 789	189 980	
Не відповідали нормативам	21 854	20 992	22256	21662	13986	11520	7260	6698	6756	
Питома вага проб, які не відповідали нормативам	3,4	3,3	3,3	3,2	2,9	2,5	3,2	3,4	3,6	

За порушення санітарного законодавства на харчових об'єктах у 2015 р. було накладено 300 штрафів на посадових осіб, тимчасово призупинено роботу 12 об'єктів, до слідчих органів надіслано 9 справ, тимчасово відсторонено від роботи 705 осіб, у тому числі на об'єктах торгівлі накладено 76 штрафів на посадових осіб, тимчасово призупинено роботу 8 об'єктів, тимчасово відсторонено від роботи 153 особи. У 2015–2016 рр. склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень.

Пріоритетними напрямками залишаються оцінка структури харчування, його вплив на стан здоров'я, раціоналізація харчування, контроль за забезпеченням безпеки харчових продуктів і продовольчої сировини з метою профілактики інфекційних та масових неінфекційних захворювань, пов'язаних з харчуванням. З цією метою через ЗМІ постійно проводиться санітарно-просвітня та роз'яснювальна робота серед населення з питань профілактики ГКІ, харчових отруєнь, необхідності дотримання правил особистої гігієни в надзвичайних умовах перебування, прес-конференції за участю керівництва та провідних фахівців лабораторних центрів МОЗ (Держсанепідслужби України до 01.07.2016). Особлива увага приділяється таким заходам у весняно-літній період року.

Лабораторні центри МОЗ (Держсанепідслужби України до 01.07.2016) постійно співпрацювали з органами місцевого самоврядування, державними адміністраціями та громадськістю.

З різних питань у 2016 р. фахівцями лабораторних центрів МОЗ України проведено 5574 виступи на радіо та 1896 на телебаченні, підготовлено та опубліковано 6530 публікацій у пресі, проведено 97 тис. лекцій, проведено і взято участь у 392 прес-конференціях, 741 засіданні круглого столу, 188 брифінгах, підготовлено 66892 прес-релізи та 48761 санбюлетень. З них стосовно профілактики інфекційних захворювань проведено 3539 виступів на радіо та 1272 на телебаченні, підготовлено та опубліковано 3962 публікації у пресі, проведено 34,3 тис. лекцій, проведено і взято участь у 199 прес-конференціях, 375 засіданнях круглих столів, 162 брифінгах, підготовлено 4286 прес-релізів та 22063 санбюлетені; у т.ч. з профілактики ГКІ та харчових отруєнь – відповідно 1094, 337, 865 і 11,6 тис., 53, 77 і 29, 923 і 5710; з профілактики грипу та ГРВІ – 1500, 598, 1660 і 10979, 61, 136 і 98, 1036 і 7974; профілактики отруєнь грибами – 328, 49, 284 і 1912, 6, 6 і 0, 527 і 975; боротьби з тютюнокурінням – 180, 20, 75 і 1537, 4, 19 і 0, 53 і 770; з профілактики йодзалежних захворювань – 57, 4, 57 і 734, 0, 12 і 0, 24 і 557; попередження виникнення водно-нітратної метгемоглобінемії у дітей – 134, 51, 245 і 1863, 4, 26 і 0, 718 і 741; щодо стану пляжів – 38, 66, 93 і 622, 1, 3 і 0, 22 і 119; щодо питного водопостачання – 144, 79, 243 і 1664, 30, 30 і 1, 136 і 919; щодо ситуації у місцях організованого відпочинку, масового перебування населення, у надзвичайних умовах – 283, 56, 101 і 1468, 5, 45 і 3, 79 і 1044; у надзвичайних ситуаціях – 31, 17, 19 і 294, 1, 7 і 2, 12 і 460.

З метою інформування громадськості з питань діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби на офіційному сайті МОЗ України розміщується оперативна інформація щодо інфекційної та неінфекційної захворюваності, основні документи служби, проекти регуляторних актів, переліки небезпечних факторів та дезінфекційних засобів, екологічного стану (атмосферного повітря, ґрунту та водойм, фізичних факторів тощо), публікуються матеріали у фахових виданнях – журналах «СЕС – профілактична медицина», «Санітарний лікар України».

3.6. Характеристика умов праці населення

Здоров'я працюючого населення є однією з пріоритетних проблем у розвинутих країнах світу. Професійне здоров'я є найважливішою складовою трудового потенціалу, воно великою мірою визначає подальший економічний та соціальний розвиток будь-якого суспільства і розглядається як неодмінна умова, що безпосередньо впливає на виробничий процес і якість продукції.

Використання морально та технічно застарілого обладнання, небажання власників вкладати кошти в сучасні технології та створювати безпечні умови праці, через відсутність на підприємствах достатнього соціального пакету, через небажання хворих звертатись до лікарів на ранніх стадіях розвитку патології, недосконалість медичної допомоги працюючому населенню та інші об'єктивні і суб'єктивні фактори, значною мірою впливають на показники професійної захворюваності, найчастіше у бік їх зменшення, що призводить до зниження фактичного рівня професійної патології.

Проблема професійного здоров'я в Україні ускладнюється тим, що вона нашаровується на демографічну кризу та є соціально-економічною, медичною і гігієнічною проблемою в Україні.

На показники професійної захворюваності, безумовно, впливає і той факт, що протягом 2014–2017 рр. значна територія Донецької та Луганської областей з великою кількістю об'єктів, що мають робочі місця зі шкідливими та небезпечними умовами праці (вугільна, металургійна галузі промисловості тощо), є непідконтрольною Україні.

За висновками експертів, офіційна статистика реєструє лише верхівку айсберга професійної захворюваності, більша частина якої з певними причин не ідентифікується офіційною статистикою. Певною мірою до цього призводить відсутність медичної та професійної реабілітації працюючих: скорочення відомчої медицини, недоліки у проведенні обов'язкових медичних оглядів і загальної диспансеризації працюючого населення, закриття більшості санаторіїв-профілакторіїв підприємств.

Реформування системи охорони здоров'я, зокрема державної санітарно-епідеміологічної служби, негативно позначилося на якості надання медичної допомоги працюючим, призвело до значних проблем при оформленні санітарно-гігієнічних характеристик та інформаційних довідок умов праці особам із підозрою на професійне захворювання. Тому рівень професійної захворюваності, за офіційними даними, не характеризує реальну ситуацію щодо стану умов праці та санітарної безпеки на підприємствах.

Протягом 2012–2016 рр. в Україні було зареєстровано 17791 випадок хронічних професійних захворювань, у тому числі 5158 у 2012 р., 5486 у 2013 р., 3733 у 2014 р., 1811 у 2015 р. та 1603 у 2016 році. Найбільша кількість випадків хронічних профзахворювань у 2016 р. зареєстрована в Дніпропетровській – 720 (44,9%), Львівській – 358 (22,3%) та Донецькій – 156 (9,7%) областях.

Загальний рівень професійної захворюваності в Україні становить 2,7 на 10 тис. населення, що працює на об'єктах промислового призначення.

За останні десятиліття в Україні різко зменшилася кількість медично-санітарних частин та здоров'я пунктів на підприємствах, що є найбільш наближеними до робочого місця

осередками надання первинної медичної допомоги у разі травм, нещасних випадків та випадків погіршення стану здоров'я на виробництві.

Пріоритетним завданням є пошук оптимальних моделей організації медичного обслуговування працюючих (особливо в умовах підвищеного ризику розвитку професійних захворювань), докорінне поліпшення системи виявлення і реєстрації професійних захворювань тощо.

Професійні захворювання призводять до значних втрат підприємств, інвалідності та зниження працездатності працівників, тому що на них хворіють переважно особи працездатного віку. Вони призводять не тільки до страждань хворого, але й знижують продуктивність праці, є причиною значної кількості скарг, як з боку працівників, так і з боку роботодавців. Часто такі скарги вирішуються у суді.

Державним закладом «Український центр з контролю та моніторингу захворювань» МОЗ України здійснюється моніторинг організації медичних оглядів працівників певних категорій та стану професійної захворюваності. Невід'ємною складовою моніторингу є здійснення нагляду і контролю за виконанням вимог законодавчих і нормативних актів з гігієни праці та охорони праці робітників, санітарно-гігієнічних норм і правил. Наразі у державі здійснюється реформування системи нагляду (контролю) у сфері гігієни праці.

За офіційними звітами закладів МОЗ (Держсанепідслужби), у 2016 р. проведено 179378 досліджень шкідливих факторів у повітрі робочої зони (у 2015 р. – 199426, у 2014 р. – 254554), з них у 13,7% (14,4% – 2015, 13,0% – 2014 р.) виявлено перевищення ГДК.

У 2016 р. кількість обстежених лабораторно робочих місць склала 26258 (7,4%) із 355397 робочих місць. Так, вимірюваннями фізичних факторів було охоплено 6462 (у 2015 р. – 7142, у 2014 р. – 10159) об'єкти промислового призначення. Виконано 254305 (у 2015 р. – 234701, у 2014 р. – 292269) вимірювань параметрів шуму, вібрації, електромагнітних полів радіочастот, постійного магнітного поля, електромагнітних полів промислової частоти, ультрафіолетового, інфрачервоного, лазерного випромінювання, освітленості, метеофакторів на 113063 робочих місцях (у 2015 р. – 117422, у 2014 р. – 142135). При цьому кількість досліджень, які не відповідають санітарним нормам, становить 22853, або 9,0% (у 2015 р. – 10,4%, у 2014 р. – 10,6%). Не відповідали санітарним нормам 14853 робочі місця, або 13,1% (у 2015 р. – 12,8%, у 2014 р. – 13,3%).

У 2015 р. на порушників санітарного законодавства на промислових підприємствах було накладено 339 штрафів, одна справа передана до слідчих органів, за якою прийнято рішення щодо притягнення до відповідальності. Винесено одну постанову про припинення експлуатації об'єкта на постійно. За пропозицією закладів держсанепідслужби було відсторонено від роботи 1152 особи.

У 2015–2016 рр. склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися рішення про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

3.7. Характеристика радіаційної ситуації

Лабораторними центрами МОЗ України (Держсанепідслужби до 01.07.2016 р.) здійснюється радіологічний контроль за будівельними матеріалами, продуктами харчування, питною водою, продукцією, що завозиться до України; ведеться постійний санітарно-дозиметричний контроль зовнішнього середовища, який включає кількісну та якісну оцінку

радіоактивних забруднень атмосферного повітря, джерел водопостачання, продуктів харчування та інших об'єктів довкілля.

Орієнтовані на сучасні методи досліджень прилади високої чутливості забезпечують високу точність вимірів показників, відповідну до точності вимірів, що досягається у країнах європейської спільноти; для проведення досліджень не потрібні великі кількості досліджуваних матеріалів; результат дослідження відомий за кілька годин (на відміну від радіохімічного методу, де на дослідження проби витрачається кілька днів і, навіть, тижнів).

Радіологічні підрозділи здійснюють радіаційно-гігієнічний нагляд на території України, вивчають радіаційну обстановку з метою забезпечення радіаційно-гігієнічного благополуччя населення.

За 2016 р. установами держсанепідслужби МОЗ України проведено: 24574 гамма- та бета-спектрометричні дослідження продуктів харчування, з них не відповідало вимогам НРБУ-97 – 0,4% продуктів харчування на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90; 2532 дослідження проб питної води централізованого водопостачання на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90, з них не відповідало вимогам НРБУ-97 – 1,1%; 1982 дослідження проб питної води децентралізованого водопостачання на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90, з них не відповідало вимогам НРБУ-97 – 0,4%; 1043 дослідження проб води з відкритих водойм на вміст радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90.

Стосовно продуктів харчування та продовольчої сировини аналіз отриманих результатів свідчить, що перевищення допустимих рівнів 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.

Відповідно до Закону України “Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання”, у 2016 р. було перевірено 1424 радіологічні об'єкти, з них більше 1,0 тис. в ЛПЗ, 289 на промислових підприємствах. При цьому було охоплено індивідуальним дозиметричним контролем (ІДК) зовнішнього опромінення 9121 особу персоналу (57,6%) із 16 тис., що підлягали, з них 4577 на промислових підприємствах (38%) із 12 тис. тощо. Частка охоплення ІДК персоналу за категорією А у 2014 р. становила 64,4%.

Значна увага приділяється державному метрологічному нагляду забезпеченням єдності вимірювань при забезпеченні захисту життя та здоров'я громадян. На сьогодні загалом проведена атестація в системі Укрмедтестстандарту та МОЗ України радіологічних підрозділів МОЗ України.

Протягом року із застосуванням радіологічних методів досліджень проводиться радіаційно-гігієнічне обстеження об'єктів нагляду. У 2016 р. було обстежено 1653 радіологічні об'єкти.

Найгірша ситуація склалася на радіологічних об'єктах ЛПЗ, де гостро потребує переоснащення рентгенорадіологічне обладнання (понад 80% цього обладнання вичерпали свій техніко-експлуатаційний ресурс), оскільки це сприяло б зменшенню дозових навантажень при проведенні лікувально-діагностичних процедур та покращило проведення державного санітарного нагляду за цими об'єктами.

Незважаючи на труднощі та недоліки у роботі, радіологічні підрозділи переважно виконують свої функції із забезпечення радіаційної безпеки населення України.

На порушників санітарного законодавства з питань радіаційної безпеки було накладено 14 штрафів, жодної справи не передано у слідчі органи, не було призупинено експлуатацію жодного об'єкта.

У 2015–2016 рр. склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

3.8. Характеристика санітарно-епідемічного стану та аналіз його забезпечення у навчальних та оздоровчих закладах для дітей

Важливими факторами, які впливають на здоров'я дітей, є умови організації виховання, проживання, оздоровлення, відповідність програмних вимог і методів навчання індивідуальним особливостям дітей, адекватність їх харчування.

Під контролем Лабораторних центрів МОЗ України (до липня 2016 р. – Держсанепідслужби) на 31.12.2016 р. знаходилось 16999 (у 2015 р. – 66695, у 2014 р. – 72118) навчальних і оздоровчих закладів, у т.ч. 5201 дошкільний навчальний заклад (у 2015 р. – 15072, у 2014 р. – 12268), 6909 загальноосвітніх (у 2015 р. – 16849, у 2014 р. – 17100), 363 – інтернатного типу (у 2015 р. – 826, у 2014 р. – 826), 4063 заклади оздоровлення та відпочинку для дітей (у 2015 р. – 9704, у 2014 р. – 1405), 590 – позашкільних (у 2015 р. – 5361, у 2014 р. – 5682).

Більшість закладів розташовані в типових і спеціально побудованих будівлях, підключені до централізованих мереж водопостачання і каналізації. Однак залишається недостатньою матеріально-технічна база дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів сільської місцевості.

До 90–95% дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів мають доступ до якісної питної води.

Не підключені до централізованих та локальних мереж водопостачання 797 (6,5%) дошкільних навчальних закладів. У зв'язку з відсутністю джерел централізованого водопостачання у населених пунктах, невідповідністю води з локальних джерел нормативам, працюють на привізній воді 258 (2,1%) дошкільних навчальних закладів.

У 2016 р. мають децентралізоване водопостачання (крім приміщень харчоблоків) 2545 (15,1%) загальноосвітніх навчальних закладів. Працюють на привізній воді 522 загальноосвітні навчальні заклади країни (у Рівненській, Запорізькій, Дніпропетровській та ін. областях).

Одним із найважливіших питань перевірок готовності шкіл є питання безпечного водопостачання. На початку підготовки до нового навчального року проводяться лабораторні дослідження джерел водопостачання.

Особливо гостро стоїть проблема каналізування закладів. У зв'язку з виходом з ладу старих систем каналізування або відсутністю каналізації у населених пунктах сільської місцевості у навчальних закладах це питання вирішується шляхом каналізування на вигріб, що призводить до збільшення кількості таких закладів.

Усього по країні каналізовані на вигріб 7813 (47%) загальноосвітніх навчальних закладів. Проте досить гострою на сьогодні стає проблема стосовно загальноосвітніх навчальних закладів, які взагалі не каналізовані, яких на сьогодні 675 (4%).

Попри активне впровадження регіональних програм, спільну роботу з управліннями освіти і науки та керівниками закладів, має місце негативна динаміка щодо охоплення школярів гарячим харчуванням у зв'язку з погіршенням соціально-економічної ситуації в країні.

У 2016 р. проводився нагляд і контроль за якістю продуктів харчування в навчальних і оздоровчих закладах. Зменшилась кількість лабораторних досліджень готових страв; питома вага проб з відхиленням не змінилася по калорійності – 5,4% проти 5,4% у 2015 р.; показники відхилень бактеріального забруднення страв були на рівні 3,3%, при проведенні штучної «С»-вітамінізації становить 2,3%; кількість позитивних змивів на умовно-патогенну мікрофлору з обладнання, інвентарю, рук та санітарного одягу кухарів закладів становить 5,6%.

Здійснення нагляду і контролю за дитячими закладами оздоровлення та відпочинку проводиться відповідно до Закону України «Про оздоровлення та відпочинок дітей» та іншими нормативно-правовими актами щодо медико-санітарного забезпечення відпочинку та оздоровлення дітей.

Протягом літа 2016 р. під контролем служби знаходилось 6823 заклади оздоровлення та відпочинку, у тому числі: 369 заміських таборів, 6089 міських таборів, 281 табір праці та відпочинку та 84 спортивно-оздоровчі табори. Крім того, функціонувало 74 дитячі санаторії, з них працювали цілий рік – 39.

Порівняно з минулим роком зменшилась кількість закладів оздоровлення та відпочинку, дитячих санаторіїв у зв'язку з фінансовою неспроможністю або зі зміною власника, а також через проведення реформування відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади», яке завершено у 2016 р.: головні управління перейшли до складу Держслужби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів; Лабораторні центри Держсанепідслужби передані до МОЗ – на даний час знаходяться під подальшим реформуванням та укомплектуванням у складі МОЗ та Центра громадського здоров'я МОЗ України. У зв'язку з цим буде проводиться перерозподіл обсягів роботи з контролю за відповідними об'єктами та проведення досліджень. Така тенденція призводить до зменшення кількості закладів, у яких може проводитись оздоровлення дітей та збільшується кількість закладів, у яких діти лише відпочивають.

Не мають централізованого або локального водопостачання (працюють на привізній воді) 52 (0,8%) заклади оздоровлення та відпочинку, у т.ч. 9 заміських закладів. За даними служби, протягом оздоровчого сезону проведено 11800 досліджень проб питної води за бактеріологічними та 9913 за санітарно-хімічними показниками, з них показник відхилень за хімічними показниками склав 14,2% (у 2015 р. – 10,9%, у 2014 р. – 8,6%), за бактеріологічними показниками – 7,3% (у 2015 р. – 5,9%, у 2014 р. – 4,4%).

В Україні влітку 2016 р. працювало 174 дитячі заклади оздоровлення та відпочинку з пляжами, у т.ч. морськими – 75 (43,1%), що значно менше, ніж у минулому році (у 2015 р. – 225, у 2014 р. – 276). Протягом оздоровчого сезону досліджено 1242 проби води з відкритих водойм за бактеріологічними показниками, відхилення становили 5,9% (у 2015 р. – 1,6%, у 2014 р. – 1,2%).

Не мають централізованого або локального каналізування (каналізовані на вигріб) 1352 (19,8%) заклади, у т.ч. 97 (26,3%) заміських, цей показник значно зменшився порівняно

з минулим роком через малу кількість об'єктів контролю. Мають системи опалення 2610 (38,3%) із 6823 закладів (у 2015 р. – 87% – 8332 із 9580).

За даними лабораторних досліджень, у середньому по країні в оздоровчу кампанію 2016 р. відхилення по калорійності від меню-розкладів зареєстровано у 3,9% (у 2015 р. – 3,7%, у 2014 р. – 5,2%) проб. Відхилення при проведенні штучної «С»-вітамінізації становили 3,9% (у 2015 р. – 0,9%, у 2014 р. – 4,1%). Бактеріологічне забруднення встановлено в 2,2% (у 2015 р. – 1,9%, у 2014 р. – 2,3%) досліджених проб готових страв. Питома вага позитивних змивів на умовно-патогенну мікрофлору з обладнання, інвентарю, рук та санітарного одягу кухарів закладів оздоровлення/відпочинку становила 3,3% (у 2015 р. – 3,0%, у 2014 р. – 3,3%).

Протягом 2016 р. в Україні в організованих колективах виникло 72 спалахи, з них 36 – у дошкільних навчальних закладах, із загальною кількістю постраждалих 287 осіб, у тому числі 286 дітей, 31 – у навчальних закладах (захворіли 317 осіб, у т.ч. 281 дитина) та 5 у дитячих оздоровчих закладах – захворіли 39 осіб, у т.ч. 35 дітей. Майже удвічі збільшилась кількість спалахів, які виникли в організованих колективах.

Виникненню і розповсюдженню спалахів сприяли численні порушення вимог санітарного законодавства, порушення технології приготування та зберігання продуктів харчування, нехтування працівниками навчальних закладів елементарними протиепідемічними вимогами, що підтверджено результатами лабораторних бактеріологічних досліджень змивів з обладнання і посуду, готових страв, а також виявленням патогенної мікрофлори від працівників харчоблоків.

З метою забезпечення санепідблагополуччя дітей у дитячих і підліткових закладах у 2015 р. спеціалістами держсанепідслужби до посадових осіб застосовано 1309 штрафних санкцій, з них утримано 1303, винесено 2 постанови про припинення експлуатації об'єктів, з них тимчасово 1; передано у слідчі органи 5 справ, з яких у 3 (60%) випадках було прийнято рішення щодо притягнення до відповідальності винних осіб. На 19 об'єктах було обмежено асортимент продукції, що вироблялася, тимчасово відсторонялось від роботи 14149 осіб.

У 2015–2016 рр. склалися приписи за результатами проведених заходів і виносилися розпорядження та інші розпорядчі документи про усунення порушень, виявлених під час здійснення таких заходів.

3.9. Аналіз санітарно-епідеміологічного благополуччя населення та виконання заходів із його збереження

Незважаючи на складні соціально-економічні умови, в Україні система охорони здоров'я зберегла у стратегії розвитку спрямованість щодо здорового способу життя, продовжуючи оновлення та інтеграцію у європейський і світовий простір. Цілеспрямовано і послідовно формується державна політика здорового способу життя, що знайшло відображення у Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. Однією з цілей кінцевої мети реалізації Концепції є збереження та зміцнення здоров'я населення, провадження періоду активного довголіття і тривалості життя людей. Серед найбільш важливих державних заходів з реалізації Державної політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, спрямування

охорони здоров'я на посилення заходів з попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням.

Відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженої Указом Президента України 07 грудня 2000 р. № 1313/2000, державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу.

Державними заходами передбачається:

- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтація охорони здоров'я на суттєве посилення заходів із попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані із забрудненням та шкідливим впливом факторів довкілля;

- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;

- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з її народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання, навчання;

- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, особливо дітей та молоді; посилення боротьби із шкідливими звичками; забезпечення раціонального збалансованого харчування населення.

Головними передумовами сталого розвитку України є реалізація заходів, спрямованих на підвищення якості життя населення України та рівня охорони його здоров'я тощо.

При цьому доцільно підкреслити, що здоров'я населення не є витратною категорією. Відомо, що його збереження і розвиток є запорукою економічного зростання держави. На сьогодні здоров'я населення і його відтворення є першочерговою умовою існування України як держави.

Одним із важливіших принципів охорони здоров'я є профілактичний характер. Значення проголошеного в перші роки радянської влади принципу профілактики з роками не тільки зберігся, але й значно посилюється. Досягти суттєвих позитивних зрушень у здоров'ї населення на сучасному етапі можливо тільки шляхом подальшого розширення профілактичного спрямування охорони здоров'я.

Оскільки головною задачею профілактичного напрямку та всіх природоохоронних заходів є збереження та зміцнення здоров'я населення, саме здоров'я населення повинно стати центральною ланкою всієї системи по управлінню якістю середовища.

Особливе місце в загальному комплексі профілактичної роботи займає система «громадське здоров'я», яка повинна виконувати функцію «охорона здоров'я здорових».

Профілактика негативного впливу екологічних чинників на здоров'я має бути спрямована на розірвання цього ланцюга і може провадитись у трьох напрямках:

- оздоровлення навколишнього середовища;
- переривання шляхів розповсюдження шкідливих агентів, тобто забезпечення належного (безпечного) стану атмосферного повітря, води, ґрунту тощо;
- формування такого стану організму і способу життя людини, який би забезпечив нечутливість до дії шкідливих чинників або мінімізував їхні негативні ефекти.

Водночас ефекти зовнішнього впливу значною мірою залежать від вихідного стану організму людини, тобто знаходження чи незнаходження у межах «безпечної зони». Оцінити цей вихідний стан, а також виявити його зміни (негативні або позитивні) під дією різних факторів (у тому числі й довкілля) можна саме за допомогою методів характеристики індивідуального здоров'я, впровадження яких у практику гігієнічних досліджень є нагальною проблемою сучасного етапу розвитку гігієни.

В умовах зростаючого антропогенного впливу на навколишнє середовище, збільшення резистентності збудників інфекційних захворювань до хіміотерапевтичних препаратів та дезінфекційних засобів, різноманітності природних зон та біоценозів території України, що створюють сприятливі умови для довготривалого існування природно-вогнищевих інфекцій, таких як туляремія, лептоспіроз, лістеріоз, гарячку КУ, кліщового вірусного енцефаліту, виявлення нових нозологічних форм, що раніше не зустрічались на території країни – вірусні геморагічні гарячки Кримська, Західного Нілу, Каліфорнійський енцефаліт, підвищення міграції населення, росту масштабів міжнародної торгівлі продуктами харчування, а також стихійних лих і катастроф, з'явилися об'єктивні передумови для швидких змін епідемічної ситуації на окремих територіях країни.

Погіршення соціальної, економічної та екологічної ситуації позначилось на рівні медичної допомоги, стану імунопрофілактики, а відповідно, і на рівні інфекційної захворюваності.

На кінець року зареєстровано майже 9 млн випадків (18668,20 на 100 тис. нас.), з них 63,0% (66039,70 на 100 тис. нас.) серед дітей (за винятком даних з тимчасово окупованих територій Автономної Республіки Крим, м. Севастополя, частини Донецької та Луганської областей – ситуація враховується при порівняльному аналізі за 2014–2016 роки) упродовж 14 років реєструвалася тенденція до її зниження, а у 2016 р. зафіксовано зростання (проти 15745,43 у 2015 р.).

За матеріалами державної статистичної звітності, захворюваність населення України на інфекційні хвороби у 2016 р. в цілому порівняно з 2015 р. зросла на 18,2%, у тому числі серед дітей до 17 років – на 13,4%.

Аналіз захворюваності на інфекційні хвороби в Україні свідчить, що упродовж 15 років спостерігається тенденція до її зниження – всього показник захворюваності без носіїв, грипу та ГРВІ у 2016 р. становив 467,64 на 100 тис. населення проти 465,97 у 2015 р. та 673,27 у 2003 році.

У структурі захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів і грип припадає 97,5%.

Серед усіх інфекційних хвороб, що реєструються в країні, найбільший вплив на стан здоров'я населення мали: грип та інші ГРВІ, а також вірусний гепатит, ГКІ, туберкульоз, інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики.

Не реєструвалася захворюваність на холеру, сибірку, паратифи, орнітоз, гострий поліомієліт, хворобу легіонерів, туляремію, хворобу Брілла, висипний тиф; реєструвались поодинокі випадки: бруцельозу (1), кліщового вірусного енцефаліту (3), дифтерії (4),

черевного тифу (4), сказу (4), гарячки КУ (3), гарячки Західного Нилу (1), геморагічної гарячки з нирковим синдромом.

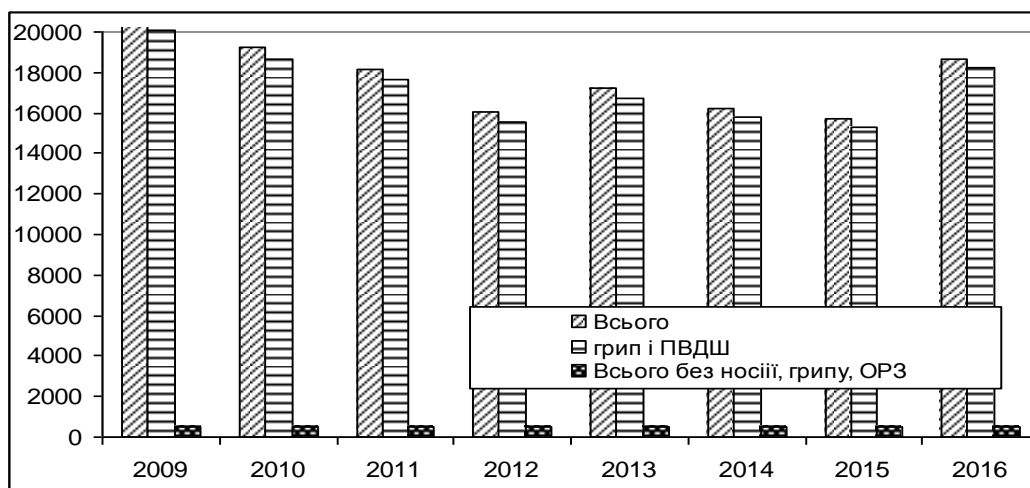


Рис. 3.9.1. Інфекційна захворюваність на території України за 2009–2016 рр. (на 100 тис. населення)

Епідемічний процес проявлявся у вигляді спорадичної захворюваності, групових захворювань та спалахів. Зросла захворюваність на сальмонельоз – 7,0% (20,90 на 100 тис. населення), шигельоз бактеріологічно підтверджений (4,0% – 1,71), ГКІ, спричинені невстановленими збудниками, та неточно визначені харчові токсикоінфекції (5,5% – 103,36), лептоспіроз (7,3% – 0,76), кашлюк (29,1% – 7,32), вірусний менінгіт (9,0% – 1,13), вірусний гепатит А (22,0% – 7,08), вірусний гепатит В (8,4% – 3,43), інфекційний мононуклеоз (12,5% – 13,34).

У 2016 р. порівняно з 2015 р. реєструвалося зниження захворюваності на шигельоз (1,6% – 2,15 на 100 тис. населення), ентерити, коліти, гастроентероколіти, харчові токсикоінфекції (1,3% – 122,13), ротавірусний ентерит (2,2% – 28,34), кампілобактеріальний ентерит (4,4% – 0,25), ентерити, спричинені ерсинія ентероколітика (16,4% – 0,25), лямбліоз (1,7% – 28,88), хворобу Лайма (19,3% – 6,45), туберкульоз органів дихання (1,8% – 50,75), менінгококову інфекцію (19,4% – 0,63), кір (2,9% – 0,24), краснуху (39,3% – 0,35), епідемічний паротит (4,8% – 1,03), правець (на 2 випадки), вірусний гепатит С (4,4% – 1,32), хронічні вірусні гепатити (4,6% – 17,44), малярію (15,7% – 0,10).

Одним із найважливіших заходів у боротьбі та попередженні інфекційних захворювань, керованих засобами специфічної імунпрофілактики (дифтерія, кашлюк, кір, краснуха, епідемічний паротит, поліомієліт, правець, гепатит В, туберкульоз), є профілактичні щеплення. Для подальшого забезпечення і підтримання епідемічного благополуччя в Україні щодо керованих інфекцій необхідно забезпечити достатній обсяг охоплення профілактичними щепленнями, рекомендований ВООЗ, – не менше 95,0%. Це можливо лише за умови повного забезпечення потреб ЗОЗ в імунобіологічних препаратах для щеплення та їх безперебійного постачання.

На кінець року спостерігався черговий епідемічний спад кору у більшості регіонів країни. Захворюваність знизилась на 2,9%, усього зареєстровано 102 випадки (0,24 проти 0,245). Високий показник захворюваності зареєстрований у Івано-Франківській області – 5,65 на 100 тис. населення (у 23,5 разу вище середнього по Україні – у 2015 р. не було зафіксовано жодного випадку), незначне перевищення спостерігається у Чернівецькій (0,33 –

вище у 1,4 разу). Однак ріст захворюваності відмічається в Одеській області (з 0,04 у 2015 р. до 0,25 у 2016 р.) та Чернівецькій областях (з 0,11 до 0,33). Жодного випадку кору не зареєстровано у Вінницькій, Волинській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Луганській, Миколаївській, Рівненській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій та Чернігівській областях.

На кір більше хворіли діти, захворюваність серед дітей до 17 років відмічається на рівні 1,09 на 100 тис. (у 2015 р. – 1,00). Найвищий показник захворюваності серед дітей встановлено у Івано-Франківській області – 23,92 на 100 тис. (67 випадків). За віковими групами найвищі показники захворюваності реєструвалися серед дітей молодшого та середнього віку.

В Україні простежується тенденція до зниження захворюваності на кір, краснуху серед дітей та дорослого населення. На фоні низького рівня охоплення щепленнями відбувається накопичення значного прошарку неімунних до збудника кору та краснухи осіб, що формує умови до погіршення епідситуації найближчими роками та унеможливорює досягнення в країні елімінації кору в терміни, визначені ВООЗ.

Останніми роками захворюваність на краснуху, епідемічний паротит, а також кашлюк набувають нестабільного некерованого характеру, про що свідчить чергування періодів підйому і спаду захворюваності, зменшення міжепідемічних проміжків часу. З кожним роком зменшуються обсяги виявлення бактеріоносіїв, як токсигенних, так і нетоксигенних штамів дифтерії.

Реєструється постійне зниження захворюваності на дифтерію, проте у 2016 р. зареєстровано 4 випадки, що дещо вище рівня 2015 р. – 2 випадки (у 2014 р. – 4, у 2013 р. – 6, у 2012 р. – 5). Максимальна реєстрація випадків (5277 випадків при інтенсивному показнику 10,25 випадку на 100 тис. населення) дифтерії в Україні була у 1995 р. – це був пік масового поширення інфекції. Виникненню епідемії сприяв низький рівень охоплення дітей, особливо старших вікових груп, профілактичними щепленнями.

Протягом 1999–2016 рр. чітко просліджувалась тенденція до поступового щорічного зниження захворювань на епідемічний паротит – з 66,4 на 100 тис. до 1,03 відповідно. Показник 2016 р. – найнижчий за останні 15 років.

У 2016 р. захворюваність на краснуху складала 0,35 на 100 тис. населення, що на 39,6% нижче рівня 2015 р. (0,58); проте у 2016 р. проти 2004 р. було зареєстровано різке зниження захворюваності – з 66,14 до 0,35, відповідна картина і серед дітей до 17 років. Майже 70% серед захворілих – діти.

Високий рівень захворюваності спостерігається серед незахищених дорослих, у яких серйозною загрозою є тератогенний вплив, переривання вагітності, народження дітей із синдромом природженої краснухи тощо.

Досягти зниження захворюваності на епідпаротит та краснуху можна тільки засобами імунопрофілактики.

У 2016 р. на правець захворіло 6 дітей проти 2 дітей у 2015 р., що свідчить про накопичення когорти сприйнятливих дітей, що, безумовно, викликано зниженням обсягів імунізації.

За останні роки, попри раніше досягнуті успіхи у реалізації Програми ліквідації поліомієліту та сертифікації України як території, вільної від циркуляції дикого поліовірусу, стає очевидним загострення цієї проблеми.

Громадська недовіра до щеплень та недостатнє забезпечення вакцинами в кінцевому результаті створили небезпечну ситуацію щодо захисту дітей від поліомієліту, знизивши рівень охоплення щепленнями до критичного.

Розуміючи, які можуть бути наслідки та загрози для здоров'я, передусім дитячого населення, з метою вжиття заходів щодо попередження ускладнень епідемічної ситуації з поліомієліту та рекомендацій ВООЗ, в Україні проводиться робота відповідно до наказів МОЗ України від 12.09.2013 р. № 798 «Про запобігання поширення дикого поліовірусу типу 1 в країні» та від 14.07.1998 р. № 196 «Про посилення заходів щодо попередження захворювань на поліомієліт в Україні». У регіонах в рамках виконання міжнародної програми глобальної ліквідації поліомієліту був посилений контроль та підвищені вимоги до епідеміологічного нагляду за гострими в'ялими паралічами/поліомієлітом, вірусологічним моніторингом стічних вод, станом джерел водопостачання та рекреаційних зон. Незважаючи на кадрові та організаційні зміни, в цілому нам вдалося втримати ситуацію під контролем. Національна лабораторія з діагностики поліомієліту акредитована ЕРБ ВООЗ за всіма показниками.

У зв'язку з неблагополучною ситуацією у світі щодо поліомієліту, з метою раннього виявлення та попередження розповсюдження, запроваджено додаткові заходи до епідеміологічного нагляду за ентеровірусними інфекціями відповідно до наказу МОЗ України від 05.09.2013 р. № 777 «Про затвердження Плану заходів щодо попередження виникнення та поширення захворювань на ентеровірусні інфекції на 2013–2016 роки».

У регіонах України здійснюється моніторинг за циркуляцією ентеровірусів у зовнішньому середовищі, серед хворих осіб та здорових дітей. Аналіз результатів цієї роботи свідчить про нестійку епідемічну ситуацію щодо захворюваності на ентеровірусну інфекцію, яка вимагає проведення відповідних профілактичних заходів. Зважаючи на фактори передачі, ентеровірусна інфекція здебільшого має фекально-оральний механізм реалізації, що характерний для ГКІ, успіх подолання проблеми залежить від багатьох чинників соціальних та природних факторів, життєвого рівня, гігієнічної поведінки населення тощо.

За останні роки захворюваність населення на ГКІ, особливо серед дітей, є найбільш поширеною. Зростає кількість випадків ГКІ з невстановленим збудником (46%), джерелом інфікування та факторами передачі інфекції.

У 2016 р. рівень захворюваності на ГКІ, спричинені невстановленими збудниками, та неточно визначені харчові токсикоінфекції зріс на 5,5% і становив 103,36 на 100 тис. населення проти 97,64 у 2015 році. Найбільший показник захворюваності відмічався у 1999 р. – 96,18 на 100 тис. нас., найменший у 2005 р. – 59,32, з 2008 р. реєструється тенденція зростання. Найвищі рівні захворюваності реєструвалися в Одеській, Миколаївській, Запорізькій областях (вище середнього рівня у 2–5 разів).

Значна питома вага серед ГКІ належить захворюваності на ентерити, коліти, гастроентерити та харчові токсикоінфекції, спричинені встановленими збудниками. Показник захворюваності практично не змінився і становив 122,13 на 100 тис. населення

проти 123,27 у 2015 році. Високі показники захворюваності на ГКІ реєструвалися у Запорізькій, Вінницькій, Херсонській областях (вище середнього рівня у 1,5–3 рази).

На даний час найбільш актуальною проблемою є ротавірусна інфекція, ріст якої спостерігається останніми роками: з 635 випадків у 1995 р. до 2970 у 2005 р. і 12119 у 2016 р., проте рівень захворюваності у 2016 р. склав 28,34 на 100 тис. населення та зменшився на 2,2% проти 2015 року.

Захворюваність на ротавірусну інфекцію серед дітей до 17 років склала 154,20 на 100 тис., що на 2,3% нижче рівня 2015 р. – 158,17. Неблагополучна епідемічна ситуація спостерігається на більшості адміністративних територій. Стабільно високі рівні захворюваності на ротавірусний ентерит серед дітей реєструються у Запорізькій (808,09 на 100 тис. населення), Миколаївській, Херсонській, Дніпропетровській, Черкаській областях. Це свідчить як про поширеність інфекції, так і, у більшій мірі, про спроможність лабораторної етіологічної розшифровки ГКІ у різних регіонах.

Однією із розповсюджених хвороб кишкової групи інфекцій є сальмонельоз. Щороку в Україні реєструються високі рівні захворюваності на інші сальмонельозні інфекції. У 2016 р. 8935 осіб звернулося по медичну допомогу з приводу сальмонельозів, показник захворюваності становив 20,90 на 100 тис. та зріс на 7,0% проти 2015 року. Середній рівень захворюваності варіював від максимального – 29,73 на 100 тис. населення у 1995 р. до мінімального – 14,23 у 2004 році. За десятирічний період загальна захворюваність на сальмонельози знизилась, проте ще перевищує майже у 1,5 разу рівень 2004 року. Актуальність сальмонельозу зумовлена його широким розповсюдженням, частими спалахами та високим показником захворюваності серед дітей (47,22 на 100 тис., знизився проти 2014 р., але у 1,5 разу вище рівня 2004 р.).

Слід зазначити, що виявлення сальмонельозу неповне, оскільки воно будується лише на даних лабораторної діагностики. Важливою сучасною особливістю сальмонельозу є її спорадичність, яка підтримується постійним надходженням у торгівельну мережу забруднених сальмонельозом м'ясопродуктів, які не були виявлені у процесі переробки. Слід зазначити, що виділення сальмонел з об'єктів навколишнього середовища, харчових продуктів, свідчить про їх широке розповсюдження і потребує чітких погоджених дій різних міністерств та відомств, об'єднання зусиль медичних та ветеринарних працівників, координації епідеміологічних і лабораторних досліджень.

Захворюваність на шигельоз характеризувалася тенденцією до зниження з 1995 р. по 1998 р. – з 65,56 на 100 тис. населення до 34,52; різким зростанням у 1999 р. і 2000 р. до 67,10, зниженням з 1999 р. по 2016 р. – з 67,10 до 2,15. Аналіз ситуації показує, що тенденція до зниження залишається. Аналогічна ситуація щодо захворюваності на шигельоз і серед дитячого населення. Зниження статистичних показників захворюваності на шигельоз майже у всіх регіонах свідчить про черговий епідемічний спад шигельозу в Україні. Найвищі рівні захворюваності зареєстровані у Харківській (у 5,7 разу вище середнього рівня по країні – 333 випадки – 12,26 на 100 тис.), Одеській, Закарпатській, Івано-Франківській областях. При цьому має місце зростання захворюваності у Сумській (у 9 разів – з 2 до 18 випадків), Київській (у 5,8 разу – з 7 до 41 випадку), Івано-Франківській (у 2,7 разу – з 22 до 59), Житомирській (у 2,2 разу – з 6 до 13), Дніпропетровській (у 2 рази – з 36 до 74 випадків) та Львівській (у 2 рази – з 10 до 21 випадку) областях.

Гострі кишкові інфекції завдають значних економічних збитків, які пов'язані з лікуванням хворих, їх реабілітацією, тимчасовою втратою працездатності, витратами на проведення профілактичних та протиепідемічних заходів.

Щорічно в Україні реєструються спалахи захворювань на ГКІ. На таке становище певною мірою вплинуло суттєве обмеження контрольно-наглядових функцій повноважними органами. На рис. 3.9.2 видно тенденцію до зростання кількості осіб, які постраждали внаслідок спалахів інфекційних хвороб. За 12 місяців 2016 р. було зареєстровано 166 спалахів захворювань на ГКІ, під час яких постраждало 3140 осіб, у тому числі 1563 (49,8%) дитини. За аналогічний період 2015 р. було зареєстровано 101 спалах кишкових інфекційних захворювань, під час яких постраждало 1549 осіб, у тому числі 704 (45,4%) дитини, відбулося зростання кількості спалахів на 64,4%.

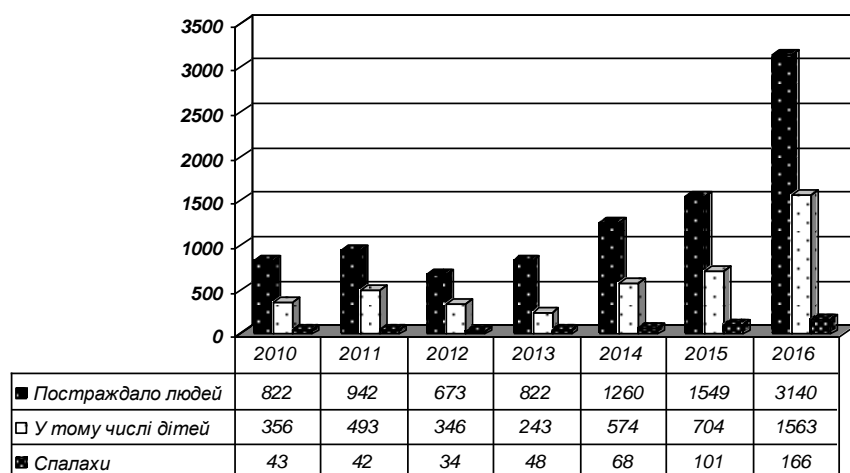


Рис. 3.9.2. Кількість спалахів інфекційних захворювань та постраждалих від них в Україні у 2010–2016 рр.

Спалахи реєструвались на 24 адміністративних територіях України: Одеська – 21; Івано-Франківська, Житомирська – 12; Львівська – 11; м. Київ – 10; Вінницька, Кіровоградська, Харківська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська – по 7; Волинська, Дніпропетровська, Київська, Миколаївська, Чернівецька – по 6, Рівненська, Чернігівська – по 5; Сумська, Тернопільська – по 4; Запорізька – 3; Полтавська – 2; Закарпатська, Луганська – по 1; на водному транспорті (на території Одеської області) та на повітряному транспорті – відповідно 2 і 1.

За етіологічним чинником 69 (41,6%) спалахів були викликані сальмонелами, у т.ч. 1 – сальмонелою тифі, 25 – ротавірусами (15,1%), 21 – вірусом гепатиту А (12,7%), 3 – шигельоз (1,8%), 22 – встановленими збудниками (13,2%), 17 (10,2%) – невстановленими збудниками, 9 (5,4%) – інші випадки.

Було зареєстровано два спалахи, пов'язані з вживанням недоброякісної питної води, – з міського водогону в м. Ізмаїл, сс. Броска, Матроска Одеської області у червні 2016 р. (гострі ентероколіти зі встановленими збудниками – постраждало 776 осіб, у т.ч. 449 дітей) та з криниць у с. Старогорожане Баштанського району Миколаївської області у серпні-листопаді 2016 р. (вірусний гепатит А – постраждало 37 мешканців, у т.ч. 28 дітей).

В організованих колективах виникло 72 спалахи, з них 36 – у дошкільних навчальних закладах із загальною кількістю постраждалих 287 осіб, у тому числі 286 дітей, 31 – у навчальних закладах, захворіли 317 осіб, у т.ч. 281 дитина, та 5 у дитячих оздоровчих

закладах – захворіли 39 осіб, у т.ч. 35 дітей. Майже удвічі збільшилася кількість спалахів, які виникли в організованих колективах.

За аналогічний період 2015 р. 37 спалахів виникло в організованих колективах у дошкільних, навчальних та оздоровчих закладах із загальною кількістю постраждалих 500, у тому числі 392 дитини (78%) – у дошкільних закладах (24 спалахи – постраждало 278 осіб, з них 276 дітей), навчальних закладах (11 спалахів – 190 осіб, з них 85 дітей), оздоровчих закладах (2 спалахи – 32 особи, з них 31 дитина).

На об'єктах громадського харчування зареєстровано 46 спалахів – захворіли 1096 осіб, у т.ч. 224 дитини, за аналогічний період 2015 р. – 30 спалахів із загальною кількістю захворілих 466, у тому числі 91 (19,5%) дитина. На цих об'єктах також зареєстровано зростання кількості спалахів на 53%. Слід зазначити, що багато об'єктів ресторанного господарства, з якими пов'язані спалахи та групові захворювання, належать до ФОП і знаходяться на спрощеній системі оподаткування.

Серед населення у побуті зареєстровано 44 спалахи із загальною кількістю захворілих 1306 осіб, у т.ч. 704 дітей (у 2015 р. – 27 спалахів, під час яких постраждало 497 осіб, з них 214 дітей). При цьому зареєстровано зростання кількості спалахів на 63%.

Основний фактор передачі інфекції у 2016 р. – це харчовий. З ним пов'язано 113 (68,1%) спалахів, у т.ч. 6 (3,6%) – з кондитерськими виробами, 3 (1,8%) – з молокопродуктами; 2 (1,2%) – з водним фактором; решта – 51 (30,7%) – з іншими факторами передачі.

З метою запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, своєчасного розслідування причин виникнення спалахів, адекватного лікування постраждалих осіб, лабораторні підрозділи щорічно проводять понад 700 тис. досліджень проб харчових продуктів, питної води, об'єктів довкілля за мікробіологічними показниками.

Незважаючи на зниження показників захворюваності за рядом нозологій, епідемічна ситуація з інфекційних хвороб в країні залишається нестабільною, зареєстровано рекордну кількість спалахів ГКІ за останні 20 років, 73,5% з яких були пов'язані із порушенням суб'єктами господарювання елементарних санітарно-гігієнічних норм і правил на фоні відсутності нагляду і контролю. Поширенню ГКІ сприяє зниження життєвого рівня населення, культури обслуговування на об'єктах, недотримання елементарних правил особистої гігієни, а також незадовільний стан об'єктів водозабезпечення, водогінних та каналізаційних споруд.

Досить актуальною для країни залишається захворюваність на гострі вірусні гепатити. У структурі всіх інфекційних захворювань вірусні гепатити складають 1,8% у роки максимального епідемічного підйому та 0,2% у роки спаду (рис. 3.9.3, 3.9.4).

В Україні щорічно реєструється 11–15 тис. випадків вірусного гепатиту, інтенсивний показник в минулому році становив 29,67 на 100 тис. (зріс на 2,2% проти 28,92 у 2015 р.) за рахунок захворюваності на гострий ВГА, що свідчить про достатньо високий рівень захворюваності.

Серед загальної кількості вірусних гепатитів питома вага ВГА становить 24%, ВГВ – 11,5%, ВГС – 4,4%, на долю інших, етіологічно не розшифрованих, гепатитів припадає до 1,4%, а на долю хронічних гепатитів – 58,8% (близько 7,5 тис. випадків).

Порівняно з 2015 р. спостерігається зростання захворюваності парентеральними гепатитами: на гострі форми ВГА – на 22,0%, ВГВ – на 8,4%; а також зниження захворюваності на гострі форми ВГС – на 4,4%, хронічні гепатити – на 4,6%.

Високим рівнем захворюваності на ВГА відзначалися 1995–1996 рр., у 1997–1999 рр. стався різкий спад ВГА. Захворюваність щорічно знижувалась майже удвічі. Останніми роками ВГА перебуває у періоді епідемічного спаду, рівень захворюваності коливався в межах 81,90 (у 2001 р.) – 43,27 (у 2005 р.) – 24,73 (у 2006 р.) – 16,86 (у 2007 р.) – 11,05 (у 2008 р.) – 5,69 (у 2009 р.) – 6,13 (у 2010 р.) – 3,93 (у 2011 р.) – 3,07 (у 2012 р.) – 6,80 (у 2013 р.) – 10,12 (у 2014 р.) – 5,78 (у 2015 р.). У 2016 р. захворюваність склала 7,08 на 100 тис. населення.

Найвищі рівні захворюваності на ВГА спостерігалися у Закарпатській (62,46 на 100 тис. – 785 випадків), Житомирській (21,72 – 273 випадки) областях та м. Києві (22,31 – 635 випадків). При цьому зареєстровано різке зростання захворюваності на гострі форми ВГА у Одеській, Миколаївській, Хмельницькій областях – відповідно у 8,6 (з 33 до 285 випадків), 5 (з 13 до 58) і 3,8 (з 23 до 88) рази проти 2015 року.

На сучасному етапі набуває поширення захворюваність на гострий гепатит А, що пов'язано з інтенсивним забрудненням довкілля, насамперед питної води і ґрунту, порушенням санітарних норм і правил при виготовленні та реалізації харчових продуктів.

Рівень захворюваності на хронічні гепатити становив 17,44 на 100 тис. у 2016 р. проти 18,23 у 2015 році. Серед хронічних гепатитів найбільш активно поширюється хронічний гепатит С (78% у структурі хронічних вірусних гепатитів), у 2016 р. відмічається його зниження на 2,2% до рівня 13,69 на 100 тис. населення (5854 випадки).

Вірусні гепатити на сьогодні становлять надзвичайно важливу проблему для охорони здоров'я. У значної частини осіб хвороба набуває хронічної форми (гепатити В, С) з подальшим розвитком цирозу та раку печінки і завдає значні економічні збитки, пов'язані з лікуванням та реабілітацією хворих.

За даними епідеміологічних розслідувань, 25–30% хворих на гепатити В і С могли інфікуватись внаслідок різних маніпуляцій у ЛПЗ, установах підприємницької діяльності (приватні стоматологічні, косметичні кабінети, перукарні, салони татуажу, пірсингу).

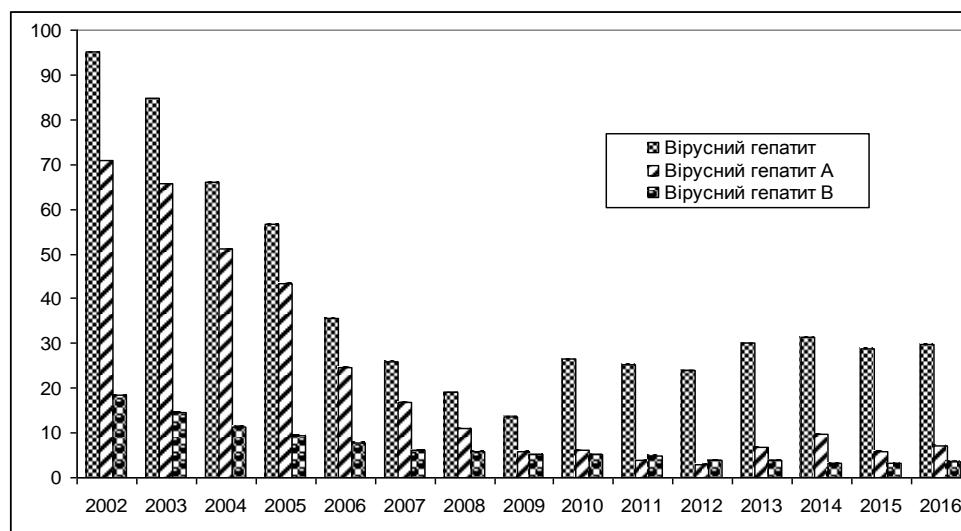


Рис. 3.9.3. Захворюваність на вірусний гепатит в Україні у 2002–2016 рр. (на 100 тис. населення)

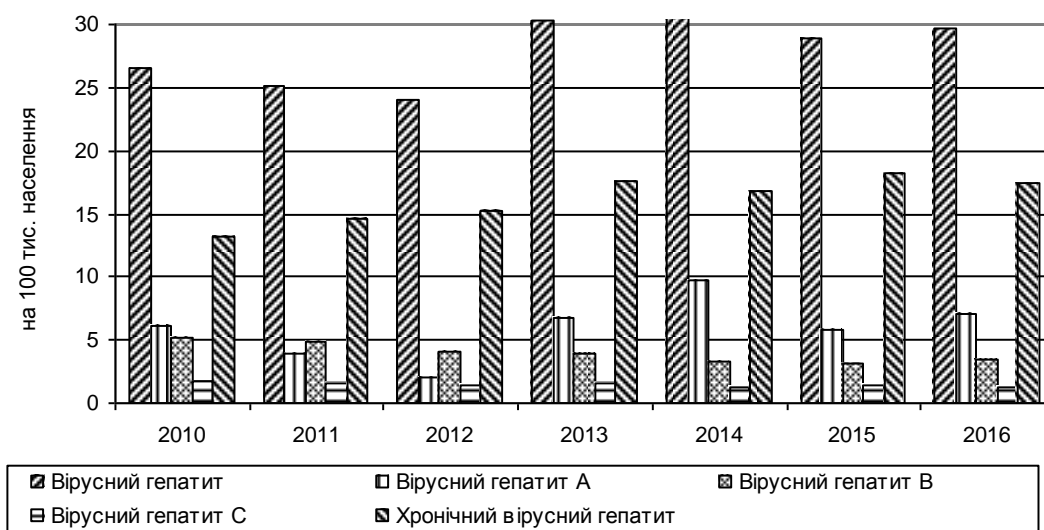


Рис. 3.9.4 Захворюваність на вірусний гепатит в Україні у 2010–2016 рр. (на 100 тис. населення)

Пріоритетними сьогодні залишаються проблема внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ). Робота в цьому напрямку проводиться органами і установами охорони здоров'я.

У 2016 р. зареєстровано 3619 випадків проти 4611 у 2015 р., 5422 у 2014 р., 6592 у 2013 р., 7253 у 2012 р., 7448 у 2011 р., 6929 у 2010 р. і 3830 у 2009 р. Серед дітей до 17 років у 2016 р. зареєстровано 473 (13%) випадки проти 726 (15,7%) у 2015 р., 959 (17,7%) у 2014 р. та 1255 (19%) у 2013 році. Третя частина ВЛІ – це ускладнення внаслідок хірургічних та терапевтичних втручань, 21% – гнійно-септичні інфекції новонароджених та породіль, 46% – інші нозології.

За даними офіційної статистики щорічно в Україні реєструється 3,5–7,5 тис. випадків ВЛІ, але за результатами спеціальних програм ВООЗ з епіднагляду за ВЛІ та їх профілактики, встановлено, що ці інфекції вражають в середньому 8–9% пацієнтів. За нашими розрахунками, ця цифра в 40–50 разів вища (200–250 тис.) за дані офіційну статистику.

Найбільший ризик виникнення ВЛІ існує у пацієнтів відділень реанімації та інтенсивної терапії, хірургічного, урологічного, неонатологічного, акушерського відділень, які зазнають значної кількості інвазивних втручань.

Система епіднагляду недостатньо чутлива та орієнтована, в якійсь мірі, на захворюваність, а не на фактори, які їх детермінують.

Для контролю за ускладненнями необхідні дані мікробіологічних досліджень, які дозволять визначити конкретну етіологічну структуру та рівень антибіотикорезистентності збудника з урахуванням етіологічної структури інфекційного ускладнення, надати рекомендації щодо профілактики та лікування.

Захворюваність на ВЛІ та питання її профілактики є невід'ємною складовою якості надання медичної допомоги пацієнтам у лікувальних закладах, де існують певні умови для їх виникнення – незадовільний санітарно-технічний стан та матеріальне забезпечення багатьох відділень, насамперед тих, у яких проводиться значна кількість інвазивних діагностичних чи лікувальних процедур.

У загальній структурі інфекційних захворювань, що зареєстровані в 2016 р., випадки захворювань на грип та ГРВІ серед населення України становлять 97,5%. За даними

державної статистичної звітності, за останній рік на грип та ГРВІ переохворіло 18,2% населення країни. У 2016 р. зареєстровано 7782404 випадки захворювань на грип та ГРВІ (сумарно) проти 6555282 у 2015 році. Показники захворюваності на 100 тис. населення в 2016 р. становлять 18200,34 проти 15279,13 у 2015 р., збільшення – на 19,1%, у т.ч. на грип – 171,29 на 100 тис. (зростання у 3,8 разу – проти 45,26).

Зростання захворюваності на ГРВІ на 18% має місце в 2015 р., зареєстровано 7709161 випадок (18029,05 на 100 тис. населення) проти 6535862 (15233,87 на 100 тис. населення) у 2015 році. Питома вага дітей до 17 років становить 63,5%.

Найвища захворюваність на ГРВІ спостерігається серед дітей вікової групи від 1 до 4 років (переважно неорганізовані діти) і становить 40,1% проти 40,7% у 2015 році. Розподіл захворілих дітей за віковими групами наступний: 5–9 років – 27,4%; 10–14 років – 20,6%; 15–17 років – 11,9%.

Найвищий рівень захворюваності на ГРВІ спостерігався у Київській області (32686,44), що майже вдвічі перевищує середній показник по Україні (18029,05). Відзначається перевищення середньої захворюваності по країні у м. Києві на 63,7%; у Дніпропетровській – на 36,7%; Запорізькій – на 33,5%; Рівненській – на 19,9% та Чернігівській областях – на 18,3%.

Порівняно з минулим роком відзначається збільшення рівня захворюваності на грип у 3,8 разу (171,29 на 100 тис. населення проти 45,26). Усього зареєстровано 73243 випадки грипу проти 19420 у 2015 році. Питома вага захворілих на грип становить 0,9% від загальної кількості хворих на грип та ГРВІ, у 2015 р. – 0,3%.

Найвища захворюваність на грип відзначається у Рівненській області (556,25 на 100 тис. населення), що перевищує в три рази середній показник по Україні (171,29 на 100 тис. населення). Значне перевищення середнього рівня захворюваності на грип мало місце у Житомирській – у 3 рази, Чернігівській – у 2,7 разу, Кіровоградській – у 2,4 разу, Сумській – у 2 рази областях. Найменша кількість захворілих на грип зареєстрована у Закарпатській та Волинській областях – 82 та 43 випадки за рік відповідно, що вказує на незадовільну діагностику цього захворювання.

Збільшення захворюваності на грип відзначається також серед дитячого населення у 2,9 разу (378,44 на 100 тис. населення проти 129,46 у 2015 р.). Питома вага дітей становить 39,3% від загальної кількості захворілих на грип, у 2015 р. – 50,6%.

Найвища захворюваність на грип має місце серед дітей вікової групи 0–4 років – 31,3%. Розподіл захворілих дітей у вікових групах такий: 5–9 років (29,4%); 10–14 (25,8%); 15–17 (13,5%).

У сезоні 2015–2016 рр. серед населення України зареєстровано 5,8 млн випадків захворювань на грип та ГРВІ, показник захворюваності (1294,6 на 100 тис. населення) на 12,1% більше аналогічного періоду минулого епідсезону. Різкий ріст захворюваності розпочався на перших тижнях 2016 р. на Сході України з перевищенням епідемічного порогу у Дніпропетровській і Донецькій областях та одночасною реєстрацією захворювань на грип з важким перебігом. Діагностовано 733 випадки важкої гострої респіраторної інфекції, з них 53,3% з летальним результатом, у тому числі 5 дітей віком до 17 років. З початку лютого 2016 р. інтенсивні показники захворюваності поступово знизилися до порогових рівнів. Етіологія епідемічного підйому захворюваності населення на грип та ГРВІ мала яскраво

виражений моноетіологічний характер з перевагою вірусів грипу типу А(Н1N1)рdm09, участь інших вірусів грипу була незначною.

Епідемія туберкульозу (за критеріями ВООЗ) в Україні оголошена з 1995 року. До 2006 р. рівень захворюваності збільшувався (зріс майже у два рази – з 38,7 на 100 тис. населення у 1995 році до 73,55 у 2006 р., який є піком). Зниження захворюваності на активний туберкульоз органів дихання реєструється з 2006 р. – з 73,55 до 50,75 у 2016 р. (зниження на 31% по відношенню до 2006 р.).

Зниження відмічалось у переважній кількості регіонів (15). При цьому зареєстровано деяке зростання захворюваності у Донецькій, Луганській областях проти минулого року, проте є найнижчими рівнями, на що вплинув неповний облік захворюваності у цих регіонах через проведення АТО та окупацію територій: у Луганській – 14,13 на 100 тис., Донецькій – 25,51. Відмічається зниження захворюваності проти рівня 2015 р. у Івано-Франківській, Дніпропетровській, Кіровоградській областях на 14–13,7%. Найвищий рівень зареєстрований в Одеській області (99,98 на 100 тис., що перевищує рівень по країні практично удвічі). Проте було зареєстровано зростання показника у Луганській (на 20,4%), Тернопільській (на 14,3%), Донецькій (на 12,8%), Одеській, Полтавській, Львівській, Закарпатській, Київській областях та м. Києві (від 7,4% до 2,7%).

З 2012 р. діяла Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки (затверджена Законом України від 16 жовтня 2012 року №5451-VI). Метою Програми є поліпшення епідемічної ситуації в напрямку зменшення кількості хворих на туберкульоз, зниження рівня захворюваності та смертності від нього, Ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція), темпів поширення мультирезистентного туберкульозу шляхом реалізації державної політики, що ґрунтується на принципах забезпечення загального та рівного доступу населення до високоякісних послуг з профілактики, діагностики і лікування туберкульозу.

Залишається актуальною проблема боротьби з зооантропонозними, природновогнищевими інфекціями та їх профілактики.

Нестійка епідемічна ситуація з лептоспірозу, відмічається активізація природних та антропоургічних вогнищ. Протягом 1995–2016 рр. захворюваність коливалася від 0,60 (2011 р.) до 3,17 (1998 р.). Проте в останні чотири роки, при рівні захворюваності 0,60 на 100 тис. населення у 2011 р., 0,69 у 2012 р., 0,84 у 2013 р. та 1,08 у 2014 р., намітилося деяке зростання показників, але у 2015–2016 рр. знову відбулося зниження до 0,70 і 0,76, при цьому загальна довгострокова тенденція до зниження все ж залишається.

Більш високі показники зареєстровані у Херсонській – 5,06 на 100 тис. нас. (54 вип., зростання на 86%), Чернігівській – 2,67 (28 вип.), Вінницькій, Миколаївській, Закарпатській, Кіровоградській областях – до 2,00 на 100 тис. населення. Збільшення рівня захворюваності зареєстровано у 12 областях. Не зареєстровані у Луганській області. Поодинокі випадки захворювань реєструвалися у 11 областях. Як і раніше, вкрай низькі показники захворюваності, що може свідчити про недостатню настороженість медпрацівників до цього важкого захворювання та незадовільну діагностику, реєструються у Волинській і Харківській (по 5 випадків), Житомирській і Запорізькій (по 4 випадки), Одеській (3), Донецькій (1) областях. Захворюваність серед дітей зменшилася на 8 випадків і становить 0,24 на 100 тис. населення (18 вип.) проти 0,13 у 2015 році.

Основною з причин захворюваності на лептоспіроз є зменшення проведення дератизаційних заходів. Через недостатнє виділення коштів практично призупинено проведення весняної та осінньої суцільної дератизації на всій території України.

За період з 1995 по 2012 роки на території України було зареєстровано 83 випадки захворювань людей на сибірку, з них 1 випадок у 2008 р. та 1 випадок у 2012 р., при нульовій захворюваності у 2005–2007 рр., 2009–2011 і 2013–2016 роках. Найбільш неблагополучна ситуація була в 1997 р., зареєстровано 38 випадків захворювань, та в 1999 р. – 14 випадків. Основними причинами виникнення захворювання людей були грубі порушення ветеринарно-санітарних правил утримання, забою, реалізації м'ясної продукції, без відповідної санітарно-ветеринарної експертизи.

Випадків захворювань на туляремію у 2016 р. не зареєстровано; у 2015 р. захворюваність на туляремію склала 0,002 (1 випадок), у 2014 р. – 0,002 (1 випадок), у 2013 р. – 0,004 (2 випадки), у 2012 р. – 0,01 (3 випадки), у 2011 р. – 0,017 на 100 тис. населення (8 випадків), у 2005 р. – 0,048 (23 випадки). Поодинокі випадки захворювання мали місце серед населення, яке проживає на територіях з природними вогнищами туляремії, переважно серед осіб, які не були щеплені проти цієї інфекції. У зв'язку з відсутністю вітчизняного виробництва туляремійної вакцини, щеплення населення майже припинено, що веде до зниження імунного прошарку і створює реальну загрозу виникнення епідемічних ускладнень.

За період з 1995 по 2016 роки в Україні зареєстровано 55 випадків захворювань на сказ. У 2016 р. зареєстровано 4 випадки у Дніпропетровській, Рівненській, Чернігівській областях, м. Києві. Захворюваність склала 0,01 на 100 тис. населення проти 0,013 (6 випадків) у 2015 р., 0,012 (4 випадки) у 2014 р., 0,001 (3 випадки) у 2013 р., 0,013 (6 випадків) у 2011 р., 0,007 (3 випадки) у 2010 р., 0,004 (1 випадок) у 2009 р., 0,004 (2 випадки) у 2008 р., 0,015 (7 випадків) у 2007 році. У 2012 році не було зареєстровано жодного випадку.

Останніми роками залишається вкрай неблагополучна епізоотична ситуація щодо сказу. Основними резервуарами сказу у дикій природі залишаються червоні лиси, у населених пунктах – коти та собаки. Ризик захворювання людей на сказ ускладнюється тим, що щорічно за медичною допомогою в зв'язку з нападами тварин звертається 100–120 тис. осіб, з них понад 20 тис. щепляться проти сказу.

Більшість нападів тварин пов'язані з порушенням власниками правил їх утримання, значна частина потерпілих (до 24%) укушені безпритульними тваринами. Ускладнює ситуацію незадовільне вирішення проблеми регулювання чисельності диких хижих тварин, внаслідок чого чисельність лисиць у більшості регіонів значно перевищує епізоотичний поріг (1,0 голова на 1000 га), безпритульних тварин, а також досить повільні темпи імунізації пероральними вакцинами диких хижих тварин.

У 2013–2016 рр. не було зареєстровано жодного випадку захворювань на орнітоз, проте у 2012 р. цей показник склав 0,007 на 100 тис. населення проти 0,015 у 2011 році.

В Україні на об'єктах довілля при проведенні епідмоніторингу щорічно виявляються авірулентні штами холерних вібріонів, у т.ч. 01-групи. Зокрема у 2015 р. при дослідженні 17630 проб з об'єктів довілля виділено 20 культур холерних вібріонів Ель-тор (8,1%), всі авірулентні; при дослідженні проб прісної воли з водойм, у т.ч. 11 у Запорізькій області, 9 у Харківській, та у 2553 (14,5%) пробах виявлено НАГ-вібріони не-01-групи (ті, що не аглютинуються, – непатогенні та умовно-патогенні). При обстеженні 118970 осіб із

дисфункцією кишечника у 25 (0,02%) виявлено авірулентні штами холерних вібріонів не-01-групи.

Епідемічна ситуація щодо паразитарних хвороб в Україні залишається нестійкою. Щорічно виявляється 33 нозології паразитозів та реєструється до 250 тис. нових випадків, насторожує різке зниження кількості обстежень населення на паразитози, що не відображає істинної інвазованості та сприяє появі можливих спалахів. Ускладнення ситуації в світі, країнах СНД з малярії, інших протозоозів, біогельмінтозів потребує посилення нагляду і контролю за водними, харчовими, комунальними об'єктами.

Останнім часом особливу увагу привертають трансмісивні паразитарні хвороби: малярія, дирофіліаріоз, лейшманіоз.

У 2016 р. в Україну було завезено 43 випадки малярії у 14 адміністративних територіях країни проти 51 у 2015 р. у 16 адмінтериторіях, 48 у 2014 р. і 80 у 2013 р. у 22 адмінтериторіях країни (у т.ч. 4 летальні випадки від тропічної малярії) та 65 випадків у 2012 році.

За оперативними даними, станом на 31.12.2016 р. в Україні зареєстровано по 1 випадку – у 4 регіонах (Житомирській, Запорізькій, Київській, Хмельницькій), по 2 – у Дніпропетровській, Львівській, Сумській, Чернігівській, по 3 – у Кіровоградській, Чернівецькій, м. Києві; у Харківській – 5; у Одеській – 13 випадків.

У 2016 р. зареєстровано 12348 випадків лямбліозу проти 12560 за аналогічний період 2015 р., захворюваність становить 28,88 на 100 тис. населення проти 29,28, що на 1,7% менше. У регіонах показники коливались у межах від 2,11 на 100 тис. (Волинська область) до 144,64 (Рівненська). Збільшилися показники захворюваності у Тернопільській (у два рази – з 15,98 до 32,72), Луганській (на 92,6% – з 1,21 до 2,35), Херсонській (69,6% – з 6,44 до 10,97), Кіровоградській (68% – з 8,97 до 15,19), Вінницькій (67% – з 20,85 до 35,05), Хмельницькій (42,6% – з 11,35 до 16,25), Харківській, Полтавській, Київській областях (більше, ніж на 8%). Перевищення середнього показника у 1,5 і більше разів спостерігалось у Рівненській області (144,64 на 100 тис.), Житомирській (87,77), Чернігівській (63,12), Сумській (53,42), Одеській (51,02).

Рівень захворюваності серед дітей до 17 років склав 101,11 (7699 випадків) у 2016 р. проти 107,45 (8161 випадок), що менше на 5,7%. У віковому розподілі найбільшого поширення лямбліоз набув серед дітей 5–9 років (137,38), 1–4 років (112,15) та 10–14 років (91,26).

У 2016 р. зареєстровано 48 випадків криптоспоридіозу (0,11 на 100 тис. населення) проти 22 (0,05) у минулому році, у т.ч. серед дітей віком до 17 років – 15 випадків (0,20 на 100 тис. нас.) проти 10 (0,13) у 2015 р., тобто на 5 випадків менше.

Виходячи з вищезазначеного, в Україні серйозною проблемою залишається відсутність власного виробництва імунобіологічних препаратів для діагностики та профілактики інфекційних хвороб, протималярійних, імунодіагностичних препаратів та дезінфектантів, поставки препаратів не завжди відповідають потребам; значно більшої уваги потребує стан заходів щодо санітарної охорони території країни, оскільки проводиться не виправдане скорочення кількості санітарно-карантинних підрозділів у пунктах пропуску через кордон.

4. ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

4.1. Аналіз мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності

Виконання основних стратегічних завдань діяльності системи охорони здоров'я – збереження й зміцнення здоров'я населення та поліпшення якості медичного обслуговування, розробка конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм та методів роботи окремих спеціалізованих служб – неможливе без аналізу основних характеристик стану та тенденцій розвитку мережі ЗОЗ в Україні.

У сучасних умовах, наскільки це можливо в окремих регіонах, здійснюється послідовна робота з поліпшення роботи мережі ЗОЗ та їх подальшого розвитку. Процес реформ має поетапний характер і дозволяє вдосконалювати роботу різних ланок та рівнів охорони здоров'я, покращувати технології надання медичної допомоги, впроваджувати нові організаційні форми, накопичувати необхідні ресурси.

Мережа системи охорони здоров'я – це структура медичних закладів із відповідними матеріальними, фінансовими, трудовими та інформаційними ресурсами.

Стан мережі охорони здоров'я формується кількістю медичних закладів у цілому й за окремими видами; профільною та територіальною структурою закладів; обсягом ресурсів та їх розподілом у мережі, їх структурою, станом, рухом та ефективністю використання.

Діяльність мережі охорони здоров'я залежить від господарської діяльності; забезпеченості населення медичними послугами; доступності та якості медичних послуг.

Залежно від форми власності, організаційно-правової форми та виду медичної допомоги, що надається закладом, ЗОЗ мають певний визначений поділ. Так, залежно від форми власності, ЗОЗ створюються як державні, комунальні, приватні. За організаційно-правовою формою ЗОЗ можуть бути створені як бюджетні установи, державні та комунальні некомерційні підприємства, господарські товариства, приватні підприємства, відокремлені підрозділи юридичних осіб, об'єднання підприємств тощо.

Залежно від виду надаваної медичної допомоги ЗОЗ поділяються на: 1) ЗОЗ із забезпечення надання первинної медичної допомоги; 2) ЗОЗ із забезпечення стаціонарної та/або амбулаторної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, до яких належать: багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування, багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування, лікарня планового лікування, дитяча лікарня планового лікування, консультативно-діагностичний центр, спеціалізований медичний центр (спеціалізована лікарня); 3) ЗОЗ із забезпечення третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, до яких належать: багатопрофільна обласна та обласна дитяча лікарня (центральна міська для м. Києва та Севастополя), лікарня (у т.ч. клінічна лікарня), високоспеціалізований медичний центр (лікарня); 4) ЗОЗ системи екстреної медичної допомоги, що діють відповідно до положень, визначених законом; 5) хоспіси; 6) ЗОЗ з медичної реабілітації, до яких належать лікарні відновного (реабілітаційного) лікування – ЗОЗ, що забезпечують надання планової реабілітаційної допомоги населенню в умовах стаціонару, зокрема денного.

Надавати медичну допомогу або здійснювати інші види господарської діяльності можуть також інші ЗОЗ відповідно до їх профілю та спеціалізації, які зазначені у переліку

ЗОЗ, затвердженому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, у т.ч. клінічні лікарні, університетські клініки, університетські лікарні, аптеки, а також заклади, що здійснюють організацію і регулювання діяльності установ та окремі програми і заходи в системі охорони здоров'я.

Діяльність ЗОЗ у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення регулюється Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».

Діяльність ЗОЗ Міністерства оборони України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення, які перебувають у сфері їх управління, що обслуговують військовослужбовців та інші категорії осіб, здійснюється відповідно до законодавства України.

Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я та якості медичної допомоги вимагає вивчення її ресурсів у контексті її основної діяльності. Це зумовлює необхідність аналізу діяльності ЗОЗ та якості медичної допомоги.

Особливо те, що система показників, яка розглядається нижче, не тільки займає значне місце в медичній статистиці, але й має велику соціальну значущість. Вона характеризує забезпеченість населення медичними послугами, їх доступність та якість.

Медична допомога населенню України у 2016 р. надавалась 1319 лікарняними закладами різних типів (табл. 4.1.1) з числом ліжок 263 673, зокрема: 25 обласними, 308 міськими лікарнями, 448 центральними районними та 89 районними лікарнями; спеціалізовану допомогу надавали 109 лікарень. Дитяче населення одержувало допомогу у 27 обласних та 60 міських дитячих лікарнях.

За останні роки мережа лікарняних закладів системи МОЗ України значно скоротилася – із 2442 у 2010 р. до 1504 у 2014 р., 1457 у 2015 р. і 1319 у 2016 р. (табл. 4.1.1).

Таблиця 4.1.1

Лікарняні заклади в Україні у 2015–2016 рр.

Тип закладу	Кількість	
	2015 р.	2016 р.
Обласні лікарні	24	25
Дитячі обласні лікарні	27	27
Міські лікарні	327	308
Дитячі міські лікарні	60	60
Міські лікарні швидкої допомоги	13	13
Госпіталі ІВ	29	30
Усі спеціалізовані лікарні	111	109
Інфекційні лікарні для дорослих	20	19
Інфекційні лікарні для дітей	4	4
Туберкульозні лікарні для дорослих	33	28
Туберкульозні лікарні для дітей	2	2
Офтальмологічні лікарні	3	3
Лікарні відновного лікування	10	14
Центри боротьби зі СНІДом	8	8
Інші лікарні	31	31
ЦРЛ	446	448
РЛ	91	89
Дільничні лікарні	53	41
Пологові будинки	74	76
Клініки НДІ	13	14
Лепрозорії	1	1
Психіатричні лікарні	62	62

Тип закладу	Кількість	
	2015 р.	2016 р.
Наркологічні	3	2
Лікарня «Хоспіс»	7	9
Госпрозрахункові лікарняні заклади	1	1
Інші лікарняні заклади	4	4
Усього	1457	1319

Скорочення загальної кількості лікарняних закладів відбулося із регіональними відмінностями (табл. 4.1.2). Загалом протягом зазначеного періоду мережа лікарняних закладів скоротилася на 35,4%; цей показник коливався від 49% у Чернівецькій області до 10,5% у Вінницькій області, від 38,5% у Житомирській області, до 6,1% у м. Києві. Найбільше скорочення зафіксоване, насамперед, у зонах проведення АТО (Донецька область – 62,7%, Луганська область – 78%).

Таблиця 4.1.2

Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України в розрізі регіонів у 2012–2016 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Динаміка (%)
	2012	2013	2014	2015	2016	
Україна	2042	1587	1504*	1346	1319	-35,4
АР Крим	78	69	0	0	0	-
<i>Область</i>						
Вінницька	57	50	57	55	51	-10,5
Волинська	50	43	45	43	43	-14
Дніпропетровська	122	104	116	108	105	-13,9
Донецька	169	138	70	57	63	-62,7
Житомирська	65	55	50	46	40	-38,5
Закарпатська	53	43	48	47	45	-15,1
Запорізька	81	61	69	61	61	-24,7
Ів.-Франківська	74	58	71	59	59	-20,2
Київська	88	66	66	59	60	-31,8
Кіровоградська	61	40	45	40	39	-36,1
Луганська	123	96	27	30	27	-78
Львівська	118	102	118	101	99	-16,1
Миколаївська	44	39	43	40	39	-11,3
Одеська	96	73	74	71	69	-28,1
Полтавська	80	51	64	54	52	-35
Рівненська	59	41	46	43	42	-28,8
Сумська	63	45	53	46	45	-28,5
Тернопільська	59	51	59	52	51	-13,5
Харківська	98	80	93	83	82	-16,3
Херсонська	58	33	38	34	34	-41,4
Хмельницька	65	39	44	41	42	-35,4
Черкаська	72	60	54	42	40	-44,4
Чернівецька	51	25	32	26	26	-49
Чернігівська	80	55	56	47	43	-46,3
<i>Місто</i>						
Київ	66	61	66	61	62	-6,1
Севастополь	12	9	-	-	-	-

Середньорічна зайнятість ліжка – це один із вагомих показників ефективності використання ліжкового фонду, доступності, якості та ефективності діагностичної та лікувальної роботи спеціалістів відділень медичної допомоги ЛПЗ.

Аналіз динаміки показників використання ліжкового фонду ЗОЗ протягом 2012–2016 рр. вказав на несуттєве зменшення середнього числа днів зайнятості (роботи) ліжка на 2,45% по країні. (табл. 4.1.3 та 4.1.4). Лише в Чернівецькій (336,5), Вінницькій (336), Рівненській (335,8), Волинській (334), Дніпропетровській (333), Херсонській (333,8), Хмельницькій (332,5) областях зафіксовано показники роботи ліжка, вищі за середні по Україні.

Дещо нижчі за середньоукраїнські показники середньорічної зайнятості ліжка відмічено у Луганській (274), Полтавській (297,8), Харківській (310) областях та у м Києві (306).

Таблиця 4.1.3

Кількість днів роботи ліжка в розрізі регіонів у 2012–2016 рр.*

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Динаміка змін 2016/2012 рр. (%)
	2012	2013	2014	2015	2016	
Україна	330,1	328,6	323	319,4	322	-2,45
АР Крим	331	327	–	–	–	–
<i>Область</i>						
Вінницька	337	339	334	337	336	-0,2
Волинська	342	342,5	334	335	334	-2,3
Дніпропетровська	339,3	334,23	330	330	333	-1,8
Донецька	335	331,8	299	314,4	332,7	-0,7
Житомирська	326,3	333,84	327	322,5	330	1,1
Закарпатська	322,3	316,83	319	313	318,6	-1,1
Запорізька	322,6	319,7	320	316	315	-2,3
Івано-Франківська	316,1	318,6	317	310,6	315,5	-0,18
Київська	325,2	328,8	318	322	328	0,86
Кіровоградська	344,3	342,7	339	330,5	332,4	-3,4
Луганська	342	337,7	332	248	274	-19,9
Львівська	335,4	334,8	330	324,4	326,8	-2,5
Миколаївська	338	331,5	330	325	326,6	-3,4
Одеська	331,3	329,7	327	318	317,4	-4,2
Полтавська	310,1	304,8	301	297,5	297,8	-3,96
Рівненська	336	336,1	332	330,5	335,8	-0,05
Сумська	329	327,5	318	320,8	326,3	-0,8
Тернопільська	335,4	336,7	332	327,6	325,3	-3,0
Харківська	316,2	315	312	308,3	310,4	-1,8
Херсонська	335,4	326,7	327	340,3	333,8	-0,4
Хмельницька	332	337,3	327	325,4	332,5	0,1
Черкаська	335,5	335,3	332	330,4	332,4	-0,9
Чернівецька	348,6	344,3	340	337	336,5	-3,4
Чернігівська	330,8	332,07	327	327	328,5	-0,7
<i>Місто</i>						
Київ	306	308,6	302	302	306	0
Севастополь	311,8	305,8	–	–	–	–

Примітка: *без урахування даних з окупованих територій АР Крим та м. Севастополя (дані Міністерства охорони здоров'я України).

Робота стаціонарних медичних закладів України в розрізі регіонів у 2016 р.*

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість закладів	Кількість госпіталізованих хворих		Кількість ліжко-днів	Середнє перебування хворого на ліжку
		усього	з них сільських жителів		
Україна	1319	8115033	2747651	87 467 766	10,8
<i>Область</i>					
Вінницька	51	328 829	157 528	3270 328	9,9
Волинська	43	226 251	113 146	2433 921	10,7
Дніпропетровська	105	726 738	116 876	7 920 414	10,8
Донецька	63	324 537	41 798	3595 285	11,07
Житомирська	40	280 146	112 442	2629 129	9,4
Закарпатська	45	233 256	137 206	2569 695	11,0
Запорізька	61	354 097	85 447	3971 746	11,2
Ів.-Франківська	59	292 552	167 109	3009 057	10,3
Київська	60	363 057	134 422	3822 074	10,5
Кіровоградська	39	225 544	77 999	2484 396	11,0
Луганська	27	130 305	33 377	1643 201	12,6
Львівська	99	538 212	218 467	6024 919	11,2
Миколаївська	39	231 709	73 165	2439 234	10,5
Одеська	69	428 283	141 921	5077 386	11,8
Полтавська	52	290 576	116 361	3020 375	10,4
Рівненська	42	256 025	138 262	2666 534	10,4
Сумська	45	245 057	69 615	2755 930	11,2
Тернопільська	51	239 186	133 506	2641 682	11,0
Харківська	82	574 816	109 528	6022 561	10,9
Херсонська	34	219 174	81 151	2487 489	11,3
Хмельницька	42	291 520	131 905	3043 128	10,4
Черкаська	40	282 703	115 594	2868 966	10,1
Чернівецька	26	192 148	112 007	1996 976	10,4
Чернігівська	43	256 888	91 460	3014 206	11,7
м. Київ	62	583 424	37359	6059 134	10,4

Примітка: * без урахування даних з окупованих територій (дані Міністерства охорони здоров'я України).

Усі зміни в структурі ліжкового фонду відбувалися з урахуванням потреб населення в медичній допомозі і не перешкоджали наданню допомоги та роботі лікарняних ліжок.

Середнє перебування хворого на ліжку по Україні у 2016 р. становило 10,8 у всіх стаціонарних лікувальних закладах. Найвищий показник має Луганська область (12,7), найнижчий – Житомирська (9,4) та Вінницька (9,9) області.

За кількістю закладів виділяються Дніпропетровська (105), Львівська (99), Харківська (82) області, у яких обслуговується найбільша кількість населення. Так, у Дніпропетровській області госпіталізовано 726 738 хворих, у Харківській області – 574 816. Найбільше хворих сільських жителів було госпіталізовано у Львівській області – 216 467. Але середнє перебування хворого на ліжку по Україні становить 10,9–10,5.

Як альтернатива стаціонарним ліжкам широко впроваджувалися денні стаціонари та стаціонари вдома, що є досить ефективним стосовно використання ресурсів і надання медичної допомоги, як міському, так і сільському населенню (табл. 4.1.5, табл. 4.1.6).

Робота денних стаціонарів в розрізі регіонів у 2016 р.*

Адміністративно-територіальна одиниця	Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах				
	кількість закладів	число ліжок		проліковано хворих	
		усього	у т.ч. дітей	усього	у т.ч. дітей
Україна	1 873	62 832	5 163	2 732 282	218 509
<i>Область</i>					
Вінницька	61	3654	124	130 964	6628
Волинська	38	1438	85	55 444	3550
Дніпропетровська	127	4916	417	213 856	18 407
Донецька	74	3410	248	144 115	5623
Житомирська	87	3101	202	170 458	9386
Закарпатська	86	1541	140	71 677	12 138
Запорізька	73	2461	284	71 754	7290
Івано-Франківська	163	2384	82	116 798	5712
Київська	69	3024	105	92 585	3106
Кіровоградська	38	1730	110	48 725	3278
Луганська	31	1924	120	51 686	3285
Львівська	225	2657	190	107 234	9841
Миколаївська	58	2370	152	91 224	8206
Одеська	88	3430	180	199 564	5999
Полтавська	72	2349	143	85 211	3654
Рівненська	52	1812	53	98 401	9329
Сумська	58	2352	156	74 831	4149
Тернопільська	66	1687	227	100 574	14 394
Харківська	104	4941	503	201 435	14 457
Херсонська	40	1744	201	63 666	8 144
Хмельницька	60	2338	282	126 342	14 825
Черкаська	55	2523	190	107 530	5377
Чернівецька	45	1697	269	82 110	10 538
Чернігівська	53	1562	221	81 476	10 567
м. Київ	50	1787	479	144 622	20 626

Примітка: *без урахування даних з окупованих територій (дані Міністерства охорони здоров'я України).

Загалом в Україні у 2016 р. медичну допомогу надавали 1873 денні стаціонари (за винятком 87 денних стаціонарів у м. Севастополь і АР Крим) при АПЗ загальною потужністю 62832 ліжка. Допомогу отримали 2 732 282 пацієнти, серед яких значно зросла кількість пролікованих дітей порівняно з 2013 р. (218 509 і 6378 дітей відповідно). Кількість таких закладів та їх потужність у різних регіонах була різною. Найменша кількість денних стаціонарів діє у Волинській та Кіровоградській (38) областях та у Луганській (31) області. У Львівській області у 2016 р. працювало 225 денних стаціонари.

Також слід акцентувати увагу на показниках діяльності стаціонарів вдома. Незважаючи на те, що їх кількість загалом по Україні за рік дещо скоротилась (із 1525 до 1509), медичну допомогу в таких закладах у 2016 р. отримали 2290 029 пацієнтів. Загальна кількість стаціонарів вдома скоротилася за рахунок значного зменшення їх кількості в Черкаській (із 94 у 2014 р. до 46 у 2016 р., або на 51,06%) (табл. 4.1.6).

Скорочення спостерігається в Тернопільській, Закарпатській, Полтавській, Кіровоградській областях. Однак значне скорочення кількості таких закладів не мало негативного впливу на їх діяльність, зокрема на кількість населення, якому надавалася відповідна медична допомога.

Діяльність стаціонарів вдома розрізі регіонів у 2014–2016 рр.*

Адміністративно-територіальна одиниця	Стаціонари вдома					
	число закладів			проліковано хворих		
	2014	2015	2016	2014	2015.	2016
Україна	1602	1525	1509	2 202 131	2246375	2290029
<i>Область</i>						
Вінницька	37	38	37	80 923	81 229	77 382
Волинська	28	27	24	26 278	27 431	28 992
Дніпропетровська	51	54	54	57 174	72 903	74 184
Донецька	33	33	34	101 035	100 580	105 820
Житомирська	79	80	71	97 707	97 225	99 643
Закарпатська	111	111	86	66 812	69 006	72 590
Запорізька	41	40	46	73 682	73 266	72 377
Івано-Франківська	139	141	140	89 480	92 467	96 803
Київська	95	91	91	61 157	64 291	67 001
Кіровоградська	36	32	33	57 960	62 845	61 810
Луганська	26	27	25	33 840	35 544	35 804
Львівська	269	273	280	197 729	201 697	204 842
Миколаївська	23	25	23	52 663	56 976	51 158
Одеська	70	53	56	110 591	101 247	115 244
Полтавська	58	56	53	95 562	93 584	94 326
Рівненська	35	35	35	65 173	71 295	83 506
Сумська	52	50	51	75 865	75 085	76 888
Тернопільська	65	53	51	86 547	88 133	78 386
Харківська	72	72	74	197 837	196 795	198 872
Херсонська	25	26	29	38 204	41 460	47 232
Хмельницька	49	52	54	70 161	70 231	70 428
Черкаська	94	42	46	88 685	89 698	86 151
Чернівецька	30	30	33	45 390	45 268	46 830
Чернігівська	47	48	48	58 516	60 431	64 173
м. Київ	37	36	35	273 160	277688	279587

Примітка: *без урахування даних з окупованих територій (дані Міністерства охорони здоров'я України).

Ліжковий фонд лікувально-профілактичних загальних закладів у 2015 р. становив 36 277 терапевтичних ліжок, 13 863 кардіологічні, 924 кардіоревматологічні для дітей, 1809 ревматологічних для дорослих, 35 ревматологічних для дітей, 940 алергологічних для дорослих, 618 алергологічних для дітей, 2719 пульмонологічних для дорослих, 778 пульмонологічних для дітей, 2800 ендокринологічних для дорослих і 497 для дітей, 3143 гастроентерологічні для дорослих і 884 для дітей, 1244 гематологічні для дорослих і 585 для дітей, 1280 нефрологічних для дорослих і 817 для дітей, 93 імунологічні для дорослих і 179 для дітей, 8630 інфекційних для дорослих і 7843 для дітей, 21 900 хірургічних для дорослих і 1313 для дітей, 2274 нейрохірургічні для дорослих і 278 для дітей, 581 кардіохірургічне для дорослих і 213 для дітей, 1153 судинної хірургії, 875 опікових для дорослих і 185 для дітей, 1619 ортопедичних для дорослих і 504 для дітей, 11 672 травматологічні для дорослих і 877 для дітей, 1213 стоматологічних для дорослих і 139 для дітей; 2900 гнійної хірургії для дорослих і 561 для дітей; 4685 урологічних для дорослих і 497 для дітей; проктологічних –

940; онкологічних для дорослих – 7909, для дітей – 292; 1615 – для вагітних та породіль; 6778 – для патології вагітності; 13786 – гінекологічних для дорослих і 140 для дітей; 100 – для проведення абортів; 13 669 фтизіатричних для дорослих і 879 для дітей; 22 487 неврологічних для дорослих і 1689 для дітей; 28 529 психіатричних для дорослих і 1384 для дітей; 230 психосоматичних; 3688 наркологічних; 4245 офтальмологічних для дорослих і 874 для дітей; 4447 отоларингологічних для дорослих і 1297 для дітей; 2319 шкірно-венерологічних для дорослих і 524 для дітей; радіологічних, рентген – 2045; 1934 відновного лікування для дорослих і 310 для дітей; інші для дорослих – 2705, для дітей – 348. Усього по Україні – 291108.

Амбулаторно-поліклінічну допомогу також надавали спеціалізовані відділення і кабінети, які знаходяться у складі АПЗ (табл. 4.1.7).

Таблиця 4.1.7

**Спеціалізовані відділення (кабінети) в закладах,
які надавали амбулаторно-поліклінічну допомогу у 2015, 2016 р.**

Відділення (кабінети)	Число амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів), які мають дане відділення (кабінет)	
	2015 р.	2016 р.
Підліткові	350	332
Пульмонологічні	240	235
Ревматологічні	301	298
Кардіологічні	702	705
Гастроентерологічні	375	390
Ендокринологічні	827	816
Алергологічні	150	150
Імунологічні	90	84
Інфекційні для дорослих	725	719
Інфекційні для дітей	204	187
Лікар. контроль за тими, що займаються фізкультурою і спортом	56	52
Травматологічні (ортопедичні) для дорослих	782	778
Травматологічні (ортопедичні) для дітей	216	211
Урологічні	686	680
Онкологічні	606	585
Жіночі консультації	342	340
Акушерсько-гінекологічні	917	892
Оглядові	1011	978
Планування сім'ї та репродукції людини	81	82
З медичної генетики (медико-генетична консультація)	73	74
Дитячі (відділення, кабінети)	1041	1026
Щеплення	1067	1035
Офтальмологічні	1063	1043
Отоларингологічні	1065	1036
Сурдологічні	69	67
Фтизіатричні	540	536
Неврологічні	1190	1154
Психіатричні	593	581
Психотерапевтичні	123	123

Відділення (кааб інети)	Число амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів), які мають дане відділення (кабінет)	
	2015 р.	2016 р.
Наркологічні	518	510
Наркологічні госпрозрахункові	162	159
Наркологічні для підлітків	15	16
Анонімного лікування наркологічних хворих	27	27
Експертизи алкогольного сп'яніння	41	44
Антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги	10	9
Дерматовенерологічні	797	790
Відновного лікування	113	116
Профілактики	344	337
Пункти медичної допомоги вдома дорослому населенню	133	130
Пункти медичної допомоги вдома дитячому населенню	27	28
Гематологічні	119	120
Логопедичні	252	247
Лікувальної фізкультури для дорослих	685	673
Лікувальної фізкультури для дітей	218	207
Соціально-правові	265	278
Статистики	1252	1266
Відділення статистики в складі оргметодвідділу	123	123
Загальної практики – сімейної медицини	799	818

Понад 1000 структурних підрозділів надають такі види допомоги, як неврологічна, отоларингологічна, офтальмологічна, щеплення, дитячому населенню. Менше 50 структурних підрозділів у складі АПЗ припадає на спеціалізовані кабінети і відділення з проблем алкогольного та наркотичного лікування.

Первинну медичну допомогу у 2016 р. надавали 37 лікарських і 379 фельдшерських здоров'я пунктів (табл. 4.1.8), 13 133 фельдшерсько-акушерські пункти (табл. 4.1.9). Робота стоматологічних закладів наведена у табл. 4.1.10.

Планова потужність АПЗ у 2016 р. становила 841 968 відвідувань.

Таблиця 4.1.8

Здоров'я пункти в Україні у 2015–2016 рр.

Кількість здоров'я пунктів	Крім того, на договірних засадах
<i>Лікарські</i>	
38 у 2015 р.	22
37 у 2016 р.	18
<i>Фельдшерські</i>	
509 у 2015 р.	59
376 у 2016 р.	35

Таблиця 4.1.9

Фельдшерська допомога в Україні у 2015–2016 рр.

Кількість закладів	Кількість відвідувань
<i>Фельдшерсько-акушерські пункти</i>	
13205 – 2015 р.	43 315 070
13133 – 2016 р.	42 655 228

Стоматологічна допомога населенню України у 2016 р.

Кількість закладів	Кількість відвідувань
<i>Стоматологічні поліклініки: для дорослих</i>	
148,00	12 263 864,00
<i>Стоматологічні поліклініки: для дітей</i>	
21,00	1 971 471,00
<i>Стоматологічні поліклініки ВНЗ та НДІ</i>	
6,00	484 334,00
<i>Стоматологічні поліклініки госпрозрахункові</i>	
22,00	270 060,00
<i>Лікувально-профілактичні заклади, які мають стоматологічні відділення (кабінети)</i>	
1 566,00	21 432 301,00

Служба крові є однією з головних у системі охорони здоров'я, побудована за регіонально-територіальним принципом і налічувала 40 станцій переливання крові з числом зайнятих лікарських посад 773,50 (табл. 4.1.11).

У Дніпропетровській і Запорізькій області функціонує 4 станції переливання крові, у Полтавській, Донецькій, Дніпропетровській – 3, в усіх інших регіонах – по 2 та 1 станції.

Таблиця 4.1.11

Станції переливання крові в Україні у 2016 р.

Кількість станцій переливання крові	40
Кількість лікарських посад штатних	895,25
Кількість лікарських посад зайнятих	773,50

Оздоровчою діяльністю у 2016 р. в Україні займалися 122 санаторно-курортні заклади, загальною потужністю майже 15,5 тис. ліжок, на яких було проліковано 124 759 хворих.

Серед усього числа санаторіїв 97 були для дітей і 2 для батьків із дітьми, усього було проліковано у 2016 р. понад 100 тис. дітей, у т.ч. хворих на туберкульоз (32 766 осіб), із захворюваннями органів дихання (16 505 осіб), органів травлення (8769 осіб), опорно-рухової системи (2075 осіб), нервової системи та ДЦП (4054 особи). У санаторіях для батьків із дітьми оздоровлення пройшли 6667 осіб.

Серед усіх санаторіїв був один госпрозрахунковий, у якому пролікувалися 2279 дорослих пацієнтів.

В усіх санаторіях протягом 2016 р. було проведено 3853 081 ліжко-день. Поряд із санаторним лікуванням 28 центрів здоров'я надавали профілактичну допомогу населенню.

Будинок дитини (табл. 4.1.12) є комунальним ЗОЗ для медико-соціального захисту дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, а також дітей із вадами фізичного та розумового розвитку. Будинки дитини знаходяться у віданні органів охорони здоров'я, у них виховуються діти від народження до трирічного віку, а діти з дефектами розумового і фізичного розвитку – до чотирирічного. Для ослаблених дітей, інфікованих туберкульозом, дітей з ураженням центральної нервової системи, органів слуху, мови та іншими захворюваннями створено спеціалізовані будинки дитини.

Будинки дитини в Україні у 2016 р.

Кількість закладів	Кількість місць станом на 31.12.2016 р.	Кількість дітей станом на 31.12.2016 р.	Проведено ліжко-днів
<i>Україна</i>			
39	3 606	2 741	1 026 807
<i>Одеська область</i>			
4	505	262	100 332
<i>Харківська область</i>			
4	224	167	101 122
<i>Дніпропетровська область</i>			
3	275	254	94 043

Із 39 будинків дитини найбільше (по 4 на регіон) їх розташовано на території Одеської і Харківської областей, 6 регіонів нараховують по 2 будинки дитини, інші 16 регіонів – по 1.

Швидка медична допомога – спеціалізована медико-санітарна служба (табл. 4.1.13), завданням якої є надання першої медичної допомоги при станах, загрозливих для життя, потерпілим від нещасних випадків (поранення, переломи, опіки, отруєння, ураження електричним струмом тощо) або при раптових захворюваннях, а також транспортування потерпілих до лікарень.

Таблиця 4.1.13

Станції швидкої медичної допомоги в Україні у 2015–2016 рр.

Показник	Самостійні		Об'єднані	
	2015	2016	2015	2016
Кількість станцій (відділень) швидкої медичної допомоги	44	38	2	2
Кількість виїздів на виклик, усього	8515 112	8966 555	17 081	16 862
у т.ч. у зв'язку з транспортуванням хворих	360 279	357 778	175	76
Кількість осіб, яким надана допомога амбулаторно та на виїздах	8768 899	9122 018	18 139	18 463

У 2016 р. в Україні функціонувало 38 самостійних та 2 об'єднані станції швидкої медичної допомоги. Усього за рік було здійснено 8966 555 викликів та надано першу медичну допомогу 9122 018 постраждалим самостійними станціями та 18 463 – об'єднаними.

Мережу ЗОЗ формують, поряд із поліклінічними та стаціонарними закладами, такі структури, як уже згадані центри здоров'я, бюро судмедекспертизи, патологоанатомічні бюро, інформаційно-методичні центри медичної статистики міського та обласного підпорядкування. Таких закладів у 2016 р. у системі охорони здоров'я діяло 104.

Отже, незважаючи на поступове впорядкування мережі закладів, існуюча система охорони здоров'я не задовольняє в повному обсязі потребу населення в доступній, високоякісній та ефективній медичній допомозі. Попередні реформи у сфері охорони здоров'я не дали бажаного результату через непослідовний та переважно фрагментарний характер, що не дозволило адаптувати систему медичної допомоги до ринкових відносин.

Сьогодні необхідно продовжувати перехід від лікувальної роботи до профілактичної та усунути диспропорції у розвитку і наданні первинної та стаціонарної медичної допомоги, що сприятиме подальшому вдосконаленню державної політики шляхом впровадження нової стратегії та програми розвитку сфери охорони здоров'я.

4.2. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Україні

У 2016 р. розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини залишався пріоритетним у процесі реформування галузі охорони здоров'я України. Актуальною задачею в оптимізації діяльності первинної ланки медичної допомоги було забезпечення населення доступною та якісною первинною медичною допомогою. Це можливо досягти шляхом:

- подальшого розвитку мережі закладів ПМСД;
- укомплектування закладів первинної ланки кваліфікованими медичними кадрами;
- забезпечення закладів первинної ланки медичним обладнанням, санітарним транспортом та засобами медичного призначення відповідно до галузевих нормативів.

Проаналізовано розвиток ПМСД в Україні у 2016 р. із зазначених вище позицій.

У таблиці 4.2.1 наведено дані про кількість ЦПМСД у розрізі регіонів України, наявність у їх складі лікарських амбулаторій та ФАПів і їх забезпеченості лікарськими кадрами.

В Україні майже повністю сформована мережа ЦПМСД як юридично самостійних ЗОЗ. Усього в країні функціонує 616 ЦПМСД, з яких 445 (72,2%) діють у сільській місцевості. У ЦПМСД функціонує 5233 лікарські амбулаторії та 11177 ФАПів.

У розрізі регіонів кількість ЦПМС та створених у їх складі лікарських амбулаторій і ФАПів залежить від кількості населення, типу його розселення, що визначає адміністративно-територіальний устрій регіону, рівня розвитку ПМСД на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини в регіоні. Так, найбільша кількість ЦПМСД сформована в Дніпропетровській області (54), а найменша – у Львівській (4) та Івано-Франківській (5) областях.

Одним із показників, які визначають доступність первинної медичної допомоги, є наявність у складі ЦПМСД лікарських амбулаторій. Найбільша кількість лікарських амбулаторій у складі ЦПМСД створена в Дніпропетровській (418), Харківській (332) та Полтавській (328) області, а найменша – у Львівській (28) та Івано-Франківській (56) областях.

Найбільше ФАПів функціонує у Вінницькій (837), Волинській (756) та Житомирській (688) областях.

Крім ЦПМСД у системі охорони здоров'я функціонують відділення (кабінети) сімейного лікаря, як самостійні ЗОЗ, так і в складі інших ЗОЗ (табл. 4.2.2).

В Україні функціонує 399 самостійних закладів ЗПСМ з найбільшою кількістю у Львівській (184), Івано-Франківській (100) та Закарпатській (61) області. Крім того, 818 ЗОЗ у своєму складі мають відділення (кабінети) сімейного лікаря, у тому числі 107 в складі міських поліклінік та 43 в складі ЦРЛ. Найбільша кількість таких закладів зареєстрована у Львівській (68), Дніпропетровській (55) та Одеській (49) областях.

У 2016 р. у системі охорони здоров'я МОЗ України введено 18 719,25 посади ЛЗПСЛ, з них зайнятими є 15 976,75 за наявності 13696 фізичних осіб лікарів даного профілю (табл. 4.2.3). При цьому рівень укомплектованості штатних посад усього становить 85,35%, а рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами – 73,17%. При цьому в 16 (64,0%) регіонах рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами становить менше 75%, що відповідно, до даних доказового менеджменту, не дає змоги забезпечити доступної та якісної ПМД для всього населення. Найнижчим є рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами в наступних регіонах: Херсонська (53,68%), Кіровоградська (59,32%), Донецька (62,50%), Миколаївська (62,83%) області. У м. Києві рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами становить 74,13%.

Центри первинної медико-санітарної допомоги у 2016 році

Адміністративна територія	Усього самостійних ЦПМСД	У т. ч. в сільських адмін. районах	У структурі самостійних ЦПМСД		Лікарі			Укомплектованість штатних посад фіз. особами (%)	Середній медперсонал		Укомплектованість штатних посад зайнятими (%)
			лікарські амбулаторії	ФАПи	штатні посади	зайняті посади	фізичні особи		штатні посади	зайняті посади	
Україна	616	445	5233	11177	28 751,25	24 271,50	20 747	72,2	47 563,25	43 602,00	91,7
<i>Область</i>											
Вінницька	34	28	325	837	1 540,00	1 250,25	1 106	71,8	3 093,00	2 879,00	93,1
Волинська	20	15	138	758	869,00	772,50	675	77,7	1 281,50	1 240,50	96,8
Дніпропетровська	54	23	418	392	3 673,75	3 207,50	2 733	74,4	6 289,00	5 811,75	92,4
Донецька	33	11	247	325	1 936,50	1 528,00	1 249	64,5	3 715,00	3 330,25	89,6
Житомирська	26	24	214	688	838,00	701,75	574	68,5	1 337,75	1 274,75	95,3
Закарпатська	13	11	232	235	770,25	721,00	720	93,5	1 533,50	1 466,25	95,6
Запорізька	38	27	277	357	1 598,25	1 382,00	1 162	72,7	2 688,00	2 394,00	89,1
Ів.-Франківська	5	5	56	119	384,00	338,50	305	79,4	634,50	614,00	96,8
Київська	29	24	292	618	1 637,75	1 342,00	1 155	70,5	2 812,75	2 444,25	86,9
Кіровоградська	24	20	162	475	848,75	714,25	559	65,9	1 377,25	1 285,00	93,3
Луганська	16	12	128	236	602,50	486,50	396	65,7	946,00	870,75	92,1
Львівська	4	4	28	111	124,25	113,75	130	104,6	210,75	198,25	94,1
Миколаївська	28	19	220	381	1 081,75	892,75	695	64,3	1 794,75	1 672,50	93,2
Одеська	40	26	279	450	1 661,25	1 335,25	1 158	69,7	2 466,00	2 115,75	85,8
Полтавська	34	26	328	618	1 366,25	1 128,25	966	70,7	2 177,00	2 004,00	92,1
Рівненська	22	18	166	614	981,50	886,00	799	81,4	1 743,50	1 704,00	97,7
Сумська	19	15	112	341	383,00	296,00	239	62,4	717,00	659,00	91,9
Тернопільська	16	15	203	650	840,75	726,00	711	84,6	1 226,25	1 180,75	96,3
Харківська	33	31	332	496	1 148,50	962,25	812	70,7	1 800,75	1 726,75	95,9
Херсонська	20	19	159	342	676,00	500,00	382	56,5	1 172,75	1 078,25	91,9
Хмельницька	23	22	212	887	883,00	771,00	686	77,7	1 362,25	1 300,50	95,5
Черкаська	18	15	127	380	636,50	533,00	424	66,6	1 006,75	942,75	93,6
Чернівецька	14	12	168	205	538,50	494,50	435	80,8	1 009,25	982,75	97,4
Чернігівська	25	23	153	662	637,25	486,25	395	62,0	962,75	857,00	89,0
м. Київ	28		257		3 094,00	2 702,25	2 281	73,7	4 205,25	3 569,25	84,9

Мережа закладів охорони здоров'я, які мають відділення (кабінети) сімейного лікаря (на 31.12.2016 р.)

Адміністративна територія	Самостійні заклади ЗПСМ	Заклади, які мають кабінет сімейного лікаря	У тому числі:						інші заклади
			ЦРЛ	РЛ	ДЛ	амбулаторії	міські поліклініки		
Україна	399	818	43	27	24	3	107	614	
<i>Область</i>									
Вінницька		36					2	34	
Волинська		20						20	
Дніпропетровська		55					1	54	
Донецька		34						34	
Житомирська	26	33	3				3	27	
Закарпатська	61	23		2	4		4	13	
Запорізька	1	39					1	38	
Івано-Франківська	100	32	8	3	3		14	4	
Київська		40	1		6		4	29	
Кіровоградська	3	24						24	
Луганська		15					1	14	
Львівська	184	68	15	17	1		30	5	
Миколаївська		28						28	
Одеська	3	49	2	1			6	40	
Полтавська		34						34	
Рівненська	1	25		1			2	22	
Сумська	7	37	5		8		5	19	
Тернопільська	12	20	2		2			16	
Харківська		43					10	33	
Херсонська		23					3	20	
Хмельницька		28					5	23	
Черкаська	1	30	7			3	6	14	
Чернівецька		17					2	15	
Чернігівська		35		3			6	26	
м. Київ		30					2	28	

Посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх зайнятість у 2016 р.

Адміністративна територія	Штатні посади	Зайняті посади	Фізичні особи на зайнятих посадах	Різниця між штатними та зайнятими посадами	Різниця між штатними посадами і фізичними особами	Укомплектованість посад з урахуванням сумісництва, %	Укомплектованість штатних посад фізичними особами, %
Україна	18 719,25	15 976,75	13696	2 742,50	5 023,25	85,35	73,17
<i>Область</i>							
Вінницька	1 143,50	920,75	819	222,75	324,50	80,52	71,62
Волинська	504,25	452,00	384	52,25	120,25	89,64	76,15
Дніпропетровська	1 821,75	1 597,25	1350	224,50	471,75	87,68	74,10
Донецька	816,00	612,50	510	203,50	306,00	75,06	62,50
Житомирська	775,00	685,25	561	89,75	214,00	88,42	72,39
Закарпатська	713,00	665,75	637	47,25	76,00	93,37	89,34
Запорізька	855,00	744,00	623	111,00	232,00	87,02	72,87
Івано-Франківська	464,75	425,25	400	39,50	64,75	91,50	86,07
Київська	836,00	703,50	592	132,50	244,00	84,15	70,81
Кіровоградська	426,50	325,25	253	101,25	173,50	76,26	59,32
Луганська	229,50	179,25	150	50,25	79,50	78,10	65,36
Львівська	994,50	963,25	921	31,25	73,50	96,86	92,61
Миколаївська	600,00	474,50	377	125,50	223,00	79,08	62,83
Одеська	1 453,25	1 156,50	981	296,75	472,25	79,58	67,50
Полтавська	892,00	720,50	598	171,50	294,00	80,77	67,04
Рівненська	412,25	377,50	339	34,75	73,25	91,57	82,23
Сумська	427,00	377,50	320	49,50	107,00	88,41	74,94
Тернопільська	645,50	568,75	529	76,75	116,50	88,11	81,95
Харківська	1 001,00	863,75	716	137,25	285,00	86,29	71,53
Херсонська	417,25	305,75	224	111,50	193,25	73,28	53,68
Хмельницька	603,25	535,50	480	67,75	123,25	88,77	79,57
Черкаська	598,00	503,00	398	95,00	200,00	84,11	66,56
Чернівецька	480,25	443,00	374	37,25	106,25	92,24	77,88
Чернігівська	478,00	395,50	321	82,50	157,00	82,74	67,15
м. Київ	1 131,75	981,00	839	150,75	292,75	86,68	74,13

У табл. 4.2.4. показано рівень забезпеченості населення ЛЗПСЛ в динаміці 2013–2016 рр. у розрізі регіонів. За вказаний період відбулося підвищення показника забезпеченості населення посадами ЛЗПСЛ у цілому по Україні з 2,67 в 2013 р. до 3,40 у 2016 р. та в усіх її регіонах. У регіонах зміна показника забезпеченості населення посадами ЛЗПСЛ має достовірні відмінності.

Таблиця 4.2.4

**Забезпеченість лікарями загальної практики – сімейними лікарями в Україні у 2013–2016 рр.,
на 10 тис. населення**

Адміністративна територія	Рік			
	2013	2014	2015	2016
Україна	2,67	2,89	3,13	3,40
<i>Область</i>				
Вінницька	4,62	5,19	5,50	5,61
Волинська	2,70	3,02	3,40	3,78
Дніпропетровська	3,09	3,81	4,05	4,25
Донецька	2,00	1,08	2,56	2,65
Житомирська	4,07	4,27	4,46	4,72
Закарпатська	4,54	4,68	4,82	5,07
Запорізька	2,32	2,93	3,10	4,03
Івано-Франківська	1,99	2,67	3,02	3,33
Київська	2,02	2,46	3,02	3,38
Кіровоградська	1,75	1,63	2,06	2,73
Луганська	1,16	0,60	2,11	2,23
Львівська	2,87	3,11	3,34	3,88
Миколаївська	2,25	2,74	3,08	3,38
Одеська	3,32	3,81	3,98	4,32
Полтавська	3,96	4,02	4,13	4,33
Рівненська	1,78	2,03	2,47	3,10
Сумська	2,17	2,42	2,53	2,97
Тернопільська	4,81	5,00	5,19	5,28
Харківська	2,66	2,68	2,72	2,85
Херсонська	1,43	1,65	1,93	2,22
Хмельницька	2,71	3,13	3,61	3,88
Черкаська	2,73	2,87	3,18	3,32
Чернівецька	4,90	5,14	5,18	5,17
Чернігівська	2,31	2,62	3,09	3,22
м. Київ	1,96	2,56	2,95	3,21

На рис. 4.2.1 представлено динаміку чисельності ЛЗПСЛ в Україні та забезпеченості ними населення за 20 років розвитку ПМСД за засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини в Україні.

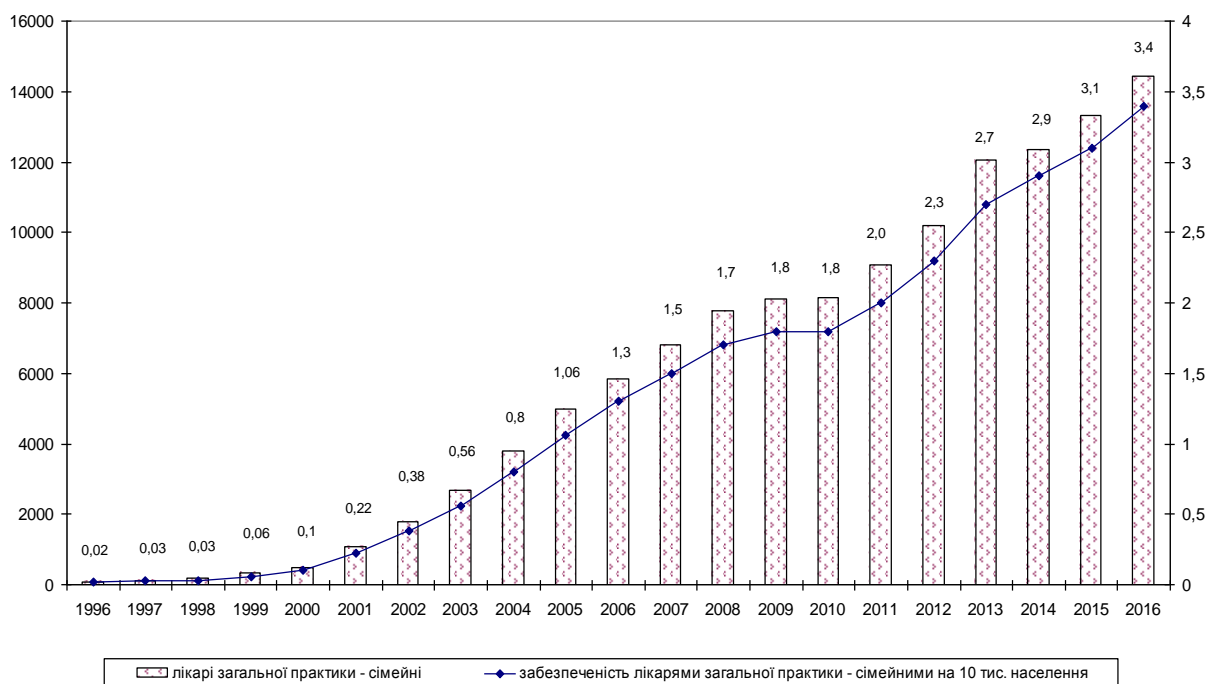


Рис. 4.2.1. Динаміка чисельності ЛЗПСЛ в Україні та забезпеченості ними населення

Незважаючи на позитивну динаміку кадрового забезпечення первинної ланки медичної допомоги, існує велика кількість СІА, у яких жодна посада не замінена лікарем (основним працівником). За аналізований період у цілому в Україні їх кількість має певні коливання, але в останні три роки має тенденцію до збільшення і в 2016 р. становить 484 амбулаторії (табл. 4.2.5). У п'яти областях таких амбулаторій не зареєстровано. Найбільша кількість таких амбулаторій існує в Донецькій (93), Полтавській (66), Дніпропетровській (39), Харківській (33), Одеській (32) областях. Слід зазначити, що в обласних центрах даних регіонів функціонують вищі медичні навчальні заклади ІУ рівня акредитації.

Таблиця 4.2.5

Число сільських лікарських амбулаторій, у яких жодна посада не замінена лікарем (основним працівником)

Адміністративна територія	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Україна	374	489	386	380	484
<i>Область</i>					
Вінницька		-	--	-	-
Волинська	5	12	12	8	9
Дніпропетровська	32	39	38	38	39
Донецька	19	3	12	11	93
Житомирська	28	22	17	15	19
Закарпатська	6	12	16	14	6
Запорізька	27	25	14	14	14
Івано-Франківська	-	--	-	-	1
Київська	7	7	30	28	22
Кіровоградська	23	17	17	15	15
Луганська	11	10	-	-	-
Львівська	10	9	3	5	6
Миколаївська	35	35	34	29	21

Адміністративна територія	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Область</i>					
Одеська	31	31	26	27	32
Полтавська	15	58	51	62	66
Рівненська	11	3	-	-	-
Сумська	8	30	36	26	32
Тернопільська	6	7	2	9	7
Харківська	-	100	21	22	33
Херсонська	14	14	14	12	25
Хмельницька	14	20	18	20	21
Черкаська	18	33	25	25	23
Чернівецька	-	-	-	-	-
Чернігівська	47	-	-	-	-

У таблиці 4.2.6 наведено дані стосовно кількості ФАПів та їх забезпеченості молодшими спеціалістами з медичною освітою у розрізі регіонів України.

Таблиця 4.2.6

Кількість фельдшерсько-акушерських пунктів та їх укомплектованість молодшими спеціалістами з медичною освітою (включаючи самостійні заклади, структурні та відокремлені структурні підрозділи) у 2016 р.

Адміністративна територія	Число ФАПів, усього	у т.ч. в складі ЦПМСД	Посади молодших спеціалістів з медичною освітою		Фізичні особи на зайнятих посадах	Укомплектованість штатних посад зайнятими (%)	Укомплектованість штатних посад фіз. особами (%)	Кількість закладів без середнього медперсоналу
			штатні	зайняті				
Україна	13133	11177	15632,00	14468,25	14 478	92,6	92,6	736
<i>Область</i>								
Вінницька	838	837	1049,25	958,50	989	91,4	94,3	34
Волинська	758	758	917,00	890,25	892	97,1	97,3	29
Дніпропетровська	392	392	444,75	395,00	386	88,8	86,8	46
Донецька	325	325	367,50	310,00	287	84,4	78,1	49
Житомирська	804	688	886,00	828,50	822	93,5	92,8	20
Закарпатська	285	235	356,50	325,25	341	91,2	95,7	8
Запорізька	357	357	447,50	390,75	380	87,3	84,9	-
Ів.-Франківська	529	119	787,50	770,50	801	97,8	101,7	-
Київська	639	618	801,25	656,75	598	82,0	74,6	70
Кіровоградська	475	475	552,25	508,75	486	92,1	88,0	23
Луганська	236	236	257,25	227,00	222	88,2	86,3	27
Львівська	996	111	1157,75	1133,50	1 179	97,9	101,8	9
Миколаївська	381	381	400,75	335,25	327	83,7	81,6	44
Одеська	507	450	678,25	598,50	596	88,2	87,9	52
Полтавська	618	618	660,50	612,25	624	92,7	94,5	57
Рівненська	620	614	776,00	757,00	798	97,6	102,8	5
Сумська	499	341	559,00	519,50	524	92,9	93,7	63
Тернопільська	734	650	895,00	854,50	868	95,5	97,0	13
Харківська	496	496	531,75	494,25	482	93,0	90,6	24

Адміністративна територія	Число ФАПів, усього	у т.ч. в складі ЦПМСД	Посади молодших спеціалістів з медичною освітою		Фізичні особи на зайнятих посадах	Укомплектованість штатних посад зайнятими (%)	Укомплектованість штатних посад фіз. особами (%)	Кількість закладів без середнього медперсоналу
			штатні	зайняті				
<i>Область</i>								
Херсонська	348	342	434,75	389,75	351	89,7	80,7	19
Хмельницька	887	887	1020,25	976,25	982	95,7	96,3	41
Черкаська	536	380	640,50	600,75	601	93,8	93,8	47
Чернівецька	211	205	279,50	267,50	273	95,7	97,7	-
Чернігівська	662	662	731,25	668,00	669	91,4	91,5	56

Відмічається більш високий рівень укомплектованості на ФАПах штатних посад медичних працівників, ніж у СЛІА. Але при цьому зареєстровано значну кількість ФАПів без СМП. Кількість ФАПів без жодного медичного працівника становить 736, що унеможливило надання своєчасної медичної допомоги сільським жителям.

Найбільша кількість ФАПів без жодного медичного працівника зареєстрована в Київській (70), Сумській (63), Полтавській (57), Чернігівській (56), Одеській (52), Донецькій (49) областях.

Причиною низької укомплектованості штатних посад медичних працівників первинної ланки, особливо на селі, є відсутність житла, фактична ненормованість робочого часу при низькому рівні заробітної плати.

Так, не забезпечено житлом 105 медичних працівників первинної ланки медичної допомоги у Дніпропетровській, по 91 в Івано-Франківській та Херсонській, 33 у Запорізькій областях.

Значна кількість будівель, у яких розташовано заклади первинної медичної допомоги, потребує капітального ремонту. Таких закладів у Дніпропетровській області 97, Закарпатській – 72, Запорізькій – 113, Тернопільській – 60, Харківській – 210.

Відмічається незадовільний рівень забезпеченості первинної ланки медичної допомоги санітарним автотранспортом. Так, у Дніпропетровській області заклади первинної медичної допомоги забезпечені санітарним автотранспортом на 68,0% від потреби, у Закарпатській – на 32,0%, Запорізькій – на 44,0%, Сумській – на 43,5%, Харківській – на 47,9%, Черкаській – на 35,4%. Причому біля половини існуючого складу санітарного автотранспорту експлуатується понад вісім років.

На низький рівень можливостей ЛЗПСЛ надавати якісну та ефективну ПМД відповідно до затверджених компетенцій вказує й те, що в країні майже відсутні заклади первинної ланки, які укомплектовані обладнанням та засобами медичного призначення відповідно до затверджених МОЗ України Табелів оснащення – галузевого стандарту.

Таким чином, незважаючи на те, що розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини є пріоритетним за весь час реформування охорони здоров'я, рівень кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів первинної ланки залишається незадовільним, що є важливою перешкодою для забезпечення населення доступною та якісною ПМСД, проведення активної профілактичної роботи та діяльності зі зміцнення здоров'я населення. Вирішення вказаних проблем є актуальною задачею на 2017 рік.

4.3. Характеристика стану вторинної медичної допомоги

Важливими механізмами підвищення ефективності надання кваліфікованої медичної допомоги населенню є раціональний розподіл обсягів медичних послуг між різними рівнями системи медичного обслуговування (первинна, вторинна, третинна медична допомога), введення гарантованого обсягу медичної допомоги, забезпечення її інтеграції, подальший розвиток стандартизації в охороні здоров'я.

Надання ВМД забезпечується закладами охорони здоров'я в амбулаторних та/або стаціонарних умовах у плановому порядку або в екстрених випадках, що розрізняються за інтенсивністю надання медичної допомоги та медичною спеціалізацією, лікарями, які мають відповідну спеціалізацію (крім лікарів загальної практики — сімейних лікарів), та передбачає консультування, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруень, патологічних і фізіологічних (при вагітності та пологах) станів.

Планова ВМД надається за направленням лікарів згідно з порядком організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають ВМД або ТМД, в екстрених випадках надається незалежно від наявності направлення.

Для технічного вдосконалення ВМД важливим є не лише винахід нових медичних технологій, але й, передусім, ефективніше використання вже існуючих методів.

Низький рівень ефективності профілактичної роботи на рівні ПМСД, недосконалі організації роботи ШМД зумовлюють високий рівень споживання населенням послуг ВМД, насамперед тієї їх частини, яка надається у стаціонарах лікарень. Можливості ВМД України часто використовуються неналежним чином, оскільки до неї існував прямий доступ без направлення з рівня ПМСД.

У європейських країнах існують певні тенденції, які можна узагальнити таким чином:

- зменшення кількості ліжкового фонду;
- скорочення тривалості перебування в лікарнях невідкладної допомоги;
- концентрація високотехнологічної діяльності у великих лікарняних центрах і центрах охорони здоров'я з одночасним відходом від низькотехнологічних лікарень;
- впровадження стаціонарозамінних форм госпіталізації;
- скорочення термінів госпіталізації (наприклад, хірургія одного дня);
- створення госпітальних мереж для забезпечення координації надання медичної допомоги у лікарнях;
- розширення мережі та активізація використання можливостей закладів паліативної допомоги (хоспісів).

У сучасних умовах ВМД, тобто спеціалізована допомога населенню, надається як у спеціалізованих відділеннях (кабінетах) АПЗ, так і в лікарнях різного типу. Звичайно, не можна вважати закладами спеціалізованої медичної допомоги СДЛ, а також відносити до третинної, тобто вузькоспеціалізованої, висококваліфікованої, медичної допомоги всі відділення ОЛ. Проте медико-статистична звітність переважно, як і раніше, проводиться за старою схемою — за закладами різного типу, а не за рівнями медичної допомоги. Тобто реструктуризація медичної допомоги, як один із напрямів реформування системи охорони, її майже не торкнулася.

Основну частку ЗОЗ, які надають ВМД, становили МЛ (308), МЛ швидкої допомоги (13), ЦРЛ (448), ДЛ (41), РЛ (89), СЛ (109) та лікарні «Хоспіс» (9) (табл. 4.3.1). В 2016 р.

відбулося скорочення числа ліжок (фактично розгорнутих) майже у всіх медичних закладах, але це не вплинуло на кількість хворих, яким надавали допомогу.

Таблиця 4.3.1

Лікарняні заклади ВМД в Україні у 2015-2016 рр.

Заклади	Кількість закладів		Число ліжок (фактично розгорнутих)		Кількість госпіталізованих хворих	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Міські лікарні	327	308	71 570	67 288	2314 180	2266 446
Міські лікарні швидкої допомоги	13	13	6825	6680	243199	247023
ЦРЛ	446	448	86 596	79060	2886 609	2874 461
Районні лікарні	91	89	8505	7959	273 913	270 248
Дільничні лікарні	53	41	810	572	23 413	16 423
Лікарні «Хоспіс»	7	9	290	350	1324	1348
Усі спеціалізовані лікарні	111	109	13966	13872	308 416	344 146
Лікарні відновного лікування	10	14	828	1133	17 537	23 451
Інші лікарняні заклади	31	31	4555	4991	128 109	14 9334
Госпрозрахункові лікарняні заклади	1	1	25	25	97	143

З таблиць 4.3.2 та 4.3.3 видно, що в МЛ (9,1), ЦРЛ (9,4) та РЛ (9,8) спостерігалися показники середнього перебування на ліжку значно нижчі за середньоукраїнські (10,3).

Спеціалізовані лікарні по Україні у 2016 р. мають обіг ліжка (24,3) із середнім перебуванням хворого на ліжку (12,1). Чернігівська (162,6) з обігом (1,3); Кіровоградська (103,5) з обігом (2,1); Рівненська (38,3) з обігом ліжок за 2016 р. (7,5).

Таблиця 4.3.2

Середнє перебування хворого на ліжку та обіг ліжка в міських, спеціалізованих та районних лікарнях в розрізі регіонів у 2016 р. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Міські лікарні швидкої допомоги		Усі спеціалізовані лікарні		Районні лікарні	
	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка
Україна	9,1	36,5	12,1	24,3	9,8	32,4
<i>Область</i>						
Вінницька	8,1	45,1	13,0	24,7	–	–
Волинська	–	–	15,1	17,8	10,2	33,7
Дніпропетровська	10,4	33,7	10,6	30,7	9,2	34,7
Донецька	10,1	29,7	8,0	39,8	11,2	31,4
Житомирська	–	–	13,2	25,0	9,7	36,7
Закарпатська	–	–	21,3	14,0	9,2	33,2
Запорізька	11,3	28,2	9,0	23,7	9,7	32,6
Івано-Франківська	–	–	9,1	30,4	10,6	29,8
Київська область	–	–	35,7	9,2	9,3	35,5
Кіровоградська	9,9	35,5	103,5	2,1	–	–
Луганська	–	–	18,8	17,1	10,2	34,3
Львівська	9,4	36,8	12,4	24,5	10,4	31,1
Миколаївська	10,7	29,0	8,2	37,6	–	–
Одеська	–	–	10,4	26,1	9,1	33,5
Полтавська	–	–	12,6	21,0	–	–
Рівненська	–	–	38,3	7,5	9,2	35,4
Сумська	–	–	9,8	20,0	–	–

Адміністративно-територіальна одиниця	Міські лікарні швидкої допомоги		Усі спеціалізовані лікарні		Районні лікарні	
	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка
Тернопільська	10,5	29,0	17,9	25,3	10,0	31,7
Харківська	7,7	37,2	10,4	28,3	–	–
Херсонська	–	–	15,0	18,7	–	–
Хмельницька	–	–	13,6	22,1	10,7	26,2
Черкаська	9,3	39,9	7,7	38,1	10,6	32,2
Чернівецька	11,1	35,5	12,2	28,7	–	–
Чернігівська	–	–	162,6	1,3	11,0	29,4
м. Київ	5,9	50,4	10,9	25,9	–	–

Таблиця 4.3.3

Середнє перебування хворого на ліжку та обіг ліжка в дільничних, міських, центральних районних лікарнях у 2016 р. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Дільничні лікарні		Міські лікарні		Центральні районні лікарні	
	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка
Україна	11,5	26,2	10,1	32,9	9,4	34,4
Вінницька	–	–	9,1	34,3	7,9	42,3
Волинська	9,7	24,9	10,2	33	9,1	36,7
<i>Область</i>						
Дніпропетровська	–	–	9,9	34,1	9,0	34,0
Донецька	–	–	10,5	31,4	10,1	28,9
Житомирська	12,4	24,5	8,2	40,2	8,4	37,6
Закарпатська	10,8	27,4	9,6	35,6	9,6	35,1
Запорізька	–	–	10,5	32,7	10,3	29,1
Івано-Франківська	10,7	31,8	9,8	33,2	9,7	33,7
Київська область	12,3	27,5	10,2	33,4	9,2	35,6
Кіровоградська	–	–	9,5	36,1	9,4	35,5
Луганська	–	–	10,1	31,8	10,8	31,5
Львівська	14,2	19,7	10,0	34	10,2	32,0
Миколаївська	–	–	10,5	33,3	9,2	35,8
Одеська	–	–	11,2	30	10,0	29,9
Полтавська	–	–	8,7	32,4	9,0	32,4
Рівненська	–	–	10,2	33,6	9,1	36,7
Сумська	12,3	30,6	10,5	34,3	9,7	34,0
Тернопільська	11,5	27,9	9,7	33,8	9,7	33,6
Харківська	–	–	9,7	33,2	9,5	34,2
Херсонська	–	–	10,1	34	9,1	34,8
Хмельницька	–	–	9,6	34,4	8,7	38,5
Черкаська	–	–	10,6	32,2	8,9	36,7
Чернівецька	–	–	10,2	36	9,6	34,5
Чернігівська	10,5	33,5	11,2	31,2	10,7	30,1
<i>Місто</i>						
Київ	–	–	10,4	30,7	–	–

У деяких областях зафіксовано значне перевищення середніх показників по Україні перебування хворих на ліжку в дільничних лікарнях – Львівська (14,2), Житомирська (12,4). Ці показники свідчать про більшу затрату часу на діагностику і про недостатнє застосування новітніх технологій у діагностичному та лікувальному процесі, а також про неефективне використання ліжкового фонду у ЛПЗ вторинного рівня надання медичної допомоги. По

міським лікарням найвищий показник у Чернігівській області (11,2), а найнижчий – у Житомирській (8,2), але з дуже високим показником обігу ліжка (40,2). Це стосується і ЦРЛ у Вінницькій (7,9) з обігом ліжок (42,3).

Середня тривалість перебування хворого в ЛПЗ України у 2016 р. становила 11,2 дня, а в країнах ЄС – 9,2 дня, тобто показник по Україні був вищим, ніж у ЄС (табл. 4.3.4).

Обіг ліжка у 2016 р. по Україні становив 28,67. Найвищий показник у Вінницькій області (32,17), найнижчий – у Чернігівській (26,39) із середнім перебування хворого на ліжку (12,33). З відомих причин найнижчі показники у Донецькій та Луганській областях і з найвищою летальністю (1,8 і 1,62 відповідно).

Загальна кількість лікарняних закладів системи МОЗ України, які надавали стаціонарну допомогу у 2016 р., становила 1506 закладів, у т.ч. 1 106 лікарень і 187 диспансери зі стаціонарами.

Таблиця 4.3.4

Показники використання ліжкового фонду закладів охорони здоров'я у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Середнє число днів зайнятості ліжка	Середнє перебування хворого на ліжку	Летальність	Обіг ліжка
Україна	321,21	11,2	1,27	28,67
<i>Область</i>				
Вінницька	333,41	10,36	1,00	32,17
Волинська	334,22	11,07	1,00	30,2
Дніпропетровська	329,96	11,52	1,56	28,64
Донецька*	312,31	11,71	1,8	26,66
Житомирська	327,21	9,84	0,94	33,25
Закарпатська	319,24	11,08	1,3	28,8
Запорізька	314,00	12,08	1,48	26,00
Івано-Франківська	314,17	10,89	0,89	28,86
Київська	328,11	10,84	1,37	30,27
Кіровоградська	334,22	11,24	1,24	29,73
Луганська*	277,92	12,85	1,62	21,63
Львівська	327,33	11,57	0,92	28,3
Миколаївська	328,68	11,25	1,31	29,21
Одеська	317,49	12,24	1,48	25,93
Полтавська	296,51	10,75	1,52	27,58
Рівненська	330,26	10,74	0,78	30,74
Сумська	322,25	11,61	1,09	27,75
Тернопільська	326,99	11,54	0,76	28,34
Харківська	308,37	10,7	1,44	28,81
Херсонська	334,42	11,84	1,33	28,24
Хмельницька	330,51	10,78	1,29	30,66
Черкаська	333,4	10,82	1,19	30,81
Чернівецька	334,8	10,68	0,63	31,36
Чернігівська	325,43	12,33	1,26	26,39
м. Київ	305,85	10,5	1,54	29,12

У системі МОЗ України продовжувалась реорганізація мережі ЛПЗ, унаслідок чого їх кількість збільшилась за рахунок передачі відомчих лікарняних закладів Міністерства інфраструктури на місцеві бюджети. При цьому кількість ДЛ зменшилась, переважно за рахунок їх реорганізації в сільські амбулаторії з подальшим включенням їх до складу ЦПМСД. ФАПи вводяться в склад ЦПМСД як відокремлені структурні підрозділи. Укомплектованість СЛА у цілому лікарями (фізичними особами) становить 69,4%, при

цьому в 484 амбулаторіях жодна лікарська посада на кінець року не укомплектована основним працівником (в 2015 р. – 380).

Характеристика ліжкового фонду і забезпеченості населення ліжками та основні показники їх використання за 2016 р. наведені в таблиці 4.3.5.

Протягом 2012–2016 рр. спостерігалось поступове скорочення ліжкового фонду (2012 р. – 369 657 ліжок, 2013 р. – 364 241 ліжок, 2014 р. – 307 246 ліжок, 2015 р. – 308 143 ліжка і у 2016 р. – 291 108 ліжок).

У 2015 р. кількість ліжок збільшилася на 897 од. за рахунок передачі відомчих лікарняних закладів Міністерства інфраструктури на місцеві бюджети. У 2014–2016 рр. дані по АР Крим і м. Севастополю відсутні; а в Донецькій та Луганській областях враховані дані на підконтрольних Україні територіях.

Таблиця 4.3.5

Ліжковий фонд і основні показники діяльності лікарняних закладів

Показник	Рік		
	2014	2015	2016
Ліжковий фонд (кількість ліжок)	307246	308143	291108
Забезпеченість населення ліжками (на 10 тис. осіб)	71,9	72,4	68,6
у т.ч. населення сільських адміністративних районів	53,54	53,43	48,38
Рівень госпіталізації (на 100 жителів)	20,0	20,2	20,2
Середнє перебування хворого на ліжку	11,6	11,4	11,2
у т.ч. у сільських адміністративних районах	9,8	9,6	9,4
Середнє число днів зайнятості ліжок	323	319	321,2
у т.ч. у сільських адміністративних районах	322	317	321,7

В Україні показник забезпеченості ліжками на 10 тис. населення у 2016 р становив 68,6 ліжка, у 2015 р. становив 72,4 ліжка (71,9 – 2014 р.), в Європейському регіоні – 56,7 (2013 р.), у країнах СНД – 74,5 (2013 р.).

Високі показники забезпеченості ліжками на 10 тис. населення утримувалися в таких областях: Чернігівській – 96,98, Луганській – 89,52, Сумській – 83,73, Кіровоградській – 83,47, Тернопільській – 82,46, Львівській – 81,38, Запорізькій – 81,24, Черкаській – 79,28, Полтавській – 78,06, Івано-Франківській – 77,13, Херсонській – 75,92.

Низькі показники забезпеченості спостерігалися в Донецькій (враховувалися дані з підконтрольних Україні територій) – 65,88 та Житомирській – 66,01 областях.

Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення сільських адміністративних районів становила 48,38 (2015 р. – 53,43).

Рівень госпіталізації в Україні у 2016 р., як і в 2015 р., становив 20,2 на 100 жителів.

Найнижчий рівень госпіталізації спостерігався в Донецькій (17,52), Одеській (18,73), Луганській (19,05) областях.

Середнє число днів зайнятості ліжка становило 321 день (2015 р. – 319), середнє число днів перебування хворого на ліжку – 11,2 дня (2015 р. – 11,4).

Більш високим було середнє перебування хворого на ліжку в Луганській (12,85), Чернігівській (12,3), Одеській (12,2) дня областях.

Нижчий від середнього термін перебування хворого на ліжку спостерігався в Житомирській (9,84 дня), Вінницькій (10,3) областях та м. Києві (10,5).

Серйозна увага приділялась психіатричній та наркологічній допомозі у 1462 відділеннях (кабінетах) різних видів, а також профілактичній роботі у відділеннях (кабінетах) профілактики (341), в імунологічних (90), інфекційних для дорослих (725), дітей (204), лікарського контролю за тими, хто займається фізкультурою і спортом (56).

За проектами реформування системи охорони здоров'я до 70–80% амбулаторних випадків мають обслуговувати ЛЗПСЛ, як у країнах Європи, США, Канаді. Проте до реалізації цих проектів ще далеко через недостатню кількість ЛЗПСЛ, незадовільну їх практичну підготовку та брак ресурсного забезпечення.

Спеціальна стаціонарна допомога у 2016 р. надавалася в лікарнях різного типу і стаціонарних відділеннях диспансерів (табл. 4.3.6). У 2015 р. порівняно з 2014 р. число лікарняних закладів значно збільшилося майже у всіх областях, особливо у Вінницькій, Закарпатській, Кіровоградській, Луганській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Харківській, а зменшилося – лише в Черкаській, Чернігівській та Донецькій областях і в м. Києві. Не виключено, що деяке збільшення лікарняних закладів сталося у зв'язку з воєнними подіями і підвищенням необхідності в наданні стаціонарної допомоги військовослужбовцям і тимчасово переміщеним особам. Але у 2016 р. спостерігалось зменшення числа лікарень і диспансерів зі стаціонарами.

Розподіл найбільш поширених видів спеціалізованих відділень (кабінетів) наведено в таблиці 4.3.7.

Таблиця 4.3.6

Число лікарняних закладів у регіонах України у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Число лікарень			Число диспансерів зі стаціонарами		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Україна	1312	1346	1319	192	193	187
<i>Область</i>						
Вінницька	51	55	51	6	6	6
Волинська	42	43	43	3	3	3
Дніпропетровська	104	108	105	12	12	12
Донецька	59	57	63	11	11	11
Житомирська	46	46	40	4	4	4
Закарпатська	43	47	45	5	5	5
Запорізька	58	61	61	11	11	11
Івано-Франківська	58	59	59	13	13	13
Київська	58	59	60	8	8	6
Кіровоградська	37	40	39	8	8	8
Луганська	25	30	27	2	4	6
Львівська	102	101	99	16	16	16
Миколаївська	39	40	39	4	4	4
Одеська	69	71	69	5	5	5
Полтавська	51	54	52	13	13	12
Рівненська	41	43	42	5	5	5
Сумська	45	46	45	8	8	8
Тернопільська	51	52	51	8	8	8
Харківська	79	83	82	14	14	9
Херсонська	33	34	34	5	5	5
Хмельницька	39	41	42	5	5	5
Черкаська	48	42	40	6	6	6
Чернівецька	25	26	26	7	7	7
Чернігівська	48	47	43	8	4	8
м. Київ	61	61	62	5	8	4

Розподіл спеціалізованих відділень (кабінетів) у складі амбулаторно-поліклінічних закладів України у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Спеціалізовані відділення (кабінети)													Отоларингологічні
	Пulьмонологія	Ревматологія	кардіологія	гастроентерологія	ендокринологія	алергологія	травматологія дорослих	травматологія дітей	урологія	онкологія	жіночі консультації	планування сім'ї	офтальмологія	
Україна	235	298	705	390	816	150	778	211	680	585	340	82	1043	1036
<i>Область</i>														
Вінницька	10	7	28	20	33	8	33	8	32	29	11	1	39	40
Волинська	3	9	17	11	23	3	24	5	22	17	6	2	25	29
Дніпропетровська	15	32	44	30	70	12	74	13	67	35	9	4	94	97
Донецька	7	11	34	16	36	7	37	8	23	21	19	2	64	64
Житомирська	6	8	26	12	29	5	32	6	22	23	11	0	35	33
Закарпатська	17	12	22	16	20	11	19	13	16	17	12	3	21	23
Запорізька	10	11	32	14	42	7	35	8	32	30	27	2	42	42
Івано-Франківська	15	22	30	18	32	6	38	12	26	22	6	1	45	46
Київська	5	4	28	9	35	3	34	6	30	16	26	17	44	44
Кіровоградська	5	5	19	7	27	2	26	5	20	17	3	17	34	31
Луганська	2	2	15	6	16	3	14	2	9	12	7	0	21	19
Львівська	18	19	50	25	48	11	51	10	47	30	17	1	69	66
Миколаївська	5	8	20	11	21	5	23	6	10	19	8	1	27	26
Одеська	8	14	36	22	48	7	37	9	32	38	39	3	59	58
Полтавська	7	8	35	13	36	8	29	5	29	34	25	6	42	40
Рівненська	11	7	28	12	27	4	25	6	24	21	10	6	31	33
Сумська	9	6	26	11	25	4	19	10	23	15	9	1	33	31
Тернопільська	15	13	23	20	28	3	24	12	25	21	2	1	35	35
Харківська	18	31	49	39	58	8	60	23	44	42	49	5	79	79
Херсонська	6	6	17	8	17	2	18	4	18	21	6	2	26	28
Хмельницька	10	17	32	12	32	6	30	12	31	24	10	2	36	35
Черкаська	4	6	31	8	34	4	34	5	35	29	2	1	38	38
Чернівецька	13	13	17	15	20	4	16	7	20	16	2	1	27	23
Чернігівська	8	9	21	12	31	3	23	4	17	24	9	0	38	38
м. Київ	0	18	24	23	28	14	23	12	26	12	15	3	39	38

Інформація про число і види диспансерів, які надавали у 2016 р. спеціалізовану, як стаціонарну, так і амбулаторну, допомогу, їх потужність, обсяг роботи і розподіл по регіонах наведена в таблиці 4.3.8.

Таблиця 4.3.8

Диспансери України у 2016 р.

Назва	Число закладів	з них мають стаціонари	Число ліжок на 31.12.2015 р.	Середньорічні ліжка	Госпіталізовано хворих	у т.ч. сільських жителів	Ліжко-днів
Протитуберкульозні	80	65	11 189	11 469,33	40 196	17 039	3 185 590
Онкологічні	30	30	7 748	7 611,60	225 718	79 134	2 670 284
Шкірно-венерологічні	55	33	2 115	2 267,97	44 038	12 333	690 933
Психоневрологічні	22	10	1 145	1 149,00	16 537	3 965	388 798
Лікарсько-фізкультурні	17	1	30	30,00	718	43	8 640
Ендокринологічні	5	4	310	314,28	9 815	3 201	108 247
Наркологічні	33	24	2 261	2 382,65	62 009	18 835	824 581
Кардіологічні	15	14	1 737	1 715,60	58 347	28 753	590 165
Радіаційного захисту населення	7	6	900	917,80	21 802	8 190	297 079
Україна, УСЬОГО	264	187	27 435	27 858,23	479 180	171 493	8 764 317
<i>Область</i>							
Вінницька	7	6	1130	1 153,00	21 182	7389	356 871
Волинська	4	3	590	643,00	12 766	5321	215 071
Дніпропетровська	13	12	2544	2 547,00	28 613	4534	775 111
Донецька	23	11	1277	1 237,00	16 354	1968	385 081
Житомирська	4	4	805	847,50	12 630	4839	254 805
Закарпатська	6	5	584	584,00	16 428	9837	191 864
Запорізька	16	11	1966	2 001,00	25 644	7249	617 310
Івано-Франківська	14	13	1350	1 354,00	22 350	12 657	412 913
Київська	8	6	919	951,00	18 520	7381	313 469
Кіровоградська	12	8	795	795,00	20 558	7311	279 308
Луганська	7	6	390	278,50	5 331	1159	99 214
Львівська	19	16	2415	2 419,00	51 917	17 873	800 491
Миколаївська	6	4	1060	1 073,00	17 903	4521	368 320
Одеська	11	5	1190	1 190,00	17 055	6010	379 584
Полтавська	16	12	1267	1 301,30	24 675	9102	372 993
Рівненська	5	5	975	988,00	18 563	9355	282 243
Сумська	9	8	1032	1 034,00	18 871	4950	299 388
Тернопільська	9	8	765	768,00	13 562	7244	265 231
Харківська	21	9	1035	1 205,00	18 267	4857	331 691
Херсонська	5	5	841	859,30	15 439	5874	291 814
Хмельницька	7	5	805	846,12	16 080	6884	261 436
Черкаська	6	6	1340	1 340,00	24 191	8149	454 987
Чернівецька	8	7	740	786,31	18 471	9052	253 271
Чернігівська	12	8	1220	1 257,20	18 292	5969	380 926
м. Київ	16	4	400	400,00	5 518	2008	120 925

Сучасний стан здоров'я населення України відзначається порівняно високим рівнем загальної смертності, особливо серед чоловіків працездатного віку, та, відповідно, низьким рівнем СОТЖ і тривалості здорового життя, природним спадом населення, пов'язаним не лише із сучасною воєнною ситуацією, спадом економіки, зниженням життєвого рівня населення, але й з недоліками в організації охорони здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги, її недостатнім ресурсним забезпеченням, незадовільним станом довкілля. Тому розвиток системи охорони здоров'я потребує подальшого удосконалення шляхом реструктуризації, раціоналізації та реорганізації усіх видів медичної допомоги, підвищення її доступності та ефективності при дотриманні пріоритету ПМСД на засадах ЗПСМ.

4.4. Характеристика стану третинної медичної допомоги

Заходи з реформування та модернізації системи охорони здоров'я України стосуються не лише первинної, але й третинної медичної допомоги (ТМД) населенню – важливої та високовитратної ланки у наданні медичної допомоги населенню, що ґрунтується на фундаментальних знаннях галузей медицини, об'єднаних практичним досвідом.

Третинна (високоспеціалізована, високотехнологічна) медична допомога передбачає надання високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних медичних послуг, недоступних на первинному та вторинному рівні. Клінічна база закладу ТМД передбачає її використання для проведення пріоритетних наукових досліджень і до- та післядипломної підготовки медичних працівників.

Третинна медична допомога забезпечується високоспеціалізованими багатопрофільними або однопрофільними ЗОЗ та надається в амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому порядку або в екстрених випадках. Амбулаторно надається лікарями-спеціалістами консультативних поліклінік обласних (дитячих обласних) лікарень, центрів високоспеціалізованої допомоги, а також консультативних поліклінік НДІ. Стаціонарно надається відділеннями обласних лікарень (обласних дитячих лікарень), центрів високоспеціалізованої медичної допомоги, а також клініками науково-дослідних інститутів (за потреби) та передбачає проведення консультацій, діагностики та лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів, ведення фізіологічних та патологічних станів (при вагітності та пологах) із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності

Третинна медична допомога надається за наявності направлень, а також без направлень згідно з порядком організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу та паліативну медичну допомогу.

Така допомога потребує висококваліфікованого обслуговування, яке має надаватися в спеціально обладнаних центрах і спеціалізованих лікарнях. Основні функції цих закладів такі: надання пацієнтам висококваліфікованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги та організаційно-методичне керівництво вторинним рівнем. На базі закладів третинного рівня розгорнуті клініки ВМНЗ.

Надання ТМД, як міському, так і сільському населенню, сконцентроване в спеціалізованих центрах та диспансерах загальнодержавного підпорядкування, клініках НДІ НАМН України, а також ОЛ. У деяких областях України ОЛ є найбільшим

багатопрофільним ЛПЗ, який призначений надавати в повному обсязі висококваліфіковану, спеціалізовану та вузькоспеціалізовану допомогу мешканцям області. Обласна лікарня є центром організаційно-методичного управління медичними закладами області та базою спеціалізації й підвищення кваліфікації лікарів і СМП. Кожна ОЛ має у своєму складі: консультативну поліклініку, стаціонар, лікувально-профілактичні відділення, кабінети, лабораторії та інші структурні підрозділи.

Сьогодні в Україні між вторинним і третинним рівнями надання стаціонарної медичної допомоги досить розмиті межі. Наприклад, за існуючими оцінками, 36% пацієнтів, госпіталізованих до ОЛ для надання високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги, фактично потребували ВМД.

Лікування хворих в ОЛ через забезпечення закладів більш складним обладнанням має більшу вартість, ніж лікування в МЛ або РЛ.

Надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги в ОЛ та університетських клініках здійснюється за направленнями закладів вторинного рівня. Надання допомоги клініками НДІ – за направленнями обласних УОЗ в обсягах, які відповідають квотам, визначеним МОЗ України.

Нині в Україні залишається проблемою недосконалість нормативно-правової бази з питань реформування галузі охорони здоров'я щодо розмежування надання медичної допомоги, етапності та наступності у наданні медичної допомоги та дотриманні маршруту пацієнта. Про це свідчить великий потік самозвернень пацієнтів до ОЛ, клінік НДІ та університетських клінік.

Також привертають увагу досить високі показники первинного прийому в консультативних поліклініках. Це призводить до перевантажень діагностичної служби і непрогнозованості госпіталізації, що, в свою чергу, впливає на надпланове використання бюджетних коштів.

На етапі реформування галузі актуальним залишається ефективне використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів, оптимальний розподіл функцій та обсягів медичної допомоги між ЗОЗ різних рівнів.

У 2016 р. основна частка сектору ТМД представлена 281 закладом різних типів із загальним ліжковим фондом 62878 ліжок. У цих закладах проліковано 1 890 817 хворих із середнім перебуванням хворого на ліжку 11,3 дня. Основні показники роботи цих закладів наведені в таблиці 4.4.1.

Таблиця 4.4.1

Основні показники діяльності закладів третинної медичної допомоги у 2016 р.

Лікарняні заклади	Кількість закладів	Кількість ліжок	Середньо-річні ліжка	Надійшло хворих	у т.ч. сільських жителів	Проведено всіма хворими ліжко-днів	Середнє перебування хворого на ліжку
Обласні лікарні	25	18 147	18 443,20	592 671	246 018	5 944 694	10,03
Дитячі обласні лікарні	27	10 527	10 538,00	367 728	147 419	3 391 928	9,2
Госпіталі ІГВ	30	6 562	6 531,45	127 481	42 967	2 174 179	17,05
Клініки НДІ	14	2 845	2 845,00	78 785	11 987	934 451	11,9
Пологові будинки	76	10 925	10 969,83	380 006	74 990	2 964 745	7,8
Усі спеціалізовані лікарні	109	13 872	14 170,54	344 146	73 286	4 158 569	12,08

У 2016 р. функціонувало 25 ОЛ та 27 ДОЛ із загальним ліжковим фондом 28674 ліжка фактично розгорнутих. У 25 ОЛ протягом 2016 р. проліковано 592 671 пацієнта. До 27 ДОЛ госпіталізовано 367 728 хворих.

У 2016 р. в Україні працювали 25 ОЛ з обігом ліжка 32,1 (у 2015 р. – 31,9) і 27 ДОЛ з обігом ліжка 34,9 (у 2015 р. – 33,4). Середнє число днів зайнятості ліжка в Україні в ОЛ становило 322,3 (у 2015 р. – 323,9) із середнім перебуванням хворого на ліжку 10,0 дня (у 2015 р. – 10,1 дня), а в ДОЛ – 321 (у 2015 р. – 314) із середнім перебуванням хворого на ліжку 9,2 дня (табл. 4.4.2 та 4.4.3).

Найвищий показник перебування хворого на ліжку в ОЛ спостерігався у Донецькій (17,4) та Луганській (13,5) областях, а також, як і в останні три роки, у Кіровоградській (11,8) та Запорізькій (11,3) областях (табл. 4.4.2). Найнижчий показник у 2016 р. утримує Харківська (8,7 і попередні роки – 8,8) та Хмельницька (8,8), Херсонська (8,9) області.

Таблиця 4.4.2

**Середнє перебування хворого на ліжку та обіг ліжка
в обласних лікарнях у 2014–2016 рр. (на 10 тис. населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Обласні лікарні					
	середнє перебування хворого на ліжку			Обіг ліжка		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
Україна	10,2	10,1	10,0	34,1	31,9	32,1
<i>Область</i>						
Вінницька	10,5	10,2	10,0	33,4	33,6	34,2
Волинська	11,1	11,2	11,2	31,9	32,3	32,3
Дніпропетровська	10,4	10,5	10,4	33,6	33,4	33,9
Донецька	0,0	0,0	17,4	0,0	0,0	0,3
Житомирська	10,1	9,8	9,7	36,0	35,8	37,4
Закарпатська	8,6	8,8	9,1	37,3	36,5	34,9
Запорізька	12,0	11,6	11,3	28,4	28,9	29,1
Ів.-Франківська	10,6	10,6	10,6	31,3	31,2	31,6
Київська	9,7	9,5	9,3	35,6	35,5	37,1
Кіровоградська	11,3	11,6	11,8	31,5	29,8	29,0
Луганська	–	12,2	13,5	–	0,5	1,2
Львівська	10,2	9,8	9,7	34,8	33,8	33,8
Миколаївська	10,2	10,3	10,1	33,3	32,7	32,8
Одеська	9,2	9,2	9,3	37,9	38,3	36,5
Полтавська	10,6	10,3	10,5	32,3	32,3	33,0
Рівненська	11,2	11,0	10,9	32,4	33,9	34,7
Сумська	10,5	10,5	10,4	33,5	33,6	33,7
Тернопільська	10,7	10,5	10,5	32,4	32,5	31,3
Харківська	8,8	8,8	8,7	38,2	36,2	36,7
Херсонська	8,7	8,9	8,9	40,8	40,2	40,8
Хмельницька	9,2	9,0	8,8	36,3	36,5	37,7
Черкаська	10,3	10,5	10,2	33,5	32,5	33,1
Чернівецька	10,5	10,5	9,7	35,2	34,9	36,8
Чернігівська	10,7	10,9	10,8	31,6	30,6	31,5
м. Київ	–	–	5,9	–	–	50,4

Обіг ліжка по Україні становить 32,1 на 10 тис. населення, що дещо нижче, ніж у 2014 р. – 34,1. У Херсонській області показник обігу ліжка становить 40,8 і це найвищий показник по Україні після м. Києва (50,4).

У ДОЛ у 2016 р. найвищий показник обігу ліжка належить Харківській (48,1) та Дніпропетровській області (47,3). Також порівняно високий показник обігу ліжка має Житомирська область (40,8). Найнижчий показник середнього перебування хворого на ліку в ДОЛ був у Харківській (7,0) та Дніпропетровській (7,4) областях.

**Середнє перебування хворого на ліжку та обіг ліжка
у дитячих обласних лікарнях у 2014–2016 рр. (на 10 тис. населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Дитячі обласні лікарні					
	середнє перебування хворого на ліжку			Обіг ліжка		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
Україна	9,6	9,4	9,2	33,9	33,4	34,9
<i>Область</i>						
Вінницька	9,6	9,1	9,1	34,4	35,6	36,5
Волинська	8,6	8,5	8,1	36,6	36,3	36,8
Дніпропетровська	8,0	7,6	7,4	43,7	45,7	47,3
Донецька	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Житомирська	9,3	8,8	8,4	37,5	39,2	40,8
Закарпатська	12,0	11,6	11,2	27,2	28,5	30,0
Запорізька	10,5	10,5	10,2	29,3	29,5	27,7
Ів.-Франківська	10,3	10,1	9,5	33,1	32,8	33,4
Київська	9,6	9,5	9,5	35,8	35,8	36,1
Кіровоградська	9,6	9,1	9,2	36,5	32	33,1
Луганська	–	10,0	10,2	–	10,2	27,0
Львівська	9,7	9,4	8,8	36,6	37,6	38,3
Миколаївська	10,4	10,2	9,6	31,2	31,8	34,3
Одеська	10,4	10,0	9,7	29,4	30,5	30,2
Полтавська	11,7	11,8	11,6	26,6	26,6	27,5
Рівненська	9,3	8,8	8,7	33,7	33,9	34,1
Сумська	10,2	10,1	9,7	31,9	33,4	32,9
Тернопільська	9,1	8,6	8,4	36,7	38,6	38,3
Харківська	6,9	6,9	7,0	46,5	47,7	48,1
Херсонська	10,6	10,6	10,6	31,5	31,7	31,9
Хмельницька	11,4	11,4	11,1	30,3	30,5	30,3
Черкаська	9,5	9,6	9,4	34,8	35,2	35,6
Чернівецька	11,2	11,4	11,0	26,5	26,4	27,1
Чернігівська	10,1	10,3	10,4	29,5	28,8	31,3
м. Київ	10,0	9,8	9,8	30,4	31,8	32,5

Однією з головних медичних послуг госпіталів ІГВ є реабілітація поранених, що потребує довгострокового перебування в закладі. У 2016 р. в 30 госпіталях України на 6562 ліжках проліковано 127481 хворого із середнім перебуванням хворого на ліжку 17,1 дня (у 2015 р. – 17,4) і середнім числом зайнятості ліжка в рік 333. Найвищий показник перебування хворого на ліжку був у Київській області (21,5) та м. Києві (20,1). Обіг ліжка по Україні становить 19,5 (у 2015 р. – 18,8). Найвищий показник обігу ліжка в госпіталях ІГВ у Івано-Франківській (31,3), Вінницькій (29,4) та Волинській (26,3) областях. У Київській області при високих показниках середнього перебування хворого на ліжку доволі низький обіг ліжка (16,0), а у 2015 р. – 14,7 (табл. 4.4.4).

У 14 клініках НДІ з 2845 ліжками фактично розгорнутих було проліковано 78785 хворих, у тому числі 11 987 сільських жителів, середнє перебування хворого на ліжку у 2016 р. становить 11,8 (у 2015 р. – 12,1) на 10 тис. населення. Найбільше закладів (по 3) у Дніпропетровській, Одеській областях і по 2 у Київській та Харківській областях. Середнє число зайнятості ліжка у 2016 р. 328,4.

**Середнє перебування хворого на ліжку та обіг ліжка
в госпіталах ІГВ у 2015–2016 рр. (на 10 тис. населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Госпіталі ІГВ					
	середнє перебування хворого на ліжку			Обіг ліжка		
	2015 р.	2016 р.		2015 р.	2016 р.	
Україна		17,4	17,1		18,8	19,5
<i>Область</i>						
Вінницька		13,7	13,0		26,1	29,4
Волинська		14,2	13,6		24,9	26,3
Дніпропетровська		17,5	17,4		19,0	19,9
Донецька		24,1	22,4		10,7	13,1
Житомирська		17,3	17,3		19,8	20,4
<i>Область</i>						
Закарпатська		14,5	14,7		24,5	23,8
Запорізька		17,5	17,7		19,5	19,3
Ів.-Франківська		0,0	11,3		0,0	31,3
Київська		21,5	21,5		15,8	15,9
Кіровоградська		18,2	17,7		18,9	18,7
Луганська		0,0	0,0		0,0	0,0
Львівська		16,7	16,0		21,4	22,8
Миколаївська		18,0	18,4		17,7	17,5
Одеська		15,7	15,2		19,4	18,5
Полтавська		17,9	17,9		18,1	18,0
Рівненська		16,9	17,2		17,4	17,3
Сумська		17,8	17,5		17,0	17,9
Тернопільська		18,8	18,4		15,4	16,0
Харківська		17,1	16,3		20,7	22,1
Херсонська		17,1	17,0		18,1	18,2
Хмельницька		16,2	16,2		19,7	19,4
Черкаська		15,7	15,6		21,9	22,3
Чернівецька		13,6	13,5		23,2	23,5
Чернігівська		16,7	16,5		20,8	21,6
м. Київ		20,1	20,1		14,7	16,0

Обіг ліжка в середньому по Україні становить 27,6. Найвищий показник зафіксовано у м. Києві (28), де знаходиться основна кількість таких закладів (табл. 4.4.5).

Таблиця 4.4.5

**Середнє перебування хворого на ліжку та обіг ліжка
в клініках НДІ у 2014–2016 рр. (на 10 тис. населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Клініки НДІ					
	середнє перебування хворого на ліжку			Обіг ліжка		
	2015 р.	2016 р.		2015 р.	2016 р.	
Україна		12,1	11,8		27	27,6
<i>Область</i>						
Вінницька		17,5	17,4		18,9	19,8
Дніпропетровська		13,2	12,8		26,2	26,7
Донецька		0,0	25,6		0,0	11,5
Запорізька		12,4	12,2		27,5	26,5
Ів.-Франківська		11,8	12,0		24,7	27,1

Адміністративно-територіальна одиниця	Клініки НДІ					
	середнє перебування хворого на ліжку			Обіг ліжка		
	2015 р.		2016 р.	2015 р.		2016 р.
Одеська		9,8	9,6		33,8	34
Харківська		12,3	12,7		27,9	26,2
м. Київ		12,8	11,3		23,8	28

У 2016 р. до 733 лікарів консультативних поліклінік НДІ звернулось, включаючи профілактичні звернення, 729649 пацієнтів (табл. 4.4.6).

Госпіталі ІГВ у 2016 р. повністю укомплектовані лікарями у Вінницькій та Чернівецькій областях. У Запорізькій області 75,5% спеціалістів працює на посадах лікарів (табл. 4.4.7).

Таблиця 4.4.6

Укомплектованість штатних посад лікарів (без зубних) клінік НДІ у 2015–2016 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	клініки НДІ					
	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)
	2015 р.			2016 р.		
Україна	842	686	81	966,75	829,50	85
<i>Область</i>						
Вінницька	47,25	34	72	47,25	47	99
Дніпропетровська	159	107	67	159,5	131,5	82
Запорізька	53,5	40	75	52,5	44,5	84
Івано-Франківська	10,75	14	130	11,75	10,25	87
Одеська	256,5	234	91	257,25	240,25	93
м. Київ	205	179	87	238	216,75	91

Таблиця 4.4.7

Укомплектованість штатних посад лікарів (без зубних) госпіталів ІГВ у 2015–2016 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Госпіталі ІГВ					
	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)
	2015 р.			2016 р.		
Україна	1 133,0	1 020,25	90	1 198,75	1 039,25	86,7
<i>Область</i>						
Вінницька	64,5	64,5	100	64,5	64,5	100
Волинська	47,0	45,75	97	48,0	46,5	96,8
Дніпропетровська	46,25	38,75	83,8	45,75	39,25	85,8
Донецька	25,5	22,0	86,3	54,5	21,5	39,4
Житомирська	29,0	29,0	100	30,0	29,5	98,3
Закарпатська	33,25	32,0	96	33,25	29,75	89,5
Запорізька	26,5	20,25	76,4	26,5	20,0	75,5
Ів.-Франківська	0,0	0,0	0	25,5	22,5	88
Київська	85,75	65,0	75,8	84,75	63,5	75
Кіровоградська	33,75	32,5	96,3	33,75	32,0	94,8
Луганська	–	–	–	–	–	–

Адміністративно-територіальна одиниця	Госпіталі ІГВ					
	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)
	2015 р.			2016 р.		
Львівська	147,5	142,5	96,6	146,0	144,5	99
Миколаївська	51,5	49,25	95,6	51,5	46,5	90,3
Одеська	31,0	29,0	93,5	36,0	27,5	76,4
Полтавська	71,5	70,25	98,3	71,75	66,25	92,3
Рівненська	42,0	39,25	93,5	47,0	39,0	83
Сумська	36,0	33,5	93	36,0	31,75	88,2
Тернопільська	14,75	13,25	89,8	14,75	12,75	86,4
Харківська	48,0	37,25	77,6	50,5	43,0	85
Херсонська	36,75	33,0	89,8	36,5	31,0	85
Хмельницька	43,5	40,0	92	43,5	41,0	94,3
Черкаська	52,0	42,75	82,2	52,0	46,25	89
Чернівецька	34,0	34,0	100	33,75	33,75	100
Чернігівська	13,0	10,0	77	13,0	10,0	77
м. Київ	120,0	96,5	80	120,0	97,0	81

Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами у 2016 р. в ОЛ становила 91,7% (у 2015 р. – 86%), у ДОЛ – 91,6% (у 2015 р. – 79%), клініках НДІ – 85 (у 2015 р. – 81%), у госпіталах ІГВ – 86,7% (у 2015 р. – 90%). Загалом цей показник у розрізі регіонів коливався в ОЛ від 86% в Одеській до 100% у Сумській області (табл. 4.4.6). У ДОЛ найменш укомплектовані спеціалістами Київська (81%) та Миколаївська (82%) області (табл. 4.4.8 і 4.4.9).

Таблиця 4.4.8

Укомплектованість штатних посад лікарів (без зубних) обласних лікарень у 2015–2016 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Обласні лікарні					
	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)
	2015 р.			2016 р.		
Україна	7971,75	8419	86	7 748,75	7 108,0	91,7
<i>Область</i>						
Вінницька	318,25	316	99	318,25	309,0	97
Волинська	304	287	94	311,5	308,0	98,9
Дніпропетровська	431,5	406	94	432,5	413,5	95,6
Донецька	0	0	0	43,0	11,75	27,3
Житомирська	325,50	280	86	325,25	316,0	97,2
Закарпатська	177,25	191	108	177,25	173,5	97,7
Запорізька	386,75	305	79	382,75	350,0	91,4
Ів.-Франківська	370,5	377	102	369,75	352,25	95,3
Київська	541,0	458	85	525,5	470,5	89,5
Кіровоградська	347,5	254	73	313,25	307,5	98,2
Луганська	463,25	29	6	216,0	53,75	24,9
Львівська	485,75	527	108	471,5	466,0	98,8
Миколаївська	247,50	149	60	239,75	189,75	79,1
Одеська	577,50	478	83	574,75	494,5	86
Полтавська	378,00	304	80	377,75	364,25	96,4
Рівненська	362,00	331	91	355,0	336,5	94,8

Сумська	263,00	234	89	276,5	276,5	100
Тернопільська	227,50	226	99	228,5	217,5	95,2
Харківська	443,00	343	77	456,0	407,5	89,4
Херсонська	279,25	226	81	280,25	272,25	97
Хмельницька	307,75	286	93	307,75	290,25	94,3
Черкаська	295,00	245	83	293,00	283,25	96,7
Чернівецька	247,75	259	105	254,00	246,00	96,8
Чернігівська	192,25	168	87	219,00	198,00	90,4
м. Київ	–	–	–	–	–	–

Примітка: обласна лікарня м. Києва підпорядковується регіональному УОЗ.

Таблиця 4.4.9

Укомплектованість штатних посад лікарів (без зубних) дитячих обласних лікарень у 2015–2016 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Дитячі обласні лікарні					
	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)	штатних	зайнятих	укомплектованість (%)
	2015 р.			2016 р.		
Україна	4033,25	3189	79	4 654,75	4 262,25	91,6
Вінницька	210,25	169	80	212,75	183,5	86,3
Волинська	157,75	134	85	164,75	161,75	98,2
Дніпропетровська	216,0	188	87	215,0	197,5	92
Донецька	–	–	–	–	–	–
Житомирська	185,75	133	72	185,75	175,0	94
Закарпатська	168,5	144	85	149,75	143,75	96
Запорізька	168,0	123	73	173,25	154,25	89
Ів.-Франківська	171,0	173	101	170,25	167,5	98,4
Київська	212,25	147	69	216,0	176,5	81,7
Кіровоградська	126,75	106	84	118,75	117,75	99
Луганська	157,75	34	22	151,75	62,25	41
Львівська	288,5	286	99	294,25	278,0	94,5
Миколаївська	192,25	120	62	191,25	157,25	82
Одеська	268,25	218	81	251,25	235,25	93,6
Полтавська	107,0	83	78	104,75	103,25	98,6
Рівненська	178,25	152	85	176,0	161,5	92
Сумська	150,75	117	78	146,5	136,75	93,3
Тернопільська	155,5	152	98	157,5	157,5	100
Харківська	276,0	214	78	273,75	245,25	89,6
Херсонська	183,5	128	70	196,0	195,0	99,5
Хмельницька	70,75	57	81	70,75	67,5	95,4
Черкаська	96,50	71	74	96,5	92,75	96
Чернівецька	131,25	129	98	131,25	122,25	93
Чернігівська	160,75	111	69	162,75	154,25	95
Київ	–	–	–	644,25	616,0	95,6

Таким чином, на третинному рівні надається високоспеціалізована, високотехнологічна медична допомога обласними лікарнями та клініками НДІ.

Стратегічне управління клініками НДІ, які обслуговують населення всієї країни, здійснюється МОЗ України. Доцільно було б встановити консолідоване державне замовлення на обсяги медичної допомоги на основі планових показників її надання згідно з чисельністю пролікованих хворих, а також вимоги до результатів надання

високоспеціалізованої, високотехнологічної допомоги шляхом обліку та аналізу персоніфікованої інформації.

4.5. Діяльність служби охорони здоров'я матері та дитини

Ресурсне забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини

Право на охорону здоров'я, у тому числі дітей та жінок, є невід'ємною частиною прав людини взагалі. Незважаючи на очевидні успіхи реалізації Цілей розвитку тисячоліття в світі, багато глобальних і національних проблеми в розвитку людського потенціалу збереглися і навіть загострилися. На Саміті ООН у вересні 2015 р. були підведені підсумки реалізації людством Цілей розвитку тисячоліття та прийняті Цілі сталого розвитку (ЦСР) на 2016–2030 рр. Ці Цілі і передбачена ними програма глобальних дій на наступні 15 років характеризується ООН як свого роду хартія людей і планети в XXI столітті. Цілі сталого розвитку ООН носять загальнолюдський характер і призначені для всіх країн. Вони важливі і цікаві для нашої країни, яка робить кроки до більш розвинутого суспільства. До 2030 р. світ буде продовжувати розвиватися і трансформуватися, зазнавати труднощів і переживати кризи, здійснювати прориви і досягати успіхів у розвитку технологій і боротьби з бідністю. Серед 17 ЦСР найважливішими є підвищення добробуту населення, подолання зубожіння до 2030 р. та створення умов для здорового життя, освіти, дотримання прав жінок і дітей.

Мета 3 ЦСР – Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці – це перш за все зниження захворюваності та передчасної смертності як важливого параметра добробуту.

Безпосередньо пов'язані із забезпеченням охорони здоров'я жінок і дітей три завдання третьої мети ЦСР до 2030 р.: знизити глобальний коефіцієнт материнської смертності до менше 70 випадків на 100 тис. живонароджених; покласти край запобіжній смертності новонароджених і дітей у віці до п'яти років, при цьому всі країни повинні прагнути зменшити неонатальну смертність до не більше 12 випадків на 1000 живонароджених, а смертність у віці до п'яти років – до не більше 25 випадків; забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіти, та облік питань охорони репродуктивного здоров'я в національній стратегічній програмі.

Організація об'єднаних націй рекомендує до 2030 р. усім державам-членам якомога швидше підготувати національні програми з амбітними цілями, що охоплюють усі аспекти переходу до сталого розвитку. Для України з урахуванням її пріоритетів і зобов'язань у рамках ООН доцільно розробити і прийняти два документи: Стратегію сталого розвитку та адаптовані до національних пріоритетів ЦСР із відповідними завданнями та індикаторами до 2030 року.

Створення умов для зростання рівня народжуваності, охорони материнства і дитинства, зміцнення інституту сім'ї – це пріоритетні соціальні завдання в Україні. Вони мають ключове значення для сьогодення і майбутнього нашої держави і потребують системної, узгодженої роботи органів влади на всіх рівнях, суспільства і громадян, роботи, яка повинна мати єдині цілі і чіткі, зрозумілі критерії їх досягнення.

Сучасна охорона здоров'я матері і дитини в Україні – це система державних і громадських профілактичних і лікувальних заходів, які забезпечують попередження і

лікування захворювань у жінок, антенатальну охорону плода, профілактику захворювань дитини, її всебічний фізичний і розумовий розвиток та зміцнення здоров'я.

Програмно-цільове управління службою охорони здоров'я матері і дитини супроводжувалося структурними змінами, що відповідали як стану демографічної ситуації, так і впровадженню сучасних міжнародно визнаних стратегій охорони громадського здоров'я, з переорієнтацією клінічної практики на засади доказової медицини, первинної медико-санітарної допомоги – на засади сімейної медицини, розвитком стаціонарозамінних технологій, служб планування сім'ї, впровадженням регіоналізації перинатальної допомоги. Сформована за останні десятиріччя служба охорони здоров'я матері та дитини є багатофункціональним комплексом, який включає широку мережу ЗОЗ – амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних, кадрових та науково-дослідних, учбових закладів різного рівня акредитації, спеціалізованих центрів, санаторіїв, будинків дитини.

Існуюча в Україні мережа ЗОЗ, які надають лікувально-профілактичну допомогу жінкам і дітям, у цілому достатня для надання їм медичної допомоги на всіх трьох рівнях. До складу закладів акушерсько-гінекологічної служби входять 76 пологових будинків, у яких функціонує 75 жіночих консультацій. Крім того, 340 ЗОЗ мають жіночі консультації, 892 – акушерсько-гінекологічні кабінети, 978 – оглядові кабінети, 82 – кабінети планування сім'ї та репродукції особи, 4 – медико-генетичні консультації. Мережа ЗОЗ, які надають медичну допомогу дітям, включає Українську спеціалізовану лікарню «ОХМАТДИТ» та 26 обласних дитячих лікарень, 60 дитячих міських, 4 інфекційні і 2 туберкульозні лікарні для дітей, 39 будинків дитини. У 2016 р. в усіх стаціонарах країни налічувалось 42061 ліжко для дітей, 17393 для вагітних та роділь і 13 886 для гінекологічних хворих.

У 2016 р., як і в попередні роки, в службі охорони материнства і дитинства продовжувалися структурні зміни, що були пов'язані із соціально-економічними процесами і диктувалися демографічною ситуацією. Водночас ці зміни здебільшого визначалися основними напрямками реформування сфери охорони здоров'я та заходами державних програм стосовно охорони материнства і дитинства. З 2012 р. скорочено 117 жіночих консультацій, 279 акушерсько-гінекологічних кабінетів, 1001 оглядовий кабінет, 21 відділення (кабінет) планування сім'ї та репродукції людини, 20 медико-генетичних кабінетів (табл. 4.5.1).

Таблиця 4.5.1

Динаміка мережі закладів охорони здоров'я, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу, за 2012–2016 рр.

Рік	Пологові будинки		Відділення (кабінети) в АПЗ				
	усього	у них жіночих консультацій	жіночі консультації	акушерсько-гінекологічні	оглядові	планування сім'ї та репродукції людини	медико-генетичні
2012	86	86	443	1171	1979	103	94
2013	88	85	417	1029	1228	98	90
2014	74	73	340	885	1040	83	76
2015	74	72	342	917	1011	81	73
2016	76	75	340	892	978	82	74

Останніми роками зафіксовано зміни кількості родильних ліжок, як у зв'язку з демографічною ситуацією, так і відповідно до принципів регіоналізації перинатальної допомоги стосовно скорочення пологових відділень із кількістю пологів на рік менше 400, як таких, що не можуть забезпечити безпечні пологи. Чисельність їх зменшилась із 21,9 тис. у 2012 р. до 17,4 тис. у 2016 р., і наразі в середньому на 1000 пологів припадає 46,17 родильного ліжка, а на 1000 жінок фертильного віку – 1,7. У 2016 р. висока забезпеченість ліжками (понад 50,0 на 1000 пологів при понад 2,00 на 1000 жінок фертильного віку) утримувалася у Івано-Франківській, Київській, Луганській і Тернопільській областях. Адекватне співвідношення забезпеченості ліжками відповідно до кількості пологів та числа жінок фертильного віку спостерігалось лише в м. Києві (27,79 та 1,2) і Закарпатській (34,35 та 1,71) області.

Кількість гінекологічних ліжок за останні п'ять років зменшилася з 19,3 тис. до 15,2 тис., забезпеченість ними у 2016 р. становила 3,31 при орієнтовному нормативі 4,50 на 10 тис. населення.

Реформування сфери охорони здоров'я в цілому, впровадження трирівневої системи медичної допомоги населенню, переорієнтація на ПМСД з організацією центрів ПМСД, на тлі зменшення чисельності дитячого населення сприяли скороченню за 2012–2015 рр. кількості самостійних дитячих поліклінік з 51 у 2012 р. до 28 у 2016 р., дитячих міських лікарень (з 89 до 60), дитячих інфекційних (з 6 до 4), дитячих туберкульозних лікарень (з 3 до 2), будинків дитини (з 44 до 39 відповідно), а також структурних підрозділів ЗОЗ – ортопедо-травматологічних кабінетів, дитячих відділень (кабінетів), кабінетів лікувальної фізкультури в АПЗ, дитячих міських лікарень і дитячих санаторіїв (табл. 4.5.2).

Таблиця 4.5.2

Динаміка мережі закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу дитячому населенню, за 2011–2016 рр.

Заклад	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2016
Самостійні дитячі поліклініки	51	32	29	28 (+1КДЦ)	28 (+1К)
Інфекційні кабінети для дітей	285	253	210	204	197
Ортопедо-травматологічні кабінети для дітей	290	251	204	216	211
Дитячі відділення (кабінети)	1986	1349	1053	1044	1026
Кабінети лікувальної фізкультури для дітей	291	247	213	218	207
Дитячі обласні лікарні	29	29	27	28	27
Дитячі міські лікарні	89	88	59	60	60
Дитячі інфекційні лікарні	6	6	4	4	4
Дитячі туберкульозні лікарні	3	3	2	2	2
Будинки дитини	44	44	39	39	39

Структурна перебудова на первинному рівні полягає у створенні різних закладів і структурних підрозділів ПМСД, зокрема центрів ПМСД, АЗП/СМ, відділень та дільниць ЗП/СМ у складі ДЛ, РЛ, ЦРЛ, поліклінік. За даними моніторингу розвитку сімейної медицини, в Україні кількість закладів і структурних підрозділів ЗП/СМ у 2016 р. становила 5891, а штатних посад ЛЗП/СЛ – 18 685,91,0 .

Поряд з удосконаленням системи і збільшенням обсягу профілактичних заходів, перенесенням частини медичної допомоги зі стаціонарів на амбулаторний етап,

впровадженням стаціонарозамінних технологій, актуальним в організації охорони здоров'я є визначення напрямків розвитку та вдосконалення стаціонарної допомоги дітям, значення якої завжди було традиційно високим, а її завдання – надзвичайно важливими. Основні професійні ресурси, як правило, зосереджені в стаціонарах: вони традиційно і краще оснащені медичною технікою, і краще укомплектовані лікарями, причому, як правило, більш досвідченими і кваліфікованими, ніж у поліклініках. Проблеми діагностики складних, рідкісних і важких хвороб зазвичай остаточно вирішуються в стаціонарах. Тут же переважно виявляються і спеціалізовані види допомоги, особливо високотехнологічні (дорогі). При правильній організації у стаціонарах легше і доцільніше впроваджувати нові форми роботи.

Основні зміни кількості та структури ліжкового фонду для дітей відбулися переважно у 1991–1997 рр. За цей період скорочено 30 342 ліжка, переважно за рахунок зменшення педіатричних соматичних (19 269), інфекційних (7345), психіатричних (1003), отоларингологічних (883) ліжок. Забезпеченість ліжками дитячого населення зменшилася до 64,9, що відповідало тимчасовим орієнтовним нормативам у стаціонарній медичній допомозі дітям.

У подальшому кількість ліжок для дітей і забезпеченість ними були приведені до орієнтовного, регламентованого наказом МОЗ України № 74/98, нормативного забезпечення дитячого населення стаціонарною допомогою. Ідеологія їх розробки будувалася з розрахунку на максимальне охоплення хворих дітей, особливо раннього віку, стаціонарною допомогою. За цими нормативами рекомендовано мати 64,5 дитячого ліжка на 10 тис. дітей. За цей період ліжковий фонд для дітей реструктуризовано з урахуванням як орієнтовних нормативів забезпечення дитячого населення стаціонарною допомогою, так і забезпечення гарантованого обсягу госпіталізації дітей за рівнями лікарняних закладів.

Реструктуризація ліжкового фонду для дітей здійснювалася відповідно до потреби в госпіталізації переважно за 1991–2010 рр., коли кількість соматичних ліжок зменшилася у 2,1 разу, інфекційних – у 1,9, спеціалізованих – у 1,4 разу. Упродовж останніх п'яти років закріплена тенденція скорочення ліжкового фонду для дітей та забезпеченості ліжками (рис. 4.5.1).

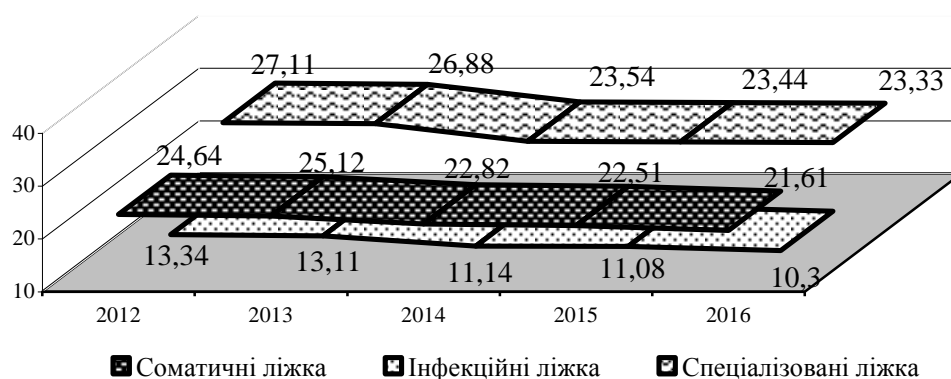


Рис. 4.5.1. Динаміка реструктуризації ліжкового фонду для дітей в Україні за 2012–2016 рр. (на 10 тис. дітей віком 0–17 років)

За період 2012–2016 рр. скорочено 9823 дитячі ліжка і у 2016 р. в усіх стаціонарах країни налічувалось 42061 ліжка для дітей. Забезпеченість дитячого населення стаціонарними ліжками зменшилася з 65,09 на 10 тис. дитячого населення у 2012 р. до 55,24 у 2016 р. за рахунок незначного зменшення забезпеченості дітей інфекційними (13,34 на 10

тис. дітей у 2012 р. і 10,3 у 2016 р.), соматичними (24,64–21,61) і спеціалізованими (27,11–23,44 відповідно) ліжками. За даними спеціального аналізу, кількість дитячих ліжок зменшилася за рахунок закриття малопотужних міських дитячих лікарень, кількість яких скоротилася з 92 до 60, двох дитячих інфекційних лікарень та однієї дитячої туберкульозної лікарні.

Як і в попередні роки, у 2016 р. забезпеченість дитячими лікарняними ліжками мала територіальні відмінності і коливалася від 75,3 на 10 тис. дітей у Запорізькій, 74,35 у Чернігівській, 71,35 у Харківській, 70,96 у Сумській областях, 70,7 у м. Києві до менше 50,0 у Волинській, Закарпатській і Рівненській областях.

Однією з важливих складових діяльності охорони здоров'я є кадрове забезпечення галузі. Незважаючи на зменшення кількості жіночого населення в Україні, число лікарів - акушерів-гінекологів майже не змінилося – 12,26 тис. у 2012 р. і 10,35 тис. у 2016 р., а забезпеченість ними була на рівні 5,01–4,52 на 10 тис. жіночого населення. Як і в попередні роки, у 2016 р. забезпеченість жіночого населення лікарями акушерами-гінекологами коливалася від $\geq 6,0$ у м. Києві, Івано-Франківській, Львівській, Чернівецькій областях до $< 4,00$ і менше у Донецькій, Луганській, Чернігівській областях (рис. 4.5.2).

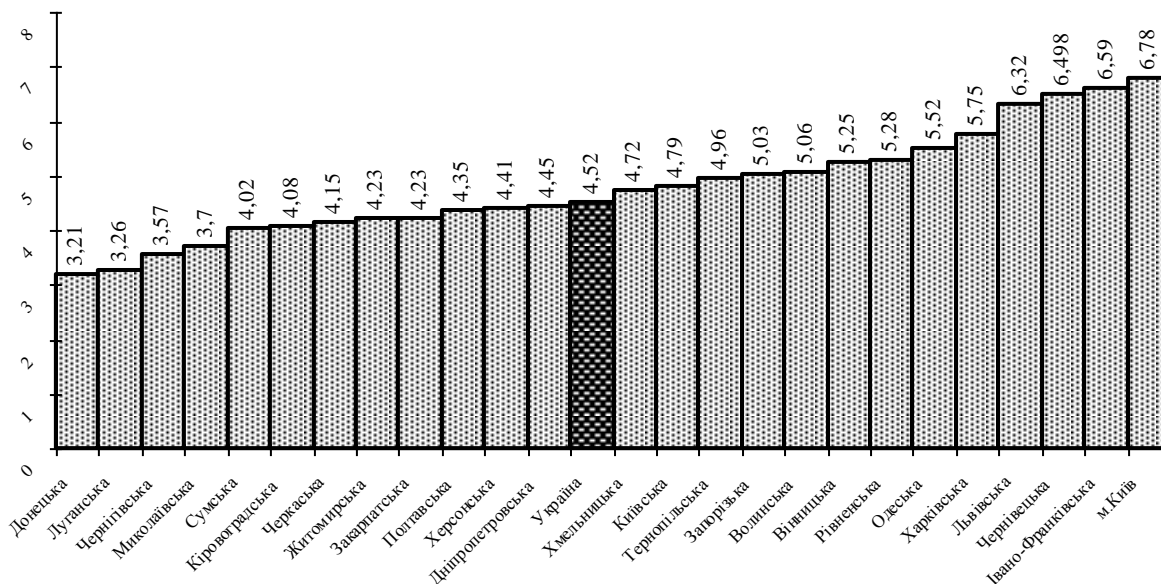


Рис. 4.5.2. Забезпеченість населення лікарями акушерами-гінекологами (на 10 тис. жіночого населення), 2016 р.

Переорієнтація сфери охорони здоров'я на засади сімейної медицини сприяла зменшенню загальної кількості лікарів - педіатрів із 11,8 тис. у 2012 р. до 8,94 у 2016 р., а забезпеченості ними – з 1,52 до 1,17 на 1000 дитячого населення відповідно. Як і в минулі роки, у 2016 р. спостерігався діапазон коливань забезпеченості дитячого населення лікарів - педіатрами: від 2,06 у м. Києві, 1,76 у Запорізькій, 1,72 у Харківській до 0,59 у Закарпатській, 0,84 у Волинській, 0,89 у Донецькій, 0,90 у Миколаївській областях (рис. 4.5.3).

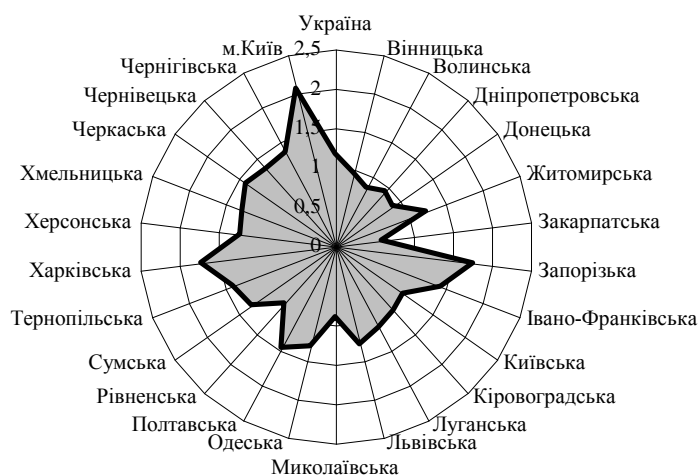


Рис. 4.5.3. Забезпеченість дитячого населення лікарями - педіатрами у 2016 р. (на 1000 дитячого населення)

Відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», переорієнтація галузі охорони здоров'я мала проводитися повсюдно. Внаслідок проведення реформи кількість дільничних лікарів-педіатрів міських дільниць зменшилася з 4,8 тис. у 2016 р. до 3,5 тис. у 2015 р., а забезпеченість ними – з 6,2 до 4,6 на 10 тис. дітей (табл. 4.5.3).

Таблиця 4.5.3

Динаміка чисельності дільничних лікарів - педіатрів та забезпеченості ними дитячого населення за 2012–2016 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Абсолютне число					Забезпеченість на 10 тис. міського дитячого населення (0–17 років)				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Україна	4946	4577	3684	3 699	3488	6,2	5,70	4,9	4,9	4,6
АР Крим	213	198	н/д	н/д	н/д	6,30	5,80	н/д	н/д	н/д
<i>Область</i>										
Вінницька	83	73	49	48	33	2,80	2,50	1,70	1,6	1,1
Волинська	105	104	100	101	96	4,50	4,40	4,20	4,2	4,0
Дніпропетровська	321	189	145	160	150	5,80	3,40	2,60	2,8	2,6
Донецька	478	436	160	148	144	7,20	6,60	2,40	4,8	4,6
Житомирська	133	127	125	126	144	5,40	5,20	5,10	5,2	6,0
Закарпатська	61	33	33	37	13	2,10	1,20	1,10	1,3	0,4
Запорізька	236	220	201	203	178	8,20	7,60	6,90	7,0	6,1
Ів.-Франківська	193	219	194	193	187	6,80	7,80	6,90	6,9	6,7
Київська	190	165	176	177	154	6,20	5,40	5,70	5,6	4,8
Кіровоградська	93	84	90	96	92	5,40	4,90	5,30	5,6	5,4
Луганська	308	285	76	61	58	9,20	8,50	2,30	5,5	5,3
Львівська	255	236	214	220	188	5,30	4,90	4,40	4,6	3,9
Миколаївська	89	75	69	70	65	4,30	3,60	3,30	3,4	3,1
Одеська	266	238	228	240	235	6,10	5,40	5,10	5,3	5,2
Полтавська	149	151	148	141	134	6,20	6,40	6,30	6,0	5,7
Рівненська	123	115	115	115	112	4,50	4,20	4,20	4,2	4,0
Сумська	103	103	98	109	100	5,70	5,80	5,60	6,2	5,7
Тернопільська	137	116	110	115	111	6,60	5,60	5,40	5,7	5,5
Харківська	284	279	282	283	277	6,90	6,70	6,70	6,7	6,5
Херсонська	107	102	97	97	90	5,40	5,20	4,90	4,9	4,6
Хмельницька	181	191	183	175	166	7,50	7,90	7,60	7,3	7,0

Адміністративно-територіальна одиниця	Абсолютне число					Забезпеченість на 10 тис. міського дитячого населення (0–17 років)				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Область</i>										
Черкаська	129	122	125	126	119	6,10	5,80	6,0	6,1	5,8
Чернівецька	52	52	49	48	48	2,80	2,80	2,70	2,6	2,6
Чернігівська	106	108	104	106	103	6,20	6,40	6,20	6,4	6,3
<i>Місто</i>										
Київ	495	503	513	504	491	10,90	10,70	10,6	10,2	9,6
Севастополь	56	53	н/д	н/д	н/д	9,10	8,40	н/д	н/д	н/д

У 2016 р. порівняно з 2012 р. чисельність лікарів - педіатрів і забезпеченість ними знизилася в усіх регіонах. На жаль, дані державної статистики не дають змоги оцінити фактичну забезпеченість дитячого населення медичними кадрами для надання ПМСД.

Якщо до 2007 р. зменшення чисельності лікарів - педіатрів супроводжувалося зростанням кількості спеціалістів педіатричного профілю, то останніми роками кількість «вузьких» спеціалістів скоротилася, імовірно внаслідок ряду причин: штучна заборона прийому на роботу молодих фахівців на вакансії, зайняті сумісниками; висока міра спеціалізації, при якій молодий фахівець не завжди може виявити свої інститутські знання; рівень заробітної плати, що не дає змоги керівникові ЗОЗ зацікавити висококласних фахівців, які працюють у ній. За цей період збільшилася лише кількість лікарів дитячих нейрохірургів, лікарів -анестезіологів, лікарів -інфекціоністів, лікарів -педіатрів-неонатологів.

При цьому обсяги державного замовлення на підготовку дитячих лікарів враховують майбутню потребу в цих лікарях, які з 2020 р. працюватимуть лікарями-консультантами (орієнтовно на два сімейні лікарі планується до однієї посади лікаря педіатра), та працюючу мережу стаціонарних ЗОЗ (дитячі ОЛ і МЛ, пологові будинки, ПЦ, ЦПМСД тощо).

Загальновизнано, що сьогодні кадровий дефіцит в Україні викликаний міграційними процесами, зростаючою соціальною мобільністю медиків, рівнем заробітної плати, що не задовольняє спеціалістів, відсутністю достатнього обсягу програм соціального захисту медпрацівників. Кадровий дефіцит має високий рівень територіальної диспропорції. Педіатричні спеціальності сьогодні входять до групи високого кадрового дефіциту.

Професійний рівень спеціалістів служби охорони здоров'я матері і дитини останніми роками був достатнім, на що вказали дані атестації. Так, частка атестованих лікарів - акушерів-гінекологів за останні п'ять років була на рівні 81,20–83,20%. При цьому діапазон коливань частки атестованих лікарів - акушерів-гінекологів порівняно з минулими роками зменшився і у 2016 р. становив від 92,03% у Херсонській, 91,74 у Миколаївській, 91,2 у Луганській областях до 71,1% у м. Києві, 75,6% у Сумській області (рис. 4.5.4).

Частка атестованих лікарів-педіатрів останніми роками мала тенденцію до зменшення з 73,4% у 2012 р. до 72,6% у 2016 році. З них вищу категорію мали 47,5% у 2012 р. та 54,3% у 2015 р., першу – 30,8% і 33,0% відповідно. Більш повно були охоплені атестацією у 2016 р. лікарі дільничні педіатри – 75,0% та лікарі педіатри-неонатологи – 76,6%. Вищий рівень атестації лікарів педіатрів у 2016 р. зареєстровано у Закарпатській (86,0%), Донецькій (86,0%), Кіровоградській (82,4%) областях. Порівняно низьким (до 60%) був показник атестації у м. Києві, Сумській та Чернівецькій областях.

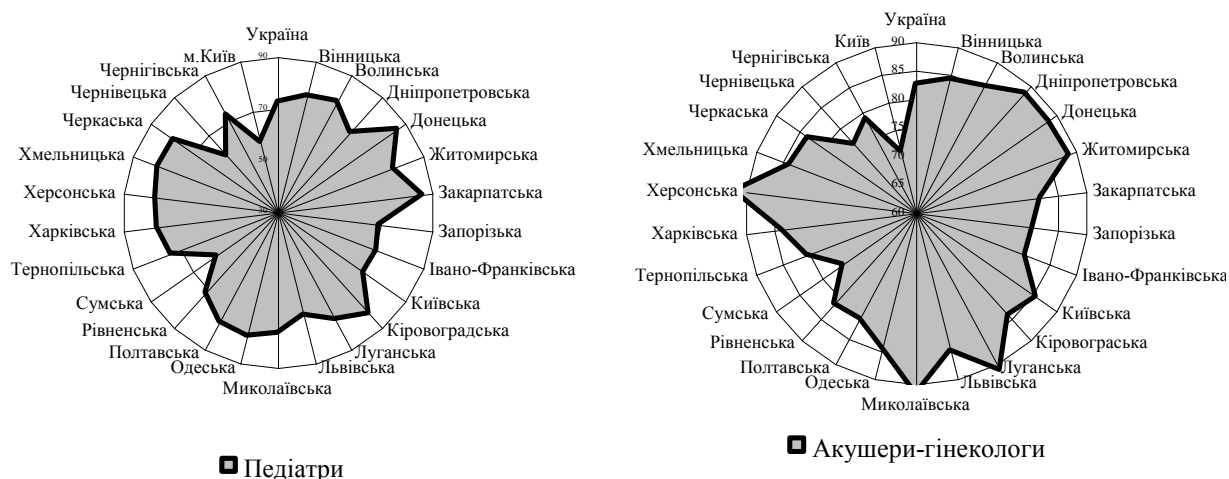


Рис. 4.5.4. Питома вага атестованих лікарів-педіатрів та лікарів-акушерів-гінекологів у 2016 р.

З позицій доказового менеджменту вагоме значення для забезпечення ефективної перинатальної допомоги, «здорового старту» немовлят, їх подальшого психоемоційного та інтелектуального розвитку і стану здоров'я людини в наступні роки має розширена ініціатива ВООЗ і ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» (РІЛДД), започаткована ще у 1991 році.

Ключовими компонентами РІЛДД є важливість консультування та запровадження підходів, доброзичливих до дитини, матері і всієї родини, підтримка грудного вигодовування, впровадження ефективних сучасних перинатальних технологій у родопомічних закладах.

В Україні сертифікація ЗОЗ на статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» (ЛДД) розпочата ще у 2001 р. і сьогодні РІЛДД є невід'ємною частиною правової та політичної бази України у сфері охорони материнства і дитинства.

За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ у 2007 р. на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України створено Методично-організаційний моніторинговий центр РІЛДД, основними завданнями якого визначені: методичне забезпечення, моніторинг, оцінка та координація діяльності органів і ЗОЗ стосовно роботи РІЛДД та центрів (відділень) медико-соціальної допомоги дітям і молоді «Клініка, дружня до молоді»; розробка національної стратегії і тактики, включаючи питання планування, моніторингу та оцінки, подальшого розвитку заходів щодо вигодовування немовлят і дітей раннього віку, а також здоров'я і розвитку дітей та підлітків в Україні.

Відповідно до наказу МОЗ України від 28.10.2011 р. № 715, у кожному регіоні України працюють регіональні організаційно-методичні моніторингові центри, створені з метою координації роботи щодо подальшого впровадження та розвитку програм, спрямованих на охорону здоров'я матерів та дітей (передусім РІЛДД та впровадження медичної допомоги підліткам та молоді на основі «дружнього підходу»).

За даними Методично-організаційного моніторингового центру РІЛДД, станом на 31.12.2016 р. статус ЛДД, без урахування тих установ, що знаходяться на територіях АР Крим, м. Севастополь, Донецької та Луганської областей, мають 397 ЗОЗ. За висновками

національних експертів, усі ЗОЗ, у яких здійснювалась оцінка та переоцінка, відповідають статусу ЛДД (табл. 4.5.4).

Таблиця 4.5.4

Кількість закладів охорони здоров'я, які надають допомогу матерям та дітям в Україні у 2016 р.

Заклади охорони здоров'я, які надають допомогу матерям та дітям	Кількість ЗОЗ		Питома вага сертифікованих (%)
	усього	сертифіковані на відповідність статусу ЛДД	
Перинатальний центр III рівня	18	14	77,8
Перинатальний центр II рівня	5	5	100
Пологовий будинок	56	51	91,7
Жіноча консультація самостійна	9	1	11,1
Обласна дитяча лікарня	25	18	72
Міська дитяча лікарня	58	36	62
Дитяча поліклініка самостійна	26	8	30,7
Лікарня для дорослого населення (обласна, міська, районна), до складу якої входять акушерські та дитячі підрозділи	449	195	43,4
Лікарня для дорослого населення (обласна, міська, районна), до складу якої входять акушерські підрозділи	40	18	45
Лікарня для дорослого населення (обласна, міська, районна), до складу якої входять дитячі підрозділи	62	25	40,3
Центри ПСМД	512	26	5,1
Разом	1260	397	31,5

Як видно з табл. 4.5.4, у 2016 р. у цілому сертифіковано 31,5% закладів і структурних підрозділів, які надавали медичну допомогу матерям і дітям, з них 91,7% пологових будинків, 82,6% перинатальних центрів, 72,0% обласних та 62,0% міських дитячих лікарень. Слід зазначити, що зменшення питомої ваги сертифікованих закладів з 41,5% у 2012 р. до 31,5% у 2016 р. є штучним і пов'язане з утворенням нових лікувальних установ – ЦПМСД, які були створені в Україні в результаті реформування медичної галузі. Станом на 31.12.2016 р. налічується 512 таких закладів, з яких лише 26 мають статус ЛДД. У регіональному аспекті частота сертифікованих ЗОЗ у 2016 р. коливалася від 62,7% у Львівській, 62,5% в Івано-Франківській, 57,6% у Дніпропетровській областях до менше 20,0% у Харківській, Київській, Кіровоградській, Чернівецькій, Одеській та Запорізькій областях (табл. 4.5.5).

За даними моніторингу, питома вага дітей, які народились у родопомічних закладах, сертифікованих на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини», у 2016 р. становила 81,3% (75,2% у 2015 р., 70,4% у 2012 р.).

При цьому зберігається регіональна диспропорція частки дітей, які народились у родопомічних закладах, сертифікованих на відповідність статусу ЛДД від 100% у Дніпропетровській та Чернігівській областях, більше 80% у: Волинській, Житомирській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Сумській областях та м. Київ до 34,4% у Київській області при середньому показнику по Україні 81,3%, що значно нижче за передбачений індикаторами Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» – 90%.

**Характеристика сертифікації закладів охорони здоров'я на статус
«Лікарня, доброзичлива до дитини» та їх діяльності в розрізі регіонів, 2016 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість ЗОЗ, у яких надається допомога матерям та дітям	Кількість ЗОЗ, які мають статус ЛДД	%	Кількість новонароджених в усіх родопомічних закладах регіону	Кількість новонароджених у ЗОЗ, які мають статус ЛДД	%
<i>Область</i>						
Вінницька	64	15	23,4	15111	11554	76,4
Волинська	36	15	41,6	13356	12784	95,7
Дніпропетровська	118	68	57,6	31001	31001	100
Житомирська	54	13	24,1	13338	11273	84,5
Закарпатська	37	9	24,3	13746	10819	78,7
Запорізька	67	10	14,9	15724	11247	71,6
Ів.-Франківська	24	15	62,5	14391	11587	80,5
Київська	62	7	11,3	22277	7669	34,4
Кіровоградська	52	7	13,4	8419	4109	48,8
Львівська	59	37	62,7	27133	24466	90,2
Миколаївська	57	23	40,3	10547	10000	94,8
Одеська	84	9	10,7	26164	17844	68,2
Полтавська	68	27	39,7	12748	11906	93,4
Рівненська	34	10	29,4	15688	12348	79,0
Сумська	22	12	54,5	8707	7863	90,3
Тернопільська	42	13	31,0	9933	8072	81,2
Харківська	80	7	8,7	22290	10868	48,7
Херсонська	41	16	39,0	10769	8552	79,4
Хмельницька	50	11	22,0	9136	7103	77,7
Черкаська	45	14	32,5	10379	7090	68,3
Чернівецька	43	7	16,2	10089	6037	59,8
Чернігівська	54	25	46,2	8322	8322	100
м. Київ	63	25	39,6	33019	27613	83,6
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	1	1				
Приватні ЗОЗ	1	1				
Разом	1260	397	31,5	340294	276622	81,3

Важливим компонентом діяльності ЛДД є удосконалення практик виключно грудного вигодовування, застосування адекватного та своєчасного прикорму, а також продовження грудного вигодовування протягом двох років життя дитини і більше. За даними моніторингу, у 2016 р. на етапах антенатального нагляду 91,2% вагітних пройшли навчання з грудного вигодовування, а з пологових стаціонарів, сертифікованих на статус ЛДД, на виключно грудному вигодовуванні виписано 94,0% немовлят.

Враховуючи, що діти підліткового віку сприйнятливі до формування здорового способу життя, більшість проблем можуть бути вирішені, а ризики – зменшені шляхом організації та проведення такої форми роботи з підлітками, яка дасть змогу їм отримати консультації, медичну й психологічну допомогу, інформацію щодо збереження здоров'я, в Україні впроваджена Резолюція Глобальних консультацій ВОЗ по «дружніх до молоді» службах. Розвиток медичних служб, дружніх до молоді, – «Клініка, дружня до молоді» (КДМ) було розпочато в рамках співробітництва Дитячого Фонду ООН/ЮНІСЕФ з Урядом України в 1997 році.

Основними завданнями КДМ стало забезпечення комплексної медичної, соціальної та психологічної допомоги підліткам і молоді, яке реалізується шляхом: надання інформаційно-консультативних послуг підліткам і молоді з питань збереження здоров'я; профілактика ЗПСШ (особливо ВІЛ-інфекції), незапланованої вагітності та ризикової поведінки, діагностики та лікування захворювань репродуктивної системи, комплексного супроводу відвідувачів КДМ, які, крім медичних, отримують психологічні, соціально-педагогічні та юридичні послуги на всіх етапах роботи з ними, а цільовою групою – діти віком 10–18 років і молоді люди до 24 років.

До основних принципів діяльності КДМ, відповідно до рекомендацій ЮНІСЕФ та ВООЗ, належать:

- *доступність* – молодь має реальну можливість отримати послуги через спрощення процедури звернення, максимальне наближення до потреб молоді розкладу роботи, надання безоплатних, комплексних послуг тощо;
- *добровільність* – створені умови для самостійного свідомого звернення молоді за послугами через інформування, залучення та розбудову мотивації;
- *доброзичливість* – надання послуг молоді побудоване на розумінні й прийнятті вікових особливостей цільової групи, терпимості, повазі, конфіденційності, підтримці у висловленні власної думки та неосудливому ставленні до користувачів послуг.

Перша КДМ в Україні створена у 1998 р. на базі поліклініки дитячої лікарні № 6 м Києва.

Упродовж останніх років кількість знову створених КДМ коливається від 24 у 2013 р. до 5 у 2014–2015 рр. та 3 у 2016 р. (рис. 4.5.5).

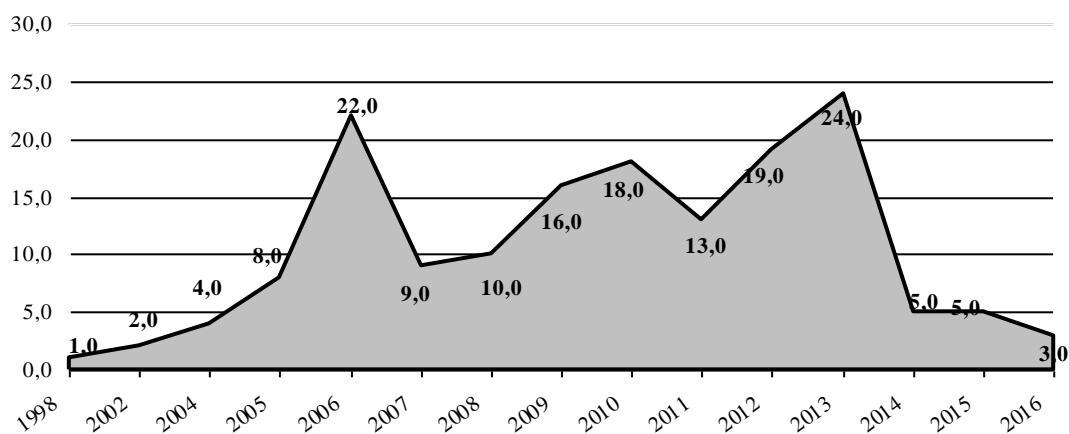


Рис. 4.5.5. Динаміка створення «Клінік, дружніх до молоді» в Україні за 1998–2016 рр. (од.)

Станом на 1.01.2017 р. в Україні КДМ створені і працюють у 147 закладах охорони здоров'я (без урахування КДМ, які знаходяться на тимчасово окупованій території АР Крим, м. Севастополь та на непідконтрольній території Донецької і Луганської областей), з них 87 кабінетів, 44 відділення, 10 центрів і 1 мережа кабінетів (у 2012 р. 69, 42, 10 і 2 відповідно). Наразі КДМ створені і працюють в усіх, за винятком Луганської області, регіонах України. Найбільша кількість КДМ функціонує у Миколаївській (17), Чернівецькій (16), Дніпропетровській (11), Львівській (11), Івано-Франківській (по 10) областях. Лише по одній КДМ функціонує у Вінницькій, Київській, Кіровоградській та Рівненській областях.

З метою розширення доступу молоді, яка проживає у сільській місцевості, а також у місцевостях, віддалених від наявних КДМ, до «дружніх» послуг здійснювались заходи щодо інтеграції послуг у ЗОЗ первинної ланки та служб планування сім'ї. Так, із трьох нових КДМ, які розпочали свою роботу в 2016 р., два створені у складі ЦРЛ. Найбільша кількість КДМ у ЗОЗ, які надають допомогу жителям села (ЦРЛ, РЛ, ЦПМСД), є у Чернівецькій, Миколаївській, Івано-Франківській, Львівській областях.

Зросла і кількість звернень молоді до КДМ з 203441 у 2012 р. до 246718 у 2016 р. (табл. 4.5.6). Крім того, послугами «Телефону довіри» КДМ скористалися 10283 клієнти проти 8251 у 2012 році (табл. 4.5.6).

Таблиця 4.5.6

Характеристика звернень молоді до «Клінік, дружніх до молоді» в Україні у 2012, 2016 рр.

Показник	2012 р.		2016 р.	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Первинних:	106 974	52,6	121 367	49,2
юнаки	41 717	39,0	46 730	38,5
дівчата	65 257	61,0	74 702	61,5
Повторних:	96 467	47,4	125 351	50,8
юнаки	33 894	35,1	43 399	34,62
дівчата	62 573	64,9	81 952	65,4
Загальна кількість звернень	203 441		246 718	

Частіше до КДМ зверталися дівчата (61,5% у 2016 р. і 61,0% у 2012 р. серед загальної кількості звернень). Намітилася тенденція до збільшення частки повторних звернень (47,4% у 2012 р. і 50,8% у 2016 р.). Найбільша кількість повторних звернень у КДМ у 2016 р. (58–66%) зареєстрована у Кіровоградській, Херсонській, Одеській, Сумській, Полтавській областях та м. Києві.

Характеристика стану організації та основних показників перинатальної допомоги в Україні

Завданнями у сфері охорони здоров'я в рамках ЦСР передбачено до 2030 р. забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, покласти край запобіжній смертності новонароджених, зменшити неонатальну смертність, знизити коефіцієнт материнської смертності. Виконання цих завдань можливе за умови поліпшення якості і підвищення ефективності акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги. Наразі в Україні стали стандартом втручання, що мають доказову базу і спрямовані на зниження перинатальної захворюваності і смертності, впроваджена трирівнева система перинатальної допомоги.

Відповідно до наказу МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 «Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах» рівні перинатальної допомоги визначаються: мережею закладів охорони здоров'я, що надають перинатальну допомогу; категорією пацієнтів, яким надається медична допомога; наявністю можливості виїзних консультацій; можливістю транспортування пацієнтів; кваліфікацією медичного персоналу; обсягом надання медичної допомоги; рівнем матеріально-технічного оснащення; перинатальними технологіями, що використовуються в ЗОЗ.

До ЗОЗ I рівня перинатальної допомоги належать: на амбулаторному (догоспітальному) етапі – ФАП, ФП, СЛА, ЦПМСД, АЗПСМ, жіночі консультації, центри/кабінети планування сім'ї; на госпітальному етапі – пологові відділення районних, центральних районних та міських лікарень.

До ЗОЗ II рівня перинатальної допомоги належать: на догоспітальному етапі – жіночі консультації, як юридичні особи, так і відокремлені структурні підрозділи міських пологових будинків, та/або міських багатопрофільних поліклінік, та/або міських багатопрофільних лікарень; на госпітальному етапі – міські пологові будинки, ПЦ II рівня, у тому числі створені на базі міських пологових будинків або багатопрофільних лікарень (ЦРЛ), що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів з кількістю пологів 1500 і більше на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км.

До ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги належать обласний (республіканський Автономної Республіки Крим) ПЦ або міський ПЦ (міст Києва та Севастополя), як юридична особа, так і відокремлений структурний підрозділ ЗОЗ III рівня надання медичної допомоги.

Одним із найважливіших періодів у житті жінки, сім'ї і суспільства є вагітність. Тому в системах ПМСД більшості країн антенатальній допомозі приділяється особлива увага. Метою допологової допомоги є запобігання проблемам, пов'язаним зі здоров'ям матері і малюка, а також забезпечення здорового початку життя кожній новонародженій дитині. Ефективна робота антенатальної служби сприяє вирішенню завдань, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я, забезпечення планування сім'ї, зниження материнських і перинатальних втрат. Це вказує на актуальність пошуку нових підходів до допологового спостереження та консультування, забезпечення нормального розвитку плода від зачаття до народження, найбільш інформативних, неінвазивних методів раннього виявлення та своєчасного лікування соматичних захворювань і ускладнень вагітності, своєчасного виявлення і корекції акушерської патології та порушень розвитку плода.

У 2016 р. амбулаторно-поліклінічна допомога акушерсько-гінекологічного профілю надавалася 22 872 998 жінкам, у т.ч. 31 505 111 дівчаткам віком до 14 років, 545 846 дівчатам 15–17 років і 10 260 851 358 тис. жінок фертильного віку. З огляду на основні завдання амбулаторно-поліклінічної ланки акушерсько-гінекологічного профілю, на догоспітальному етапі здійснюються систематичний, кваліфікований лікарський, фельдшерський профілактичний нагляд за жінками, своєчасна діагностика і лікування акушерської та гінекологічної патології, широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, підготовки батьків до пологів. Одним із показників, що рекомендується ВООЗ для оцінки доступності медичної допомоги вагітним, є охоплення вагітних антенатальним доглядом. В Україні цей показник упродовж останніх років становить біля 99,5% з незначним коливанням у розрізі регіонів у межах 98,9–99,9%. Ефективність заходів, які проводяться на догоспітальному етапі з питань охорони здоров'я вагітних та антенатальної охорони плода, найбільш висока, якщо їх починають у ранніх термінах вагітності. Протягом останніх п'яти років в Україні охоплення вагітних раннім (до 12 тижнів вагітності) диспансерним наглядом коливалося в межах 90,50%–91,79%. При цьому у 2016 р. лише у Сумській, Рівненській та Чернігівській областях раннє охоплення вагітних медичним наглядом було достатнім (понад 95%). Низький рівень (менше 90%) раннього охоплення вагітних диспансерним наглядом залишився у Вінницькій, Миколаївській, Полтавській, Харківській, Черкаській областях і м. Києві (рис. 4.5.6).

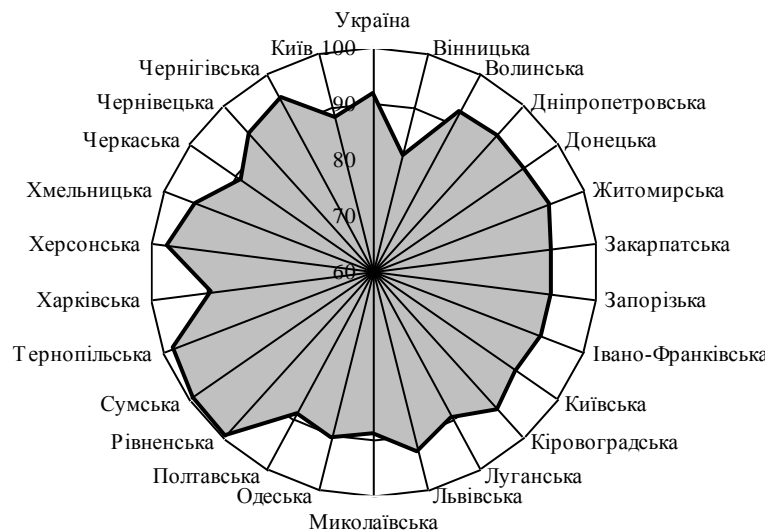


Рис. 4.5.6. Раннє охоплення вагітних диспансерним наглядом, 2016 р. (до 12 тижнів вагітності),%

Більш повного охоплення вагітних своєчасним медичним наглядом можна досягти шляхом залучення до цієї роботи первинної ланки медичної допомоги, зокрема ЛЗПСЛ, що передбачено наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Велике значення для зменшення негативного впливу стану здоров'я матері на розвиток плода має своєчасний (до 12 тижнів вагітності) огляд вагітних лікарем-терапевтом, особливо зважаючи на низький стан здоров'я жіночого населення, у тому числі вагітних. В Україні останнім часом зафіксовано достатній (92,48% – у 2012 р., 92,46% – у 2016 р.) рівень своєчасного огляду вагітних терапевтом із незначним діапазоном коливань у 2016 р. у різних регіонах від 84,07% у Вінницькій області, 85,41% у Закарпатській до 99,52% у Херсонській, 99,36% у Рівненській, 99,22% у Сумській, 97,14% у Житомирській областях. Характерно, що, за даними статистичних звітів, як у цілому по Україні, так і в більшості регіонів, частота своєчасного огляду вагітних терапевтом перевищила частоту охоплення вагітних своєчасним медичним наглядом, що може бути зумовлено некоректністю цих даних і потребує аналізу головними акушерами-гінекологами областей.

Ефективність пренатальної діагностики може бути досягнута лише масовим обстеженням вагітних у визначені терміни. На тлі високого рівня захворюваності вагітних на ЗПСШ, захворюваності і смертності новонароджених від ПВР актуальним питанням є своєчасне і повне обстеження вагітних жінок на сифіліс і СНІД, альфафетопротеїн, проведення УЗД стану плода.

Слід зазначити, що останніми роками в усіх регіонах України спостерігалось достатнє ($\geq 96,5\%$), охоплення вагітних обстеженням на сифіліс, на ВІЛ. Це зумовлено вирішенням питання закупівлі тест-систем для обстеження на ВІЛ-інфекції вагітних коштом державного бюджету. Утримувалось достатнє охоплення (96,18% – 96,44%) УЗД вагітних. Ефективність застосування УЗД з метою виявлення ПВР підтверджується тим, що лише у 2016 р. встановлений при УЗД діагноз ПВР у 100% був підтверджений при перерваних з цих причин вагітностях.

Регламентною системою надання акушерської допомоги передбачено обстеження вагітних із групи перинатального ризику на альфафетопротеїни. Протягом останніх п'яти років охоплення цим методом зросло з 46,52% до 53,8%. За даними наукових досліджень, немає єдиної точки зору стосовно обов'язкового обстеження усіх вагітних на альфафетопротеїни. Однак досвід показав, що в результаті охоплення вагітних цим дослідженням можна значно зменшити частоту народження дітей з аненцефалією та спинномозковою килою. Доцільність збільшення охоплення вагітних обстеженням на альфафетопротеїни зумовлена тим, що цей тест є маркером важких інвалідизуючих захворювань у дітей. У 2015 р. скринінгом на альфафетопротеїни охоплено від 81,73% вагітних у Вінницькій, 81,1% у Тернопільській, 72,58% у Черкаській, 74,89% у Миколаївській областях до 16,05% у Рівненській області.

Доказовим резервом зниження перинатальної патології є виявлення груп ризику вагітних щодо перинатальної патології з проведенням диспансерного нагляду за ними. Усе ще незадовільний стан здоров'я дівчат-підлітків і жінок фертильного віку зумовили високу частоту екстрагенітальних захворювань у вагітних (табл. 4.5.7).

Таблиця 4.5.7

Динаміка частоти окремих захворювань у вагітних за 2012–2016 рр. в Україні (на 100 вагітних)

Патологія	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Анемія	24,77	25,12	24,12	25,06	25,81
Хвороби системи кровообігу	6,43	6,36	6,57	6,94	7,36
Хвороби сечостатевої системи	13,46	13,66	13,11	13,8	13,77
Прееклампсії та еклампсії	2,06	2,00	1,97	2,0	2,1
Гестози	5,83	5,77	5,87	6,02	6,11

Останніми роками спостерігалася незначна тенденція до збільшення частоти ХСК (6,43 на 100 вагітних у 2012 р. і 7,36 у 2015 р.), хвороб сечостатевої системи (13,46 і 13,77) відповідно. Наразі все ще в кожній четвертій вагітній відмічалася анемія, що є маркером як соціально-економічного благополуччя регіону, так і гіпоксії плода.

За даними наукових досліджень, частота патології вагітності залежить як від рівня екстрагенітальних захворювань, так і від якості роботи жіночих консультацій. Незважаючи на впровадження регламентованих клінічними протоколами сучасних медико-організаційних технологій із доведеною ефективністю в діяльність жіночих консультацій, частота патології вагітності залишається стабільно високою – гестозів 5,83 на 100 вагітних у 2012 р. і 6,11 у 2016 р., прееклампсій та еклампсій – 2,06 у 2012 р. і 2,1 у 2016 році. Найбільша частота гестозів вагітних у 2016 р. зареєстрована у Чернівецькій (9,49), Київській (8,22), Львівській (7,34) Донецькій (9,25) областях, а частота прееклампсій та еклампсій вагітних – у Чернівецькій (3,84), Полтавській (2,99), Волинській (2,99), Одеській (2,56) та Київській (2,52) областях. У поточному році відносно низька частота гестозів (менше 4,0) зареєстрована у Закарпатській і Рівненській, а прееклампсій і еклампсій (менше 1,5) вагітних – лише в Дніпропетровській, Рівненській, та Сумській областях.

Незважаючи на впровадження сучасних перинатальних технологій та скорочення акушерських ліжок, інтенсивність їхньої роботи залишається низькою. У цілому по Україні середня зайнятість акушерських ліжок зменшилася з 255,6 дня у 2012 р. до 238,33 дня у 2016 р. при стабілізації середньої тривалості перебування на ліжку з 7,63 до 7,6 відповідно (рис. 4.5.7).



Рис. 4.5.7. Динаміка показників роботи родильних ліжок (у тому числі патології вагітності) в Україні за 2012–2016 рр.

Як і в попередні роки, у 2016 р. середнє перебування пацієнток на акушерських ліжках коливалося від 6,14 дня в Закарпатській області, 6,15 у м. Києві, 6,38 у Чернівецькій, 6,64 у Вінницькій областях до 8,62–10,32 дня у Одеській, Кіровоградській і Луганській областях. Середня зайнятість акушерських ліжок була достатньою лише в м. Києві (287,81 дня), а наднизькою (до 220 днів) – у Донецькій, Івано-Франківській, Львівській, Полтавській, Сумській, Харківській і Чернігівській областях (табл. 4.5.8).

Таблиця 4.5.8

Характеристика інтенсивності роботи родильних ліжок (у тому числі патології вагітності) у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Середнє число днів зайнятості ліжка	Середнє перебування на ліжку	Обіг ліжка
Україна	238,33	7,60	31,36
АР Крим	н/д	н/д	н/д
<i>Область</i>			
Вінницька	239,00	6,64	36,02
Волинська	259,07	7,23	35,82
Дніпропетровська	252,27	7,49	33,70
Донецька	209,62	8,10	25,89
Житомирська	260,31	7,50	34,72
Закарпатська	229,57	6,14	37,40
Запорізька	237,99	8,42	28,28
Івано-Франківська	213,69	7,96	26,86
Київська	243,67	8,31	29,33
Кіровоградська	257,58	9,04	28,49
Луганська	172,24	10,32	16,69
Львівська	213,59	7,64	27,95
Миколаївська	252,17	8,34	30,24
Одеська	257,48	8,62	29,88
Полтавська	210,42	8,08	26,03
Рівненська	273,14	7,15	38,20

Адміністративно-територіальна одиниця	Середнє число днів зайнятості ліжка	Середнє перебування на ліжку	Обіг ліжка
<i>Область</i>			
Сумська	203,86	7,35	27,73
Тернопільська	229,04	7,65	29,95
Харківська	209,74	7,41	28,29
Херсонська	267,90	7,30	36,67
Хмельницька	252,25	8,28	30,46
Черкаська	248,51	7,73	32,15
Чернівецька	249,47	6,38	39,12
Чернігівська	214,06	8,21	26,06
м. Київ	287,81	6,15	46,83

У цілому низька інтенсивність роботи акушерських ліжок (обіг ліжка – менше 30,0) була у більшості областей, за винятком Вінницької, Волинської, Дніпропетровської, Закарпатської, Миколаївської, Рівненської, Херсонської, Хмельницької, Черкаської, Чернівецької областей, де обіг ліжка становив ≥ 30 . Як і в попередні роки, найбільш інтенсивною у 2016 р. була робота родильних ліжок лише в м. Києві, де при низьких показниках забезпеченості ліжками на 1000 пологів (27,79, Україна – 46,7) та середньої тривалості перебування на ліжку (6,12) показник середнього числа роботи ліжка становив 287,81 дня, а обіг ліжка – 46,83.

Враховуючи, що збільшення обігу акушерських ліжок призводить до збільшення їх простою, доцільно переглянути орієнтовні нормативи середньорічної зайнятості акушерських ліжок. У цілому протягом останніх п'яти років інтенсивність роботи акушерських ліжок була недостатньою.

Останніми роками середня зайнятість гінекологічних ліжок коливалася від 33 514 у 2012 р. до 315,67 у 2016 р. при середньому перебуванні на ліжку 8,47 та 8,13 відповідно. При цьому зменшився діапазон коливань цього показника в розрізі регіонів. Понаднормативна (більше 340 днів на рік) робота ліжок у 2016 р. спостерігалась у Волинській (341,8), Кіровоградській (9353,31) та Миколаївській (351,87) областях, а вкрай недостатньо використовувався ліжковий фонд ЗОЗ гінекологічного профілю (середня зайнятість ліжка – до 300 днів) у Луганській, Харківській та Полтавській областях.

На тлі несприятливої демографічної ситуації в Україні останніми роками абсолютна кількість пологів зменшилася з 511,76 тис. у 2012 р. до 376,74 тис. у 2016 р. Загальновизнано, що оптимальним для пологів є вік матері 18–35 років.

Останніми роками на тлі зниження загальної кількості пологів співвідношення вікових коефіцієнтів народжуваності майже не змінилися – найбільша частота народжуваності була в перспективній для народження здорового покоління віковій групі 18–34 роки – 79,45 на 1000 відповідного населення у 2012 р. і 65,7 у 2015 році. Частота пологів у старшій віковій групі жінок (35–49 років) становила 9,14 на 1000 відповідного населення у 2012 р. та 8,13 у 2016 р., а у дівчат-підлітків – 10,03 на 1000 відповідного населення та 8,61 відповідно (рис. 4.5.8).

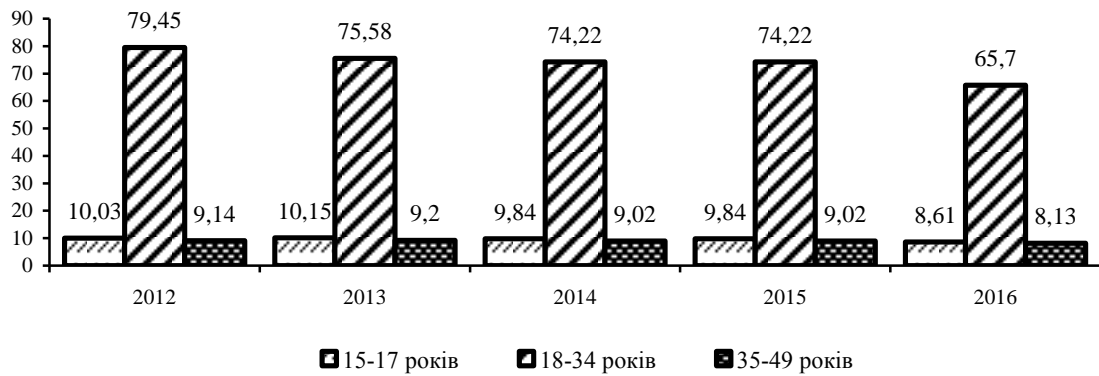


Рис. 4.5.8. Динаміка частоти пологів в окремих вікових групах в Україні за 2012–2016 рр. (на 1000 відповідного населення)

Показник народжуваності в групі дівчаток до 14 років коливався за останні п'ять років у межах 0,11–0,13 на 1000 відповідного населення.

Усього в 303, підпорядкованих МОЗ України, у 2016 р. було прийнято 376,74 пологів проти 511,76 тис. у 2012 році. Зменшення кількості пологів упродовж останніх п'яти років відбулося в усіх регіонах.

Впровадження рекомендованих ВООЗ доказових перинатальних технологій, зокрема родопомочі, орієнтованої на участь сім'ї, демедикалізації пологів, ведення партограми тощо, сприяло забезпеченню достатньої частоти нормальних пологів – 69,3% у 2012 р. і 67,65% у 2016 р. (рис 4.5.9).

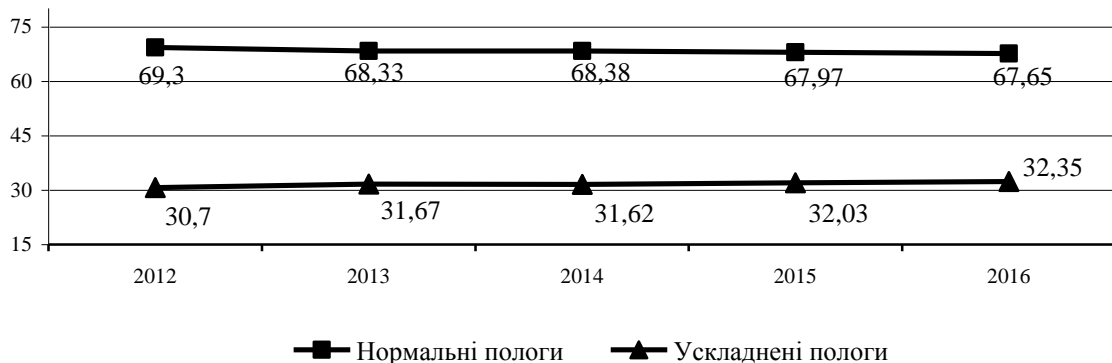


Рис. 4.5.9. Динаміка частота нормальних та ускладнених пологів в Україні за 2012–2016 рр. (на 100 пологів)

Як і в попередні роки, спостерігалася поляризація показника ускладнених пологів від 39,51% у Дніпропетровській, 38,01% у Житомирській, 37,74% у Хмельницькій, 37,88% у Житомирській, 37,2% у Сумській до 23,24% у Рівненській, 25,89% у Запорізькій, 26,01% у Черкаській та 26,51% у Львівській областях (табл. 4.5.9).

Важливою акушерською проблемою через її прямий зв'язок з перинатальною захворюваністю і смертністю заливається все ще високий рівень передчасних пологів 3,27 на 100 пологів. Передчасні пологи у терміні до 37 тижнів гестації є лідируючою причиною не лише перинатальної захворюваності і смертності, але й інвалідності дітей. Крім того, за деякими оцінками, щорічні соціальні та економічні втрати на одну недоношену дитину складають біля 51,600 \$.

**Динаміка частоти ускладнених пологів у закладах охорони здоров'я,
що перебувають у сфері управління МОЗ України, за 2012–2016 рр. (на 100 пологів)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Україна	30,66	31,67	31,62	32,03	32,35
АР Крим	27,60	30,62	н/д	н/д	н/д
<i>Область</i>					
Вінницька	37,28	35,14	36,51	34,15	38,01
Волинська	27,81	29,73	31,09	32,54	33,37
Дніпропетровська	30,12	34,55	36,08	39,08	39,51
Донецька	28,24	30,00	28,72	31,87	35,72
Житомирська	32,56	34,53	35,42	37,18	36,56
Закарпатська	31,54	26,27	30,79	29,90	31,32
Запорізька	30,01	36,65	28,30	27,19	25,89
Івано-Франківська	31,14	30,65	32,46	33,83	31,97
Київська	31,49	33,69	33,25	34,31	35,87
Кіровоградська	27,74	33,40	35,75	30,47	33,44
Луганська	32,10	30,97	29,09	31,07	32,35
Львівська	27,04	27,74	26,88	26,12	26,51
Миколаївська	32,86	30,23	30,42	27,88	28,51
Одеська	37,60	38,72	36,74	35,33	32,41
Полтавська	27,77	27,37	28,16	31,42	31,08
Рівненська	24,36	27,08	25,41	24,65	23,24
Сумська	31,76	32,92	35,12	35,63	37,20
Тернопільська	24,84	29,17	28,84	28,57	28,81
Харківська	31,76	32,67	33,45	33,80	34,34
Херсонська	35,46	33,81	34,57	35,12	36,47
Хмельницька	35,25	34,10	35,30	38,14	37,74
Черкаська	26,39	26,02	25,62	25,10	26,01
Чернівецька	30,18	28,53	27,19	27,18	28,13
Чернігівська	30,50	30,04	31,42	31,36	32,31
<i>Місто</i>					
Київ	32,19	32,17	29,62	30,55	30,35
Севастополь	30,62	32,82	н/д	н/д	н/д

Впровадження в клінічну практику положень про групи високого ризику щодо розвитку кровотечі в пологах, заходів профілактики гіпотонічних кровотеч у ранньому післяпологовому періоді, а також удосконалення заходів з інтенсивної терапії в акушерській практиці дозволили домогтися значного прогресу в профілактиці і лікуванні акушерських кровотеч у різних країнах світу, у т.ч. в Україні. Водночас масивні акушерські кровотечі залишаються однією з найголовніших причин материнської смертності в багатьох країнах. Перехід ЗОЗ акушерсько-гінекологічної служби на доказові технології сприяв зменшенню частоти акушерських кровотеч із 22,60 на 1000 пологів у 2009 р. до 18,5 у 2012 р. і 17,33 у 2016 р., а частоти кровотеч у послідовому і післяпологовому періодах – з 12,34 до 8,55 і 7,63 відповідно (рис. 4.5.10).

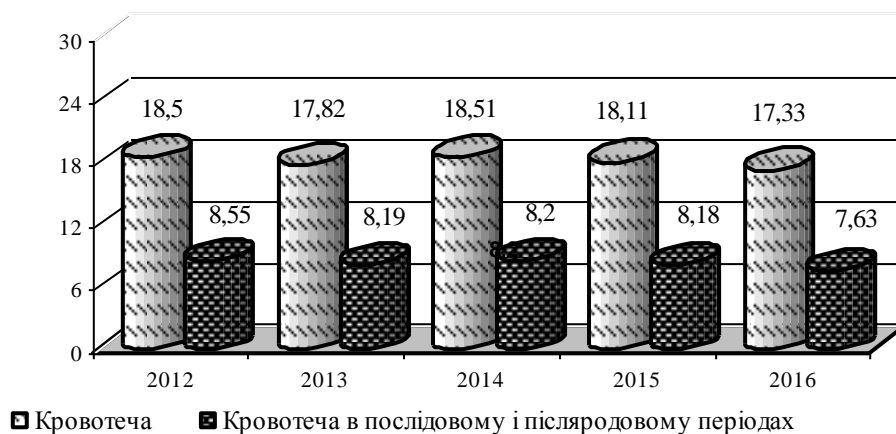


Рис. 4.5.10. Динаміка акушерських кровотеч в Україні за 2012–2016 рр. (на 1000 пологів)

При позитивній динаміці частоти кровотеч у послідовому та післяпологовому періодах у цілому по Україні такі показники були все ще високими (вище 11,00 на 1000 пологів) у ЗОЗ Закарпатської (10,62), Київської (14,4), Херсонської (14,81) та Черкаської (12,03) областей. Лише в ЗОЗ м. Києва, Львівської, Чернівецької, Запорізької та Хмельницької областей зафіксовано відносно низькі показники кровотеч у послідовому і післяпологовому періодах (5,74; 2,66; 3,3; 5,22; 5,74 відповідно) (рис. 4.5.11).

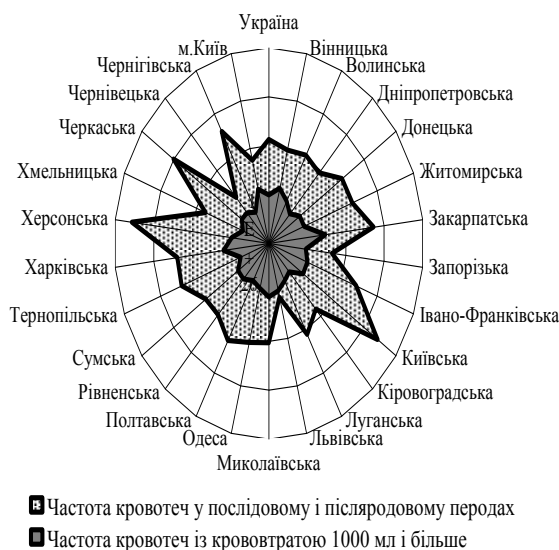


Рис. 4.5.11. Частота кровотеч у послідовому і післяпологовому періодах та кровотеч із крововтратою 1000 мл і більше у 2016 р. (на 1000 пологів)

У середньому по Україні на одні пологи з крововтратою 1000 мл і більше припадало 3,9 пологів із кровотечею в послідовому і післяпологовому періодах. Високим залишається рівень масивних кровотеч із крововтратою 1000 мл і більше у Закарпатській (4,35), Харківській (2,88), Вінницькій (2,79) областях та м. Києві (2,7).

Впровадження сучасних перинатальних технологій сприяє зниженню таких важких ускладнень пологів і післяпологового періоду, як розриви матки, промежини та родовий сепсис, розлита післяпологова інфекція. Однак після суттєвого зниження цих ускладнень у 2000–2003 рр. останніми роками стабілізувалися показники розривів промежини III–IV ступенів на рівні 0,1–0,14 на 1000 пологів, розривів матки – 0,04–0,01, пологового сепсису і розлитої післяпологової інфекції – 0,1–0,03 (рис. 4.5.12).

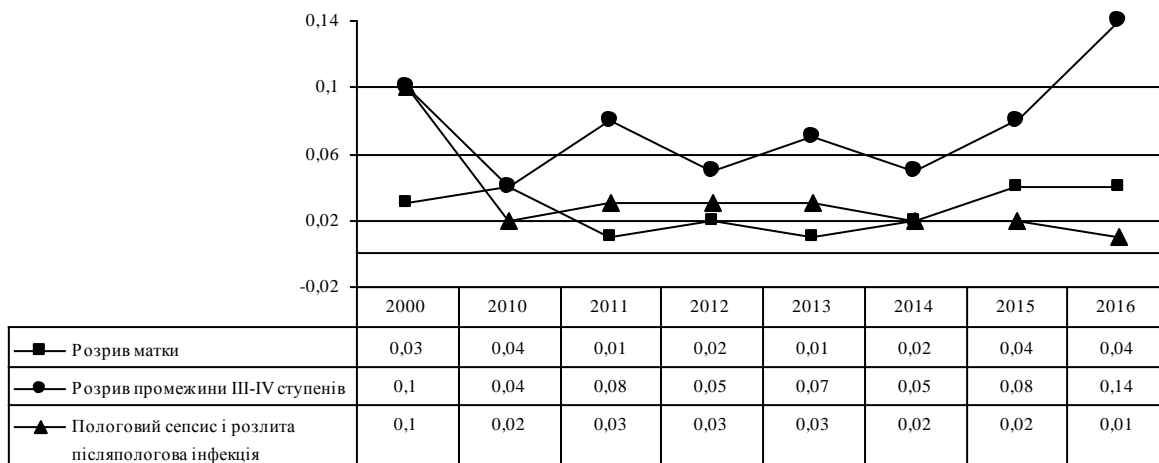


Рис. 4.5.12. Динаміка розриву матки, розриву промезжини III–IV ступенів, пологового сепсису і розлітої післяпологової інфекції в Україні за 2000, 2010–2016 рр. (на 1000 пологів)

Незважаючи на впровадження медико-організаційних технологій клінічних протоколів (зокрема щодо ведення нормальних пологів і кесаревого розтину), які сприяють зменшенню частоти пологів шляхом кесаревого розтину, в Україні останніми десятиріччями рівень кесаревих розтинів зріс і становив у 2012 р. 164,62 на 1000 пологів, а у 2016 р. – 196,2 (рис. 4.5.13).

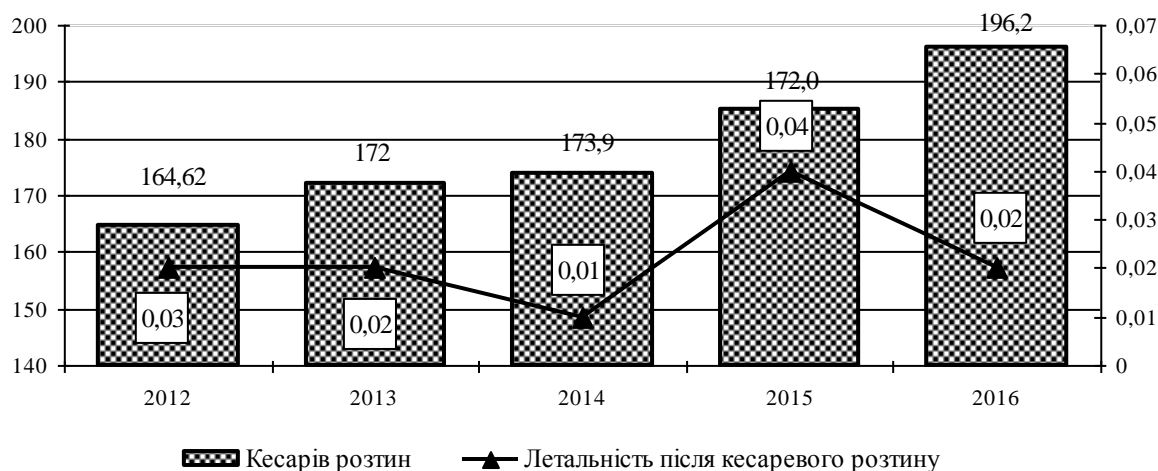


Рис. 4.5.13. Динаміка кесаревого розтину та летальності після кесаревого розтину в Україні за 2012–2016 рр. (на 1000 пологів)

Як і в попередні роки, у 2016 р. відмічалася поляризація цього показника від 236,91 на 1000 пологів у Харківській, 219,52 у Одеській, 219,07 у Київській, 218,01 у Донецькій областях до 159,74 у Львівській, 161,45 у Вінницькій, 162,72 у Тернопільській областях. Збільшення числа розроджень шляхом кесаревого розтину вказує на недостатнє використання сучасних медичних технологій, які полегшують процес пологів, зокрема передбаченого Клінічним протоколом «Газове передлежання плода» повороту плода з тазового передлежання на головне. При цьому залишаються достатніми своєчасність і якість проведення операції кесаревого розтину, що підтверджується показниками частоти перитоніту і летальних випадків після проведених операцій. У цілому по Україні летальність при кесаревих розтинах мала різноспрямований характер – зниження з 0,03% у 2011 р. до

0,01% у 2014 р., підвищення до 0,04% у 2015 р. з наступним зниженням до 0,02% у 2016 році.

За останні десятиліття спостерігається значний прогрес у зменшенні кількості смертей серед дітей у всьому світі, але водночас повільно зменшується неонатальна смертність, незважаючи на значну частку випадків, яким можна запобігти. За даними ВООЗ, щодня у світі помирає 18 000 дітей від попереджуваних хвороб і обставин, а щороку близько 2 900 000 новонароджених помирає протягом перших 28 днів життя, при цьому більшість цих втрат можна попередити за рахунок зменшення кількості ускладнень, пов'язаних із передчасним народженням і важкими інфекціями. Недарма проблемам мінімізації попереджуваної смертності немовлят була присвячена доповідь на 67-й сесії ВАОЗ (травень 2014 р.), ініціатива «Кожна Жінка, Кожна Дитина», завдання 3.2 Цілей сталого розвитку ООН.

В Україні протягом останніх п'яти років відповідно до стану демографічної ситуації відбувалися зміни кадрового і матеріально-технічного потенціалу неонатологічної служби. Так, кількість ліжок для недоношених і хворих новонароджених в цілому зменшилася з 24 333 у 2012 р. до 2088 у 2016 р., а забезпеченість ними мала тенденцію до зростання – 4,73 і 5,51 на 1000 народжених живими відповідно. Аналогічна ситуація із забезпеченістю лікарями-педіатрами-неонатологами – зменшення їх кількості з 1841 у 2012 р. до 1551 у 2016 р. при забезпеченості ними відповідно 3,58 та 4,09 на 1000 народжених живими.

Проте низькою, що не відповідає потребам новонароджених і недоношених у стаціонарному лікуванні (орієнтовно 4 ліжка на 1000 народжених живими), у 2016 р. залишалася забезпеченість ліжками немовлят у Рівненській (1,75), Київській (3,29) і Кіровоградській (3,56) областях, забезпеченість педіатрами-неонатологами – у Волинській (2,55 на 1000 народжених живими), Миколаївській (2,65), Одеській (2,94), Херсонській (2,93) і Рівненській (3,13) областях.

За даними державної статистики, у 2016 р. в Україні у підпорядкованих МОЗ України ЗОЗ народилося живими 379098 немовлят, що на 134,9 тис. менше, ніж у 2012 році. Серед народжених живими переважали новонароджені з масою тіла при народженні 3000–3499 г (39,4%), 3500 г і більше (38,68%) і 2500–2999 г (16,6%). Недоношені немовлята становили 5,06% із загальної кількості народжених живими у 2016 році.

Вагоме значення для коректної оцінки перинатальних втрат має аналіз народжуваності живими і мертвими з низькою масою тіла при народженні. За даними ВООЗ, у структурі усіх народжених живими і мертвими частка новонароджених із вагою 500–999 г і 1000–1499 г повинна становити по 1–1,5%. За даними проведених у Росії спеціальних досліджень, серед загальної кількості народжених частота народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 500–999 г становила 0,96%, а з масою тіла 1000–1499 г – 0,57%. В Україні ці показники відповідно дорівнювали до впровадження нових критеріїв перинатального періоду 0,78% і 0,39%, а після впровадження у 2007 р. – 0,32% і 0,52% відповідно. Протягом останніх п'яти років частота народжених живими і мертвими з дуже малою масою тіла мала незначну тенденцію до збільшення і становила у 2012 р. 0,36% і 0,55%, а у 2016р. – 0,38% і 0,60% відповідно (рис. 4.5.14).

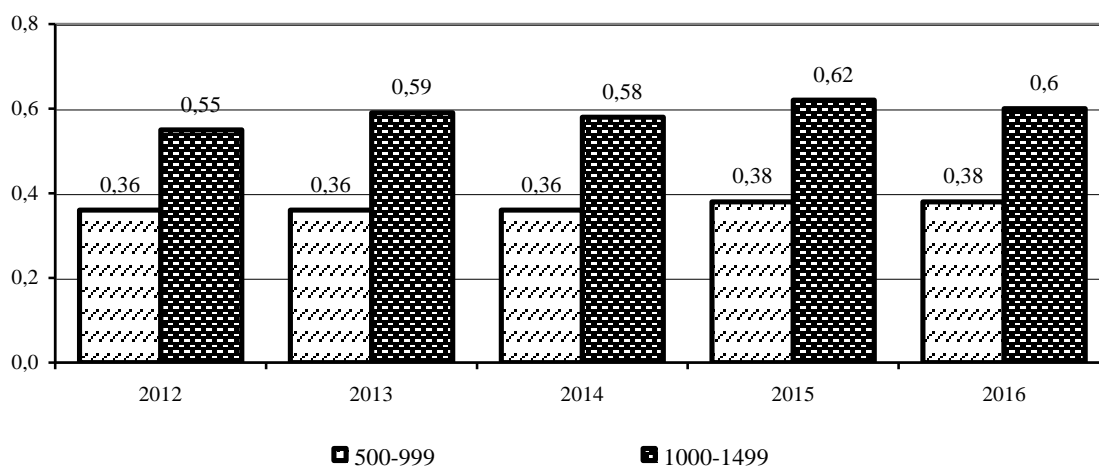


Рис. 4.5.14. Динаміка частоти народжених живими і мертвими з дуже низькою масою тіла при народженні в Україні у 2012–2016 рр.,%

Тенденція до збільшення частоти дітей із дуже малою масою тіла при народженні (500–1499 г) є позитивним показником, який свідчить про більш ретельну реєстрацію дітей з дуже малою масою тіла при народженні. Проте в цілому значне зменшення частки народжених живими і мертвими з масою тіла 500–999 та 1000–1499 г не відповідає біологічним закономірностям.

Одним із завдань модернізації перинатальної допомоги є виживання новонароджених з дуже низькою масою тіла при народженні. За даними MATRIX BABIES, виживання новонароджених у перші 168 годин після народження із масою тіла 500–999 г у 2006 р., до впровадження критеріїв ВООЗ щодо визначення перинатального періоду, становило 36,4%, а після впровадження критеріїв ВООЗ у 2007 р. підвищилося в 1,4 разу і становило 50,27% із подальшим зростанням до 57,58% у 2012 р. та 63,88% у 2016 р. (рис. 4.5.15).

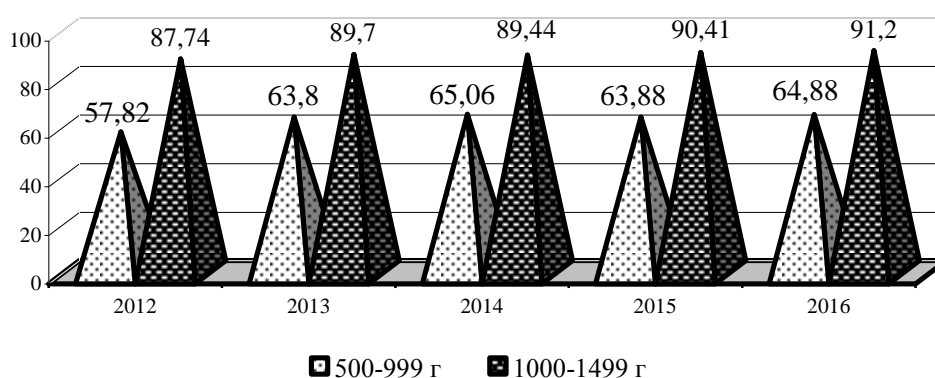


Рис. 4.5.15. Виживання новонароджених із низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) після перших 168 годин життя за 2012–2016 рр. (на 100 народжених живими)

При цьому виживання немовлят, народжених із масою тіла при народженні 1000–1499 г, зростає з 84,1% у 2006 р. до 87,34% у 2012 р. та 91,2% у 2016 році. Збільшення виживання немовлят із низькою і дуже низькою масою тіла при народженні останніми роками може бути зумовлено впровадженням технологій клінічних протоколів медичного догляду за новонародженою дитиною із малою масою тіла при народженні, порядку транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику в Україні та переорієнтацією на регіоналізацію перинатальної допомоги (РПД). Отримані результати

кореспондуються з даними наукових досліджень, згідно з якими впровадження сучасних перинатальних методів сприяло зниженню смертності немовлят з масою тіла при народженні 500–999 г з 90% до 20%, а з масою тіла 1000–499 г – з 50% до 5%.

За даними вітчизняних дослідників, зростання частоти спадкової патології, зокрема фенілкетонурії, гіпотиреозу, муковісцидозу, призводить до запізненого виявлення цих захворювань, коли в організмі дитини настають незворотні зміни, які спричиняють інвалідність та смерть. В Україні останніми роками впроваджено у практику скринінгові методики діагностики фенілкетонурії, гіпотиреозу і муковісцидозу. Цим скринінгом у 2016 р. було охоплено 95,16%, 95,01% і 65,07% новонароджених відповідно. При цьому скринінгом на фенілкетонурію і гіпотиреоз достатньо повно (90,0–98,0%) охоплені новонароджені усіх регіонів, а скринінг новонароджених на муковісцидоз ще не запроваджено в Івано-Франківській, Одеській, Полтавській, Херсонській, Черкаській і Чернігівській областях. Системний підхід до вирішення проблем спадкової патології, запровадження скринінгових програм дали змогу сформувати реєстри хворих на основні нозології спадкової патології, а відповідно, і управляти процесом диспансеризації в автоматизованому режимі.

Удосконалення системи медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим, переорієнтація акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служб на медико-організаційні технології з доведеною ефективністю сприяли зниженню частоти народжених хворими і захворілих новонароджених з 185,48 на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні 500 г і більше у 2007 р. до 153,74 у 2011 р. 149,8 у 2014 р., стабілізації цього показника на рівні 149,8–149,92 у 2012–2014 рр. з подальшою тенденцією до зростання – 156,36 у 2015 р. і 157,66 у 2016 р. (табл. 4.5.10).

Таблиця 4.5.10

Динаміка частоти народжених хворими і захворілих новонароджених, які при народженні мали вагу ≥ 500 г, за 2012–2016 рр. (на 1000 народжених живими)

Рік	Усього		Доношені		Недоношені	
	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими
2012	76998	149,80	58928	120,11	18070	773,25
2013	74508	149,92	57056	120,43	17452	752,47
2014	66659	149,84	50631	119,40	16028	769,32
2015	62436	156,36	49918	123,53	15518	795,31
2016	59769	157,66	44564	123,81	15205	793,13

Збільшення частоти народжених хворими і захворілих новонароджених у 2015–2016 рр. відбулося за рахунок збільшення її як серед доношених новонароджених з 119,4 у 2014 р. до 123,53–123,81 у 2015–2016 рр., так і серед недоношених з 769,32 до 795,31–795,13 відповідно. При цьому частота народжених хворими і захворілих недоношених новонароджених у 2012–2016 рр. була у 6,4 разу вищою, ніж доношених. Як і в попередні роки, у 2016 р. зареєстровано найбільшу частоту народжених хворими і захворілих новонароджених у Хмельницькій (201,87 на 1000 народжених живими), Рівненській (200,83), Житомирській (193,79) областях та у м. Києві (187,74), а найменшу – у Івано-Франківській та Тернопільській областях (113,82 і 115,47 відповідно) (табл. 4.5.11).

**Характеристика частоти народжених хворими і захворілих новонароджених у 2016 р.
(на 1000 народжених живими і мертвими)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Усього	Доношені	Недоношені
Україна	157,66	123,81	793,13
<i>Область</i>			
Вінницька	155,69	128,37	706,87
Волинська	171,22	138,63	835,20
Дніпропетровська	139,87	106,38	715,48
Донецька	173,89	135,43	877,64
Житомирська	193,79	159,44	818,71
Закарпатська	153,51	123,46	716,98
Запорізька	148,66	114,12	727,80
Івано-Франківська	113,82	89,68	628,61
Київська	171,05	152,35	469,10
Кіровоградська	138,73	115,23	610,00
Луганська	139,82	117,31	631,31
Львівська	122,06	80,40	988,47
Миколаївська	131,97	99,13	776,91
Одеська	159,49	125,61	901,14
Полтавська	169,84	120,96	822,58
Рівненська	200,83	172,14	803,03
Сумська	156,12	130,60	712,04
Тернопільська	115,47	80,33	987,01
Харківська	153,07	120,34	808,01
Херсонська	155,84	113,08	1 000,00
Хмельницька	201,87	168,73	951,40
Черкаська	142,29	115,63	705,76
Чернівецька	144,51	112,92	907,73
Чернігівська	177,88	144,81	845,57
м. Київ	187,74	140,89	830,21

Значними залишаються і регіональні відмінності частоти народжених хворими і захворілих доношених новонароджених – від 172,14 на 1000 народжених живими доношених новонароджених у Рівненській, 168,73 у Хмельницькій, 159,44 у Житомирській, 152,35 у Київській, 144,81 у Чернігівській областях та 140,89 у м. Києві до менше 100,0 у Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській і Тернопільській областях. Частота народжених хворими і захворілих недоношених новонароджених коливається від 1000,0 на 1000 народжених живими недоношених новонароджених у Херсонській, 988,47 у Львівській, 987,01 у Тернопільській областях до 469,10 у Київській, 631,1–610,0 у Луганській, Івано-Франківській і Кіровоградській областях.

Збільшення частоти народжених хворими і захворілих новонароджених у цілому по Україні зумовлено збільшенням рівнів захворюваності новонароджених: на природжені вади розвитку – на 8,06%, окремі стани перинатального періоду – на 7,03%, у тому числі розлади дихальної системи – на 22,9%, з них на синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани – на 14,45% при позитивній тенденції рівнів захворюваності новонароджених на недостатність живлення плода та внутрішньоматкову гіпоксію та асфіксію в пологах (табл. 4.5.12).

Динаміка захворюваності новонароджених, які при народженні мали вагу 500 г і більше, на природжені вади розвитку та окремі стани перинатального періоду в Україні, 2012–2016 рр. (на 1000 народжених живими)

Патологія	Рік					2016 р. до 2012 р. (%)
	2012	2013	2014	2015	2016	
Природжені вади розвитку	22,94	23,48	23,05	24,02	24,8	108,06
Окремі стани перинатального періоду, у т.ч.:	157,14	156,59	158,10	164,76	168,18	107,03
недостатність живлення плода	23,49	22,11	21,34	20,7	20,41	86,89
пологова травма	19,7	17,96	17,54	17,64	17,57	89,19
у т.ч. внутрішньочерепна пологова травма	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02	100,0
внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах	21,97	19,41	19,31	18,61	17,77	80,88
розлади дихальної системи	18,47	20,64	20,36	21,91	22,7	122,9
синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани	10,66	11,51	11,44	12,09	12,2	114,45

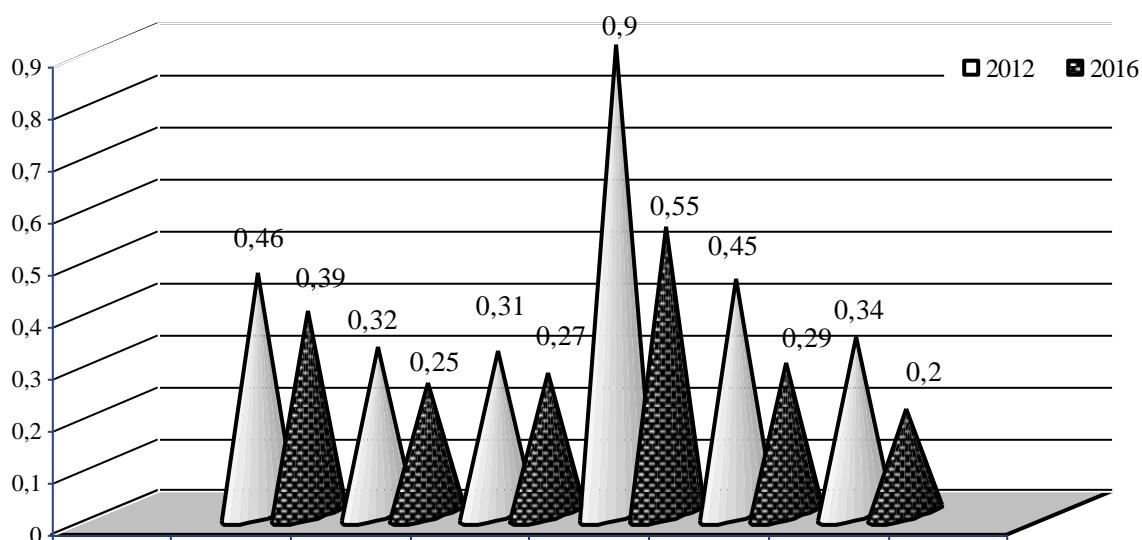
Як і в попередні роки, у 2016 р. спостерігалися значні розбіжності в реєстрації захворюваності новонароджених на різні хвороби в регіонах, що зумовлено, передусім, відсутністю єдиних стандартів діагностики, формулювання клінічного діагнозу та реєстрації захворюваності. Так, виявляємість природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій коливалася від 14,4 на 1000 народжених живими у Запорізькій, 16,93 в Одеській, 17,16 у Закарпатській, 17,4 у Дніпропетровській областях до 32,5–39,5 у м. Києві, Волинській, Херсонській і Хмельницькій областях; захворюваності новонароджених на внутрішньоматкову гіпоксію та асфіксію в пологах – від 2,85 у Вінницькій, 5,2–5,52 у Черкаській та Івано-Франківській до 66,1 у Волинській, 36,77–7,41 у Хмельницькій, Одеській і Житомирській областях, а захворюваності сповільненим ростом і недостатністю живлення плода – з 37,86 у Львівській, 35,06 у Хмельницькій, 30,58 у Чернігівській до 9,65 у Сумській та 9,71 у Полтавській областях. Усе це значною мірою затрудняє аналіз і виокремлення пріоритетних напрямків розвитку системи надання допомоги новонародженим. Для об'єктивного аналізу та оцінки захворюваності новонароджених слід підвищити ефективність діагностики та обстеження новонароджених з перинатальною патологією, забезпечити подальшу уніфікацію стандартизації надання медичної допомоги новонародженим.

У структурі захворюваності доношених новонароджених упродовж останніх років провідні місця посідали природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, пологові травми, сповільнення росту та недостатність харчування плода, внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах, а у недоношених – розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді, внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах, сповільнення росту та недостатність харчування плода.

Рівень загальної смертності новонароджених зменшився з 2,98 на 1000 народжених живими новонароджених у 2012 р. до 2,34 у 2016 р., за рахунок зменшення смертності як недоношених новонароджених із 46,43 до 32,34, так і доношених із 0,86 до 0,74. Така ситуація відбулася на тлі тенденції до збільшення рівня частоти народжених хворими і

захворілих новонароджених і зумовлена впровадженням сучасних медико-організаційних технологій у перинатальному періоді.

Смертність новонароджених зменшилася за рахунок зниження її рівня майже від усіх причин смертності, у тому числі від розладів дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді, та внутрішньошлункових і субарахноїдальних крововиливів у 1,6 разу, внутрішньоматкової гіпоксії та асфіксії у 1,3 разу, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій та інфекцій, специфічних для перинатального періоду у 1,2 разу (рис. 4.5.16).



I – природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії

II – внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія

III – розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді

IV – інфекції, специфічні для перинатального періоду

V – внутрішньошлункові і субарахноїдальні крововиливи

Рис. 4.5.16. Причини смерті новонароджених у лікарняних стаціонарах у 2012 р. і 2016 р. (на 1000 народжених живими)

Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я матері і дитини було доповнено вивченням ефективності впровадження РПД за даними її моніторингу та оцінку (МіО) в Україні загалом та у розрізі регіонів.

Нині створена нормативно-правова база РПД, шляхи практичної реалізації трирівневої системи перинатальної допомоги та інструменти МіО, її повноти та ефективності. У ході впровадження РПД за підтримки міжнародних організацій розроблена і впроваджена система алгоритму ведення жінок і новонароджених з перинатальним ризиком, стратегія підготовки медичного персоналу для роботи в перинатальних центрах з питань перинатального догляду і виходжування новонароджених з дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні.

Станом на 31.12.2016 р., за даними МіО РПД, трирівнева система перинатальної допомоги створена в усіх, за винятком Волинської, Закарпатської і Чернігівської областей, де відсутні ЗПД III рівня, регіонах України, у Житомирській області, де не створені ЗПД II

рівня, та м. Києва, де відсутні ЗПД I рівня. При цьому у АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях та м. Києві за сприяння Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» організовані і функціонують оснащені необхідною високотехнологічною лікувально-діагностичною апаратурою і підготовленим для надання висококваліфікованої перинатальної допомоги жінкам і новонародженим з ризиком ризику перинатальної патології та смертності ПЦ III-го рівня. У зв'язку з анексією АР Крим, військовими діями у Донецькій і Луганській областях, МіО за 2014–2016 рр. у зазначених регіонах не проводилися.

Система надання медичної допомоги за принципом регіоналізації передбачає розумний та ефективний розподіл медичної допомоги у ЗОЗ різних рівнів. Досвід розвинених країн і ННД, де регіоналізація перинатальної допомоги розпочата ще у 1998–2009 рр., орієнтовні показники пологів становили у закладах перинатальної допомоги I рівня біля 30%, у ЗПД II рівня – біля 50% і у ЗПД III рівня – біля 20%.

Аналіз розподілу числа пологів, прийнятих у ЗПД різного рівня, показав, що частка пологів у ЗПД I рівня становила 36,7% у 2014 р., 40,3% у 2015 р. і 37,5% від загального числа пологів, прийнятих в регіоні у 2016 р., у ЗПД II рівня – 46,6%, 42,5% і 44,8%, а у ЗПД III рівня – 16,8%, 17,7% і 18,9% відповідно (рис. 4.5.16).

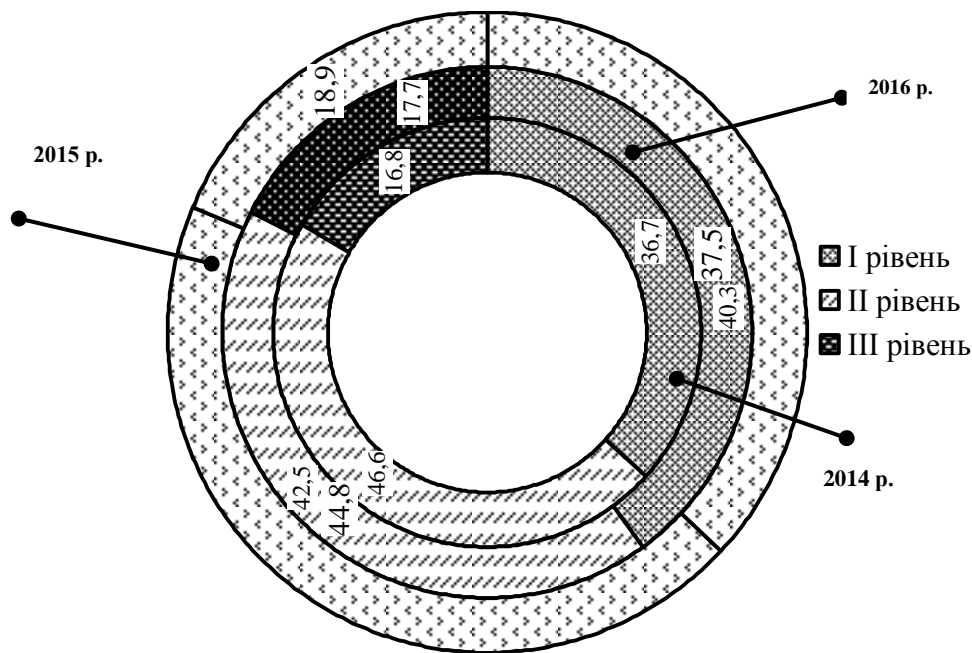


Рис. 4.5.16. Частка пологів у закладах перинатальної допомоги I, II, III рівнів від загальної кількості пологів у регіоні, 2014–2016 рр.

Тенденція до збільшення частки пологів у ЗПД I рівня при вищеорієнтовному її показнику зумовлена її збільшенням при високому рівні у 2016 р. у Закарпатській (75,4%), Житомирській (75%), Івано-Франковській (64,3%) та Хмельницькій (63,2%) областях. Низькою, що не відповідає стану здоров'я вагітних, роділь і породіль, залишається частка пологів у ЗПД I рівня Харківської (5,3%) та Дніпропетровської (13,9%) областей. Показник частки пологів у ЗПД II рівня дещо нижчий орієнтовного і зумовлений відсутністю цих закладів у Житомирській області та низькою (менше 30%) часткою пологів у цих закладах

Рівненської (18,0%), Хмельницької (20,9%), Київської (22,9%) і Закарпатської (24,6%) областей.

В умовах ЗПД III рівня у 2016 р. розроджено 18,9%, із суттєвою різницею в розрізі регіонів – від 0,0% у Волинській, Закарпатській, Чернігівській областях, 0,8% у Миколаївській, 7,8% у Черкаській до 46,8% у Чернівецькій, 37,6% у Харківській, 35,1% у Сумській областях. При цьому корелятивний зв'язок між частотою показників ускладнених пологів і розроджень вагітних у ЗПД III рівня цих регіонів відсутній.

Отримані дані свідчать про недостатньо налагоджене функціонування РПД стосовно виконання маршруту пацієнтів і розподілу розроджень залежно від оснащення ЗПД різних рівнів медичним устаткуванням.

Одним з основних чинників, що викликають зниження рівня життєздатності потомства на всіх етапах його розвитку, є висока захворюваність вагітних і породіль. Тому важливим завданням РПД є профілактика перинатальних ускладнень у жінок з перинатальним ризиком, важкою екстрагенітальною патологією і забезпечення доступності їм спеціалізованої та високоспеціалізованої перинатальної допомоги. Виконання цього завдання можливе за умови розробки регіональних схем руху (маршруту) вагітних, породіль і новонароджених з ризиком материнської і перинатальної патології і смертності в ЗПД відповідного рівня.

Відповідно до відпрацьованих з урахуванням функцій та можливостей ЗПД різних рівнів спеціалістами робочої групи МОЗ України алгоритмів ведення вагітних з перинатальним ризиком можна вважати достатнім розродження в умовах ЗПД III рівня 50,0% вагітних із вадами серця, 25–30% з хворобами системи кровообігу, 90% і більше з цукровим діабетом, а у ЗПД II–III рівнів – 90% і більше з прееклампсією та еклампсією, антенатальною загибеллю плода.

У цілому в Україні, за даними МіО РПД 2014–2016 рр., забезпечена оптимальна доступність до високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги під час пологів вагітних з вадами серця (ІК у ЗПД III рівня 63,2%–69,9%) та хворобами системи кровообігу (ІК 50,5%–48,5%) (табл. 4.5.13).

Таблиця 4.5.13

Моніторингові показники доступності розроджень вагітних у закладах перинатальної допомоги III рівня, 2014–2016 рр. (% до загальної кількості у регіоні обслуговування)*

Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних з вадами серця			Розроджено вагітних із хворобами системи кровообігу			Розроджено вагітних із цукровим діабетом		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Україна	63,2	66,9	69,9	50,5	47,0	48,5	46,3	46,9	53,3
<i>Область</i>									
Вінницька	39,1	47,3	82,4	17,1	19,8	18,6	83,9	66,7	79,6
Волинська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Дніпропетровська	82,6	87,9	69,4	49,5	66,5	59,1	32,8	34,5	42,3
Житомирська	50,9	68,6	81,3	47,7	58,9	59,3	88,1	95,9	87,7
Закарпатська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Запорізька	86,2	99,1	72,2	32,9	59,2	24,4	77,1	91,7	82,2
Ів.-Франківська	95,5	100,0	100,0	90,2	96,1	94,4	100,0	97,5	96,6
Київська	0,0	39,5	71,2	22,0	19,4	29,6	65,1	82,4	93,8
Кіровоградська	82,1	53,3	82,8	75,5	83,6	75,0	95,5	100,0	100,0
Львівська	100,0	97,4	75,0	72,1	76,3	63,1	96,9	91,7	83,6

Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних з вадами серця			Розроджено вагітних із хворобами системи кровообігу			Розроджено вагітних із цукровим діабетом		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Миколаївська	0,0	20,0	50,0	0,0	1,6	1,8	0,0	18,6	28,6
<i>Область</i>									
Одеська	81,6	85,2	72,0	65,8	58,0	53,3	78,0	80,8	89,4
Полтавська	86,2	82,7	100,0	79,6	84,7	85,0	100,0	100,0	100,0
Рівненська	100,0	90,0	71,4	56,6	48,0	34,3	38,2	33,3	36,4
Сумська	90,9	н/д	100,0	34,9	67,7	54,9	92,9	100,0	90,3
Тернопільська	73,0	91,5	100,0	58,9	62,8	63,9	77,8	100,0	91,7
Харківська	99,6	99,0	99,0	81,3	88,1	84,8	97,1	96,3	98,5
Херсонська	11,8	–	81,3	5,6	7,8	59,3	46,4	64,4	87,7
Хмельницька	49,2	79,7	85,9	27,8	23,8	34,9	49,1	48,0	57,1
Черкаська	47,8	63,0	94,4	38,2	34,2	24,3	20,4	29,6	42,9
Чернівецька	68,6	41,3	70,0	78,4	57,7	70,2	100,0	57,9	87,5
м. Київ	40,8	42,4	45,9	32,4	25,0	36,6	9,1	5,7	9,0

Примітка: дані з тимчасово окупованих територій та Чернігівської області відсутні.

Характерно, що орієнтовні показники ІК розроджень вагітних з вадами серця та хворобами системи кровообігу досягнуто у переважній більшості регіонів, де функціонують ЗПД III рівня, за винятком Київської і Миколаївської областей. При цьому у ЗПД I рівня розроджено більше 30% вагітних з вадами серця Чернівецької і Закарпатської областей та більше 40% вагітних з хворобами системи кровообігу Житомирської і Закарпатської областей.

Низьким, таким, що не відповідає медичним стандартам супроводу та надання допомоги пацієнткам, залишається ІК розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня (46,3%–53,3%). При цьому зберігається регіональна дисоціація ІК у ЗПД III рівня розроджень вагітних з цукровим діабетом від 90%–100% у Івано-Франківській, Київській, Кіровоградській, Полтавській, Сумській, Тернопільській та Харківській областях до менше 40,0% у Миколаївській, Рівненській, областях та м. Києві.

Медичним стандартом супроводу та надання стаціонарної допомоги вагітним з важкими формами прееклампсії та еклампсії передбачена госпіталізація для розродження цих пацієнток у ЗПД II–III рівнів перинатальної допомоги. У 2014–2016 рр. у цілому в Україні ІК цих пацієнток у ЗПД II–III рівнів перинатальної допомоги становив 78,0% та 74,2%, що можна вважати задовільним (табл. 4.5.14).

Таблиця 4.5.14

Моніторингові показники доступності розроджень вагітних у закладах перинатальної допомоги II–III рівнів, у 2014–2016 рр. (% від загальної кількості у регіоні обслуговування)*

Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних із важкими формами прееклампсії, еклампсії			Розроджено вагітних з антенатальною загибеллю плода		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
Україна	78,0	83,0	74,2	75,1	72,2	70,5
<i>Область</i>						
Вінницька	76,3	71,1	43,0	62,9	53,2	61,8
Волинська	60,7	60,9	62,2	41,9	37,1	30,2
Дніпропетровська	96,2	97,9	98,6	91,8	91,5	94,2
Житомирська	38,6	50,8	47,4	40,3	32,3	33,3
Закарпатська	60,2	30,4	29,0	55,9	35,0	40,5

Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних із важкими формами прееклампсії, еклампсії			Розроджено вагітних з антенатальною загибеллю плода		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
Запорізька	89,8	80,9	91,5	70,6	79,2	81,4
<i>Область</i>						
Івано-Франківська	90,0	83,9	70,6	82,5	86,8	81,7
Київська	60,6	33,3	54,9	61,9	47,9	44,0
Кіровоградська	83,6	67,7	91,3	60,3	56,4	43,5
Львівська	78,0	84,7	82,9	83,6	82,7	82,6
Миколаївська	59,8	66,7	49,1	40,3	63,4	37,5
Одеська	97,2	97,1	97,0	85,3	74,6	74,0
Полтавська	100,0	100,0	100,0	90,2	90,2	78,0
Рівненська	67,6	79,6	79,5	65,5	56,6	60,8
Сумська	100,0	90,5	100,0	96,4	94,2	88,9
Тернопільська	92,3	93,5	88,2	88,7	87,7	79,5
Харківська	96,9	97,7	97,3	96,6	97,7	96,5
Херсонська	87,9	65,4	71,9	52,9	48,5	59,3
Хмельницька	60,6	72,4	59,1	50,7	36,7	44,6
Черкаська	42,0	53,2	57,6	51,4	54,0	33,3
Чернівецька	61,5	65,9	57,3	66,0	62,8	60,5
Чернігівська	95,0	47,4	58,3	83,6	72,6	72,1
м. Київ	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примітка: дані з тимчасово окупованих територій відсутні.

При цьому 90,0% і більше вагітних з важкими формами прееклампсії та еклампсії було розроджено у ЗПД II–III рівнів Дніпропетровської, Запорізької, Кіровоградської, Полтавської, Сумської, Тернопільської, Харківської областей та м. Києва. Проблемним залишається питання забезпечення маршрутизації вагітних з важкими формами прееклампсії та еклампсії у Закарпатській, Вінницькій, Київській та Житомирській областях, де у ЗПД II–III рівнів розроджено лише 29,0%, 43,0% та 47,4% цих пацієнток відповідно.

Показники процесу ефективності РПД, які залежать від методичного регулювання організації перинатальної допомоги у регіоні обслуговування, вивчалися і за даними частоти кесаревого розтину, переведених із ЗПД I–II рівнів у ЗПД III-го рівня пацієнтів та проведених дистанційних і виїзних консультацій.

За даними МіО РПД, частота кесаревого розтину в цілому по Україні становила 17,7% у 2014 р. і 19,5% у 2016 р. з різницею цього показника у 2016 р. від 21,0%–25,7% у Волинській, Івано-Франківській, Київській, Одеській, Харківській, Хмельницькій, Чернівецькій до $\leq 17,0\%$ у Вінницькій, Львівській, Черкаській, Полтавській, Тернопільській областях (табл. 4.5.15). При цьому в державах Західної Європи та США спостерігається зниження частоти кесаревого розтину, що в першу чергу пов'язують з природним розродженням жінок з рубцем на матці. За даними надійних досліджень, збільшення частоти кесаревого розтину вище 12,0% недоцільне, оскільки не впливає на зниження перинатальної патології і смертності.

За даними досліджень, цей показник напряму залежить від рівня закладу перинатальної допомоги – найнижчий у ЗПД I рівня і найвищий – у ЗПД III. Аналогічна закономірність виявлена і за даними моніторингу – частота кесаревого розтину в цілому в Україні у ЗПД I рівня становила у 2014–2016 рр. відповідно 12,6–14,0%, ЗПД II – 18,2–20,1%, ЗПД III – 27,1–28,1%.

Характеристика частоти пологів шляхом кесаревого розтину в Україні у 2014–2016 рр.,%*

Адміністративно-територіальна одиниця	Усього в регіоні			На І рівні			На II рівні			На III рівні		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
Україна	17,7	18,3	19,5	12,6	13,0	14,0	18,2	19,3	20,1	27,1	27,6	28,1
<i>Область</i>												
Вінницька	15,5	15,7	16,3	11,6	11,2	11,9	16,2	17,1	17,5	34,3	33,5	29,0
Волинська	19,3	19,8	21,0	15,2	15,8	15,8	24,3	24,8	26,8	н/д	н/д	н/д
Дніпропетровська	16,3	17,6	18,2	11,9	12,3	12,4	15,5	16,9	17,1	24,7	23,3	24,8
Житомирська	15,5	16,9	18,5	13,9	14,6	17,4	н/д	н/д	н/д	20,7	24,2	21,7
Закарпатська	18,0	18,0	20,6	13,2	16,5	18,3	22,2	22,8	27,6	н/д	н/д	н/д
Запорізька	16,0	16,5	17,9	14,0	14,5	15,5	14,8	14,7	15,5	23,8	23,5	25,7
Івано-Франківська	21,4	21,8	21,1	15,7	15,5	7,9	20,7	35,3	20,0	33,1	34,7	34,3
Київська	19,6	19,9	21,9	12,5	14,6	15,6	22,3	21,0	22,2	38,1	38,6	41,1
Кіровоградська	18,1	18,5	18,9	12,5	14,0	13,6	18,8	19,9	21,9	32,4	28,9	27,4
Львівська	12,6	14,7	16,0	8,3	8,6	9,8	12,2	16,9	18,3	26,8	26,4	26,8
Миколаївська	17,0	17,3	17,7	15,1	15,7	15,2	19,1	17,6	19,1	–	–	96,5
Одеська	20,5	20,9	21,0	12,7	8,5	10,6	22,4	22,3	23,3	33,6	33,1	34,2
Полтавська	14,6	15,5	16,8	9,5	10,0	6,6	12,0	14,0	18,4	34,2	32,8	35,6
Рівненська	16,8	17,0	17,5	12,6	13,0	13,5	15,4	14,6	16,1	30,3	30,1	28,6
Сумська	16,6	19,0	20,7	8,2	8,8	8,6	14,7	16,9	17,2	24,5	28,5	31,5
Тернопільська	16,1	16,8	16,3	8,3	9,1	10,7	14,9	16,9	16,4	23,4	27,0	22,9
Харківська	22,6	23,8	25,4	11,9	11,7	12,9	18,3	19,6	21,0	30,8	32,7	33,9
Херсонська	17,8	18,6	20,7	8,4	9,0	19,3	24,5	25,3	17,4	29,4	33,4	32,2
Хмельницька	19,3	19,3	21,6	16,3	17,5	18,6	24,5	23,0	25,8	26,7	23,2	28,0
Черкаська	15,4	15,3	16,7	12,2	12,2	13,3	19,0	18,4	18,7	28,9	28,8	32,6
Чернівецька	15,5	16,0	21,5	10,2	10,9	21,9	6,9	8,3	9,0	22,9	22,5	23,6
Чернігівська	21,6	20,0	20,9	15,8	18,5	16,0	23,3	21,3	23,5	н/д	н/д	н/д
м. Київ	18,5	19,2	20,3	н/д	н/д	н/д	19,6	20,1	21,8	14,0	15,4	14,9

Примітка: дані з тимчасово окупованих територій відсутні.

Така закономірність характерна для майже усіх регіонів, за винятком Чернівецької області, де показник кесаревого розтину у ЗПД I рівня вищий, ніж у ЗПД II рівня (21,9% і 9,0%), та м. Києва, де частота кесаревого розтину у 2016 р. у ЗПД II рівня становила 21,8%, а у ЗПД III рівня – 14,9%.

Слід зазначити, що ефект РПД є неоднорідним. Так, у 2016 р. частота кесаревого розтину відповідає функціональним можливостям у ЗПД I рівня ($\leq 10,0\%$) Львівської, Сумської, Полтавської, Івано-Франківської областей, у ЗПД II рівня ($\leq 16,0\%$) Запорізької, Рівненської і Чернівецької областей, у ЗПД III рівня ($\leq 25,0\%$) Дніпропетровської, Житомирської, Тернопільської, Черкаської областей. Надвисокими для ЗПД відповідного рівня утримуються показники кесаревого розтину у ЗПД I рівня ($\geq 17\%$) Житомирської, Закарпатської, Херсонської, Хмельницької і Чернівецької областей, у ЗПД II рівня ($\geq 22\%$) Волинської, Закарпатської, Київської, Одеської, Хмельницької, Чернігівської областей та м. Києва, а майже кожна третя вагітна розроджена шляхом кесарева розтину у ЗПД III рівня, Івано-Франківської, Київської, Одеської, Полтавської, Херсонської, Харківської, Черкаської областей. Така неоднорідність частоти кесаревого розтину потребує вивчення шляхом проведення клінічних аудитів.

Відповідно до алгоритму ведення вагітних з перинатальним ризиком, розродження вагітних з антенатальною загибеллю плода здійснюється у ЗПД II–III рівнів. За даними моніторингу 2014–2016 рр., у ЗПД II–III рівнів було розроджено 75,1%–70,5% пацієнток. Достатньою можна вважати роботу із забезпечення маршруту пацієнток з цією патологією лише у Дніпропетровській, Сумській і Харківській областях, де у ЗПД I рівня було розроджено менше 15% пацієнток від загальної кількості розроджених пацієнток з антенатальною загибеллю плода в регіоні. Потребує доопрацювання питання забезпечення маршрутів цих пацієнток у Волинській, Житомирській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Хмельницькій, областях, де цей показник перевищує 50%.

Згідно з переліком, показанням до направлення вагітних у ЗПД III рівня є передчасні пологи в терміні вагітності 22–34 тижні. Актуальність проблеми концентрації розроджень дітей з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня зумовлена тим, що вже в перші дні життя часто вирішується питання про їх життєздатність. Тому збереження життя цих дітей можливе тільки в умовах обслуговування їх висококваліфікованим персоналом із застосуванням сучасного високотехнологічного лікувально-діагностичного обладнання. За даними проекту MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі, – частка новонароджених з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла при народженні, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63–64% у Данії та Польщі до понад 80% у Бельгії, Німеччині, Італії та Португалії, а за даними метааналізу досліджень РПД, у ЗПД III рівня п'яти штатів США було сконцентровано $\geq 90\%$ новонароджених з масою тіла при народженні ≤ 1500 грамів.

В Україні у 2014–2016 рр. в ЗПД III рівня вдалося сконцентрувати народження 59,0%–64,5% немовлят з масою тіла при народженні 500–999 г і 52,4%–53,9% з масою тіла 1000–1499 г (табл. 4.5.16).

При цьому в умовах ЗПД I рівня, що не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня медичних працівників, народжується 10,1% немовлят з надзвичайно малою масою тіла при народженні (500–99 г) і 16,8% з масою тіла 1000–1499 грамів. Важливо підкреслити, що доступність високоспеціалізованої медичної

допомоги новонародженим з дуже малою (≤ 1500 г) масою тіла при народженні неоднорідна в розрізі регіонів. Так, упродовж 2014–2016 рр. у ЗПД III рівня було сконцентровано $\geq 90\%$ новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г Полтавської, Сумської, Тернопільської і Харківської областей, біля 80% новонароджених з масою тіла при народженні 1000–999 г Житомирської, Запорізької, Івано-Франківської, Тернопільської, Харківської і Чернівецької областей. Усе ще менше половини народжень дітей з дуже малою ($\leq 1500,0$ г) масою тіла при народженні було сконцентровано у ЗПД III рівня Вінницької, Київської, Миколаївської, Херсонської, Черкаської областей. При цьому більше 20,0% народжень немовлят з дуже малою масою тіла при народженні сконцентровано у ЗПД I рівня Закарпатської, Миколаївської, Київської, Кіровоградської областей.

Таблиця 4.5.16

Моніторингові показники доступності новонародженим високоспеціалізованої перинатальної допомоги у закладах перинатальної допомоги III рівня, 2014–2016 рр. (% до загальної кількості в регіоні обслуговування)*

Адміністративно-територіальна одиниця	Народжено живими з масою тіла 500–999 г			Народжено живими з масою тіла 1000–1499 г		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
<i>Область</i>						
Вінницька	34,6	35,1	43,6	38,4	52,4	28,4
Дніпропетровська	64,8	65,5	68,9	35,4	41,3	46,7
Житомирська	84,6	93,5	83,3	82,8	77,2	79,4
Запорізька	82,4	86,1	85,7	74,6	82,1	80,9
Ів.-Франківська	95,7	84,4	87,8	85,6	82,3	79,8
Київська	48,6	47,1	55,3	33,3	47,9	54,5
Кіровоградська	88,2	75,0	60,0	76,7	63,8	68,1
Львівська	78,7	65,6	75,8	64,9	65,1	67,7
Миколаївська	0,0	4,8	6,9	0,0	11,7	7,7
Одеська	31,7	53,4	53,1	44,4	49,2	54,8
Полтавська	81,0	100,0	100,0	69,0	69,0	81,0
Рівненська	50,0	67,3	65,9	59,5	58,5	51,6
Сумська	96,2	81,8	100,0	73,0	81,8	92,7
Тернопільська	96,2	91,3	100,0	85,2	93,5	90,0
Харківська	87,1	91,1	91,0	87,3	84,0	83,3
Херсонська	44,0	42,9	51,4	49,2	37,7	34,0
Хмельницька	75,9	86,1	86,7	68,9	77,2	66,7
Черкаська	22,7	18,2	41,2	22,4	32,8	35,9
Чернівецька	92,6	88,9	75,9	90,7	78,0	86,0
<i>Місто</i>						
Київ	58,4	60,2	77,5	58,8	56,3	62,4
Усього	59,0	62,0	64,5	52,4	55,3	53,9

Примітка: дані з АР Крим, Волинської, Донецької, Закарпатської, Луганської, Чернігівської областей та м. Севастополь відсутні.

Відповідно до маршрутів пацієнтів, вагітні з передчасними пологамі в терміні 35–36 тижнів підлягають розродженню у ЗПД II рівня. За даними МіО, у 2014–2016 рр. у ЗПД II рівня було народжено 42,8%–37,8% немовлят з масою тіла при народженні 1500–2499 г, а у ЗПД III рівня – 33,0%–33,3%. Таким чином, 75,8%–71,1% новонароджених з малою (1500–2499 г) масою тіла при народженні були забезпечені спеціалізованою і

високоспеціалізованою перинатальною допомогою, а 24,3%–28,9% – лише базовою перинатальною допомогою в умовах ЗПД I рівня.

При цьому оптимальним можна вважати виконання маршрутів пацієнток з ризиком невиношування вагітності лише у Дніпропетровській Сумській і Харківській областях, де у ЗПД I рівня у 2016 р. було народжено 7,7%, 7,3% і 2,6% новонароджених з масою тіла при народженні 1500–2499 грамів. Потребує посилення ця робота у Вінницькій, Закарпатській і Черкаській областях, де більше 50% недоношених немовлят з масою тіла при народженні 1500–2499 г отримали лише базову перинатальну допомогу в умовах ЗПД I рівня.

Важливим компонентом РПД є виявлення вродженої і спадкової патології плода, оскільки їх елімінація в I і II триместрах вагітності сприяє зниженню малюкової і перинатальної смертності, а виявлення вад розвитку, що підлягають хірургічній корекції, вимагає цілеспрямованого вибору акушерського стаціонару для розродження вагітної жінки. Доведено, що природжені вади новонароджених, нарівні з багатьма іншими причинами і детермінантами вроджених розладів, надалі негативно впливають на здоров'я дітей, що вижили в неонатальному періоді. Своєчасна та якісна пренатальна діагностика природжених вад у плода дозволяє сконцентрувати таких вагітних у ЗПД III рівня і за необхідності здійснити ранню постнатальну, у тому числі хірургічну, корекцію тих чи інших аномалій, та ранню реабілітацію їх у зв'язку з наявністю ризику дитячої інвалідності. Усього у 2014–2016 рр. в ЗПД III рівня народилось відповідно 35,1–33,5% дітей з природженими вадами розвитку, з різницею цього показника від 9,4% у Черкаській, 20,4% у Кіровоградській до 67,2% у Полтавській, 62,9% у Харківській областях. У цілому роботу стосовно забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим контингентам новонароджених можна оцінити позитивно.

Складовою регіональної системи перинатальної допомоги в Україні, яка у кінці XX століття віднесена до стандарту перинального догляду, є транспортування вагітних жінок і новонароджених з групи високого перинатального ризику з однієї лікарні до іншої. За даними МіО РПД, транспортування вагітних жінок і новонароджених здійснюється спеціально обладнаними бригадами в усіх пілотних регіонах.

Визнано, що частота переведень залежить як від кількості малопотужних ЗПД, так і від наявності та виконання маршрутів пацієнтів. Усього у 2014 р. у ЗПД III рівня та інші заклади третинної медичної допомоги було переведено 7,0 тис. вагітних (роділь, породіль), що становило 1,7% від загальної кількості вибулих пацієнток, у 2015 р. – 6,1 тис., або 1,6%, а у 2106 р. – 7,8 тис., або 2,2% відповідно, з коливанням цього показника від 0,0% у м. Києві, 0,3% у Тернопільській, 0,8% в Одеській, 0,8% у Чернігівській областях до 12,0% у Полтавській, 5,8% Вінницькій, 3,6% у Івано-Франківській областях.

Для оцінки частоти переведень новонароджених в Європі існує так званий «індекс неонатальних трансферів» (транспортувань). Індекс неонатальних трансферів (ІНТ) виражає кількість новонароджених, переведених до інших ЗПД, на 100 живонароджених. Сучасний показник невідкладних транспортувань новонароджених у країнах Євросоюзу становить приблизно 5–10 випадків на 1000 народжених живими. Низький ІНТ (близько 1%) вказує на оптимальний розподіл ЗПД за рівнями перинатальної допомоги і достатнє виконання функцій ЗПД III рівня стосовно забезпечення повного циклу медичного догляду за новонародженими. Доведено, що діти з дуже низькою масою тіла при народженні, які народилися у перинатальних центрах III рівня, особливо з великим об'ємом таких пологів, у

наступному демонструють кращі короткострокові результати, ніж малюки, які транспортувалися у такі центри після народження. У регіонах із великою кількістю малопотужних пологових будинків потреба в переведенні новонароджених може бути вища, тому що компетенція персоналу в діагностиці перинатальних ризиків і патології знижується через спорадичне виникнення таких випадків і відсутність досвіду роботи.

При середньому в Україні показнику частоти переведень новонароджених у заклади вищого рівня перинатальної допомоги 4,6%, з коливанням Цього показника від 2,1–3,1% у Дніпропетровській, Кіровоградській, Львівській областях та м. Києві, надзвичайно високим ($\geq 7,0\%$) він є у Херсонській, Миколаївській, Черкаській і Тернопільській областях (рис. 4.5.17). Великою залишається і частота переведених із ЗПД III рівня у відділення патології новонароджених дитячих обласних (міських) лікарень новонароджених – 3,5% від загальної кількості народжених у ЗПД III рівня у 2014 р., 3,4% у 2015 р. і 3,1% у 2016 р., що може бути зумовлено незабезпеченням повного комплексу медичного догляду новонароджених у ЗПД III рівня.

Важливим компонентом перинатальної допомоги, що забезпечує своєчасну, якісну медичну допомогу, безпечно та обґрунтоване переведення пацієнтів з одного рівня на інший є консультування пацієнтів. Відповідно до наказу МОЗ України від 15.08.2011 № 514 «Про затвердження Примірною статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірною положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я», у ПЦ III рівня створюється дистанційний консультативно-діагностичний центр з телемедичними технологіями. Наразі такі центри функціонують у Дніпропетровській, Кіровоградській, Рівненській і Хмельницькій областях та м. Києві. При цьому у клінічних відділеннях Дніпропетровського ПЦ налагоджено цілодобове скайп-консультування пацієнтів родопомічних закладів області. Крім того, фахівцями ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології Національної Академії медичних наук України» постійно проводиться консультування вагітних та новонароджених, які народилися з відхиленнями в стані здоров'я (недоношеність, внутрішньоутробне інфікування тощо) та вагітних з високим ступенем перинатального ризику.

За даними МіО РПД, у 2014 р. було здійснено 9,7 тис. консультацій вагітних, роділь і породіль, що становить 2,3% від загальної кількості пацієнток, які закінчили вагітність, у 2015 р. – 8,3 тис. і 2,2%, у 2016 р. 8,5 тис. і 2,4% відповідно. Найбільша частота консультацій у 2016 р. вагітних, роділь і породіль була в Одеській (85%) та Кіровоградській (7,8%) областях. За цей період відповідно проконсультовано 8,5 тис. (2,3% від загальної кількості вибулих новонароджених) новонароджених. Більш повне охоплення новонароджених консультаціями у 2016 р. було в Одеській (5,5%), Миколаївській (5,2%) і Вінницькій (6,2%) областях. Аналіз здійснення виїзних консультацій у цілому ускладнений тим, що у більшості регіонів виїзні консультації здійснюються Центрами екстреної медичної допомоги із залученням спеціалістів ЗПД III рівня.

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

Наразі в економічно розвинених країнах зниження перинатальної і малюкової смертності відбувається в першу чергу за рахунок підвищення якості медичної допомоги дітям з дуже малою масою тіла. За даними ВООЗ, у економічно розвинених країнах виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500–999 г складає 30,0%, а новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г – 70%. Виживання дітей з дуже малою масою тіла при народженні в США, Японії і більшості країн Західної Європи досягло 80% і 95% відповідно. За даними МіО РПД, у цілому в Україні виживання у перші 168 годин життя новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у 2014, 2015 і 2016 рр. мало тенденцію до збільшення і становило у новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г 64,2%, 63,0% і 66,7%, а з масою тіла 1000–1499 г – 90,1%, 91,3% і 92,5% відповідно.

Доведено, що виживання новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації медичних працівників та оснащення медичним обладнанням ЗПД. Очікувано найнижчий рівень виживання новонароджених має бути в закладах первинного рівня перинатальної допомоги, найвищий – у ЗПД III рівня, що підтверджено даними моніторингу.

За даними МіО РПД, виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500–999 г у 2014 р. коливалося від 50,9% у ЗПД I рівня до 64,4% у ЗПД II рівня, 63,6% у ЗПД III рівня, у 2015 р. – 65,0%, 69,7% і 59,4% і у 2016 р. – 57,9%, 74,6% і 65,0% відповідно. Упродовж усіх років моніторингу виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г було найвищим у ЗПД II рівня.

Виживання новонароджених із масою тіла при народженні 1000–1499 г у 2014 р. становило відповідно 76,0% у ЗПД I рівня, 89,7% у ЗПД II рівня і 90,5% і у ЗПД III рівня, у 2015 р. – 86,3%, 92,2%, 92,0%, а у 2016 р. – 88,0%, 93,4% і 93,4% відповідно (рис. 4.5.18).

Потенційні проблеми з інтерпретацією отриманих результатів виживання новонароджених у ЗПД I, II і III рівнів, вірогідно, можуть бути спричинені некоректністю даних реєстрації живонароджень з надзвичайно малою масою тіла при народженні у ЗПД I та II рівнів та недостатньою оснащеністю ЗПД III рівня лікувально-діагностичною апаратурою. Останнє підтверджується тим, що якщо в цілому у 2016 р. у ЗПД III рівня виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г становило 65,0%, то у перинатальних центрах III рівня, створених за сприянням Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства» і достатньо оснащених високотехнологічною лікувально-діагностичною апаратурою, – 70,1%, а з масою тіла 1000–1499 г – 93,4% і 95,5% відповідно.

У цілому показники виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні є неоднорідними у часі і в розрізі регіонів (табл. 4.5.17).

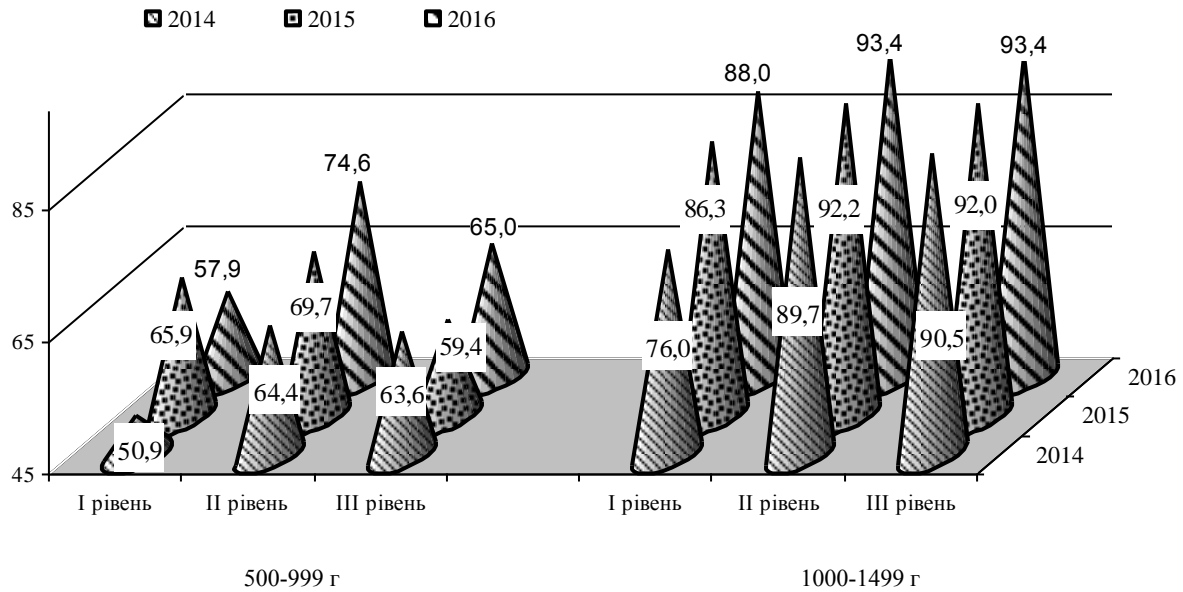


Рис. 4.5.18. Залежність виживання новонароджених у перші 168 годин життя від маси тіла при народженні та рівнів закладів перинатальної допомоги у 2014–2016 рр., %

Таблиця 4.5.17

Характеристика виживання новонароджених з дуже низькою масою тіла при народженні у 2014–2016 рр., %*

Адміністративно-територіальна одиниця	Маса тіла при народженні 500–999 г			Маса тіла при народженні 1000–1499 г		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
<i>Область</i>						
Вінницька	57,7	73,7	69,2	89,5	90,5	94,3
Волинська	74,2	76,0	73,1	91,4	91,8	93,6
Дніпропетровська	79,2	76,7	73,9	88,0	91,7	95,6
Житомирська	71,8	83,9	66,7	82,8	87,3	93,7
Закарпатська	67,6	77,8	72,2	92,2	92,6	96,7
Запорізька	74,5	63,9	71,4	94,1	91,8	96,6
Івано-Франківська	60,9	31,3	39,0	87,8	88,6	84,5
Київська	59,5	73,5	76,6	83,8	93,6	89,6
Кіровоградська	52,9	31,3	60,0	93,3	95,7	89,4
Львівська	41,5	40,9	67,0	85,7	87,7	92,3
Миколаївська	87,5	95,2	89,7	92,6	93,3	100,0
Одеська	56,7	58,6	59,2	88,8	91,7	87,7
Полтавська	69,0	69,0	60,7	90,8	90,8	93,7
Рівненська	55,3	59,2	52,3	89,9	86,6	90,6
Сумська	50,0	36,4	41,2	89,2	93,2	80,5
Тернопільська	53,8	56,5	62,5	92,6	91,3	96,7
Харківська	70,3	61,4	67,2	93,0	91,6	93,2
Херсонська	80,0	46,4	43,2	90,5	91,3	88,7
Хмельницька	37,9	38,9	60,0	88,5	92,4	94,7
Черкаська	63,6	72,7	70,6	87,8	86,2	92,3
Чернівецька	66,7	77,8	65,5	93,0	84,0	87,7
Чернігівська	43,9	54,3	73,9	86,0	94,4	87,7
<i>Місто</i>						
Київ	72,3	74,8	78,7	96,8	95,9	95,2
Усього	64,2	63,0	66,7	90,1	91,3	92,5

Примітка: дані з тимчасово окупованих територій відсутні.

Як видно із табл. 4.5.17, за даними МіО РПД упродовж останніх трьох років достатньо високі, 70,0% і більше, показники виживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла при народженні зареєстровано у Волинській, Дніпропетровській Миколаївській областях і м. Києві, а менше 60% – у Івано-Франківській, Кіровоградській, Одеській, Рівненській, Сумській, Хмельницькій областях. При цьому різниця показників виживання цієї вагової групи новонароджених у 2016 р. порівняно з 2014 р. майже не змінилася. Значно менші географічні розбіжності притаманні показникам виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г у 2016 р. – від 96,6–96,7% у Закарпатській, Житомирській і Тернопільській до 84,5%–87,7% у Івано-Франківській, Одеській, Чернівецькій і Чернігівській областях.

Тенденція до збільшення виживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла при народженні у 2016 р. порівняно з 2014 р. зумовлена збільшенням виживаності у 12 регіонах, а виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – за рахунок збільшення її у 16 регіонах.

При ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги основна частка материнських втрат повинна концентруватися у ЗОЗ третинного рівня. Із 47 материнських втрат у 2016 р. у ЗПД I рівня і поза ЗПД померло 15 жінок, на другому і третьому рівнях надання перинатальної допомоги – 9 і 23 жінки відповідно. Позитивним є факт збільшення індексу концентрації материнських втрат у ЗПД III рівня до 48,9% проти 36,5% у 2014 році. Із зареєстрованих материнських втрат всі випадки настали у ЗПД III рівня у Вінницькій (2), Київській (3), Одеській (2), Сумській (1) і Хмельницькій (1) областях. Потребує посилення робота із забезпечення маршрутизації пацієнток з ризиком материнської смертності у Волинській і Рівненській областях, де всі випадки материнських втрат (по одному в кожній області) і у Запорізькій, Івано-Франківській Кіровоградській, Тернопільській, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях, де по одному випадку материнських втрат відбулися у ЗПД I рівня. У цілому рівень материнської смертності за даними МіО РПД становив 12,6 на 100 тис. народжених живими у 2014 р. і 12,8 у 2015 р. і 13,0 у 2016 р. при поляризації цього показника від 0,0 у Житомирській, Полтавській і Херсонській областях, менше 10,0 у Волинській, Одеській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях і м. Києві до більше 20,0 у Кіровоградській (36,1), Миколаївській (27,9), Запорізькій (26,0), Івано-Франківській (24,3) та Чернігівській (23,9) областях.

Об'єктивним критерієм забезпечення маршрутів пацієнток із високим перинатальним ризиком є концентрація госпіталізації пацієнток з ризиком перинатальної патології у ЗПД III рівня, що зумовлює велику частку плодово-малюкових втрат у цих закладах. Очікується, що при ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги у регіоні, частка перинатальних і неонатальних втрат у ЗПД III рівня із їх загальної кількості в регіоні обслуговування повинна наближатися до 60–70%.

У 2014–2016 рр. частка перинатальних втрат у ЗПД III рівня в цілому в Україні становить 40,8–39,4–39,0% (рис. 4.5.19).

Наразі достатньою з питань забезпечення концентрації пацієнтів з високим ризиком перинатальних і неонатальних втрат можна вважати лише діяльність ЗПД Івано-Франківської, Львівської, Сумської, Тернопільської і Харківської областей, де у 2014–2016 рр. частка перинатальних втрат у ЗПД III рівня із загальної кількості загиблих у регіоні становила $\geq 60\%$. Низьким, 30,0% і менше, залишається індекс концентрації (ІК)

перинатальних втрат у ЗПД III рівня Вінницької, Київської, Кіровоградської, Херсонської, Черкаської областей.

Аналіз розподілу неонатальних втрат у ЗПД різних рівнів засвідчив, що ІК цих втрат у ЗПД III рівня в цілому в Україні у 2014–2016 рр. становив 49,3–50,7–49,6% (рис. 4.5.20).

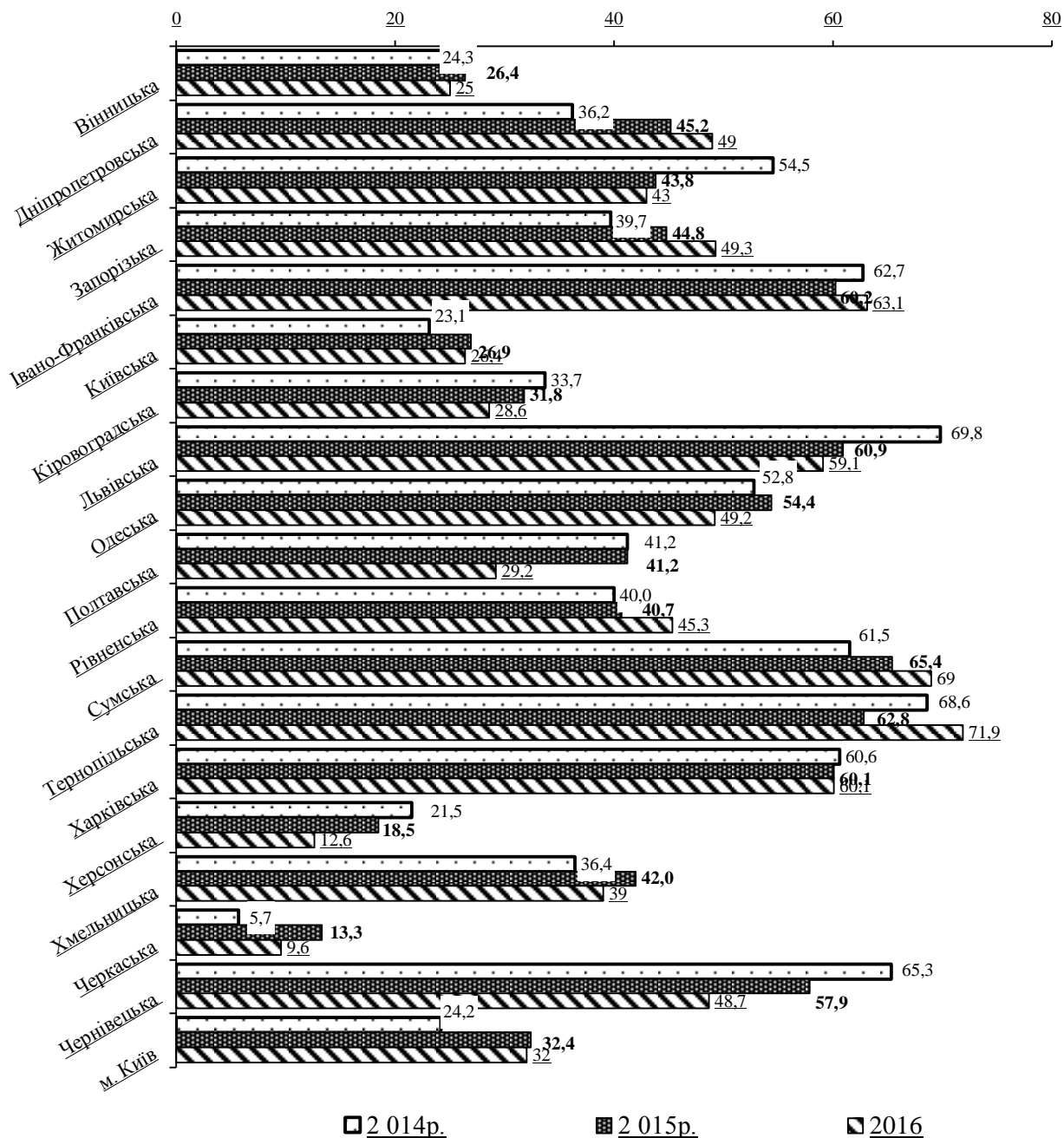


Рис. 4.5.19. Індекс концентрації перинатальних втрат у закладах перинатальної допомоги III рівня у 2014–2016 рр.,% від загальної кількості втрат у регіоні обслуговування

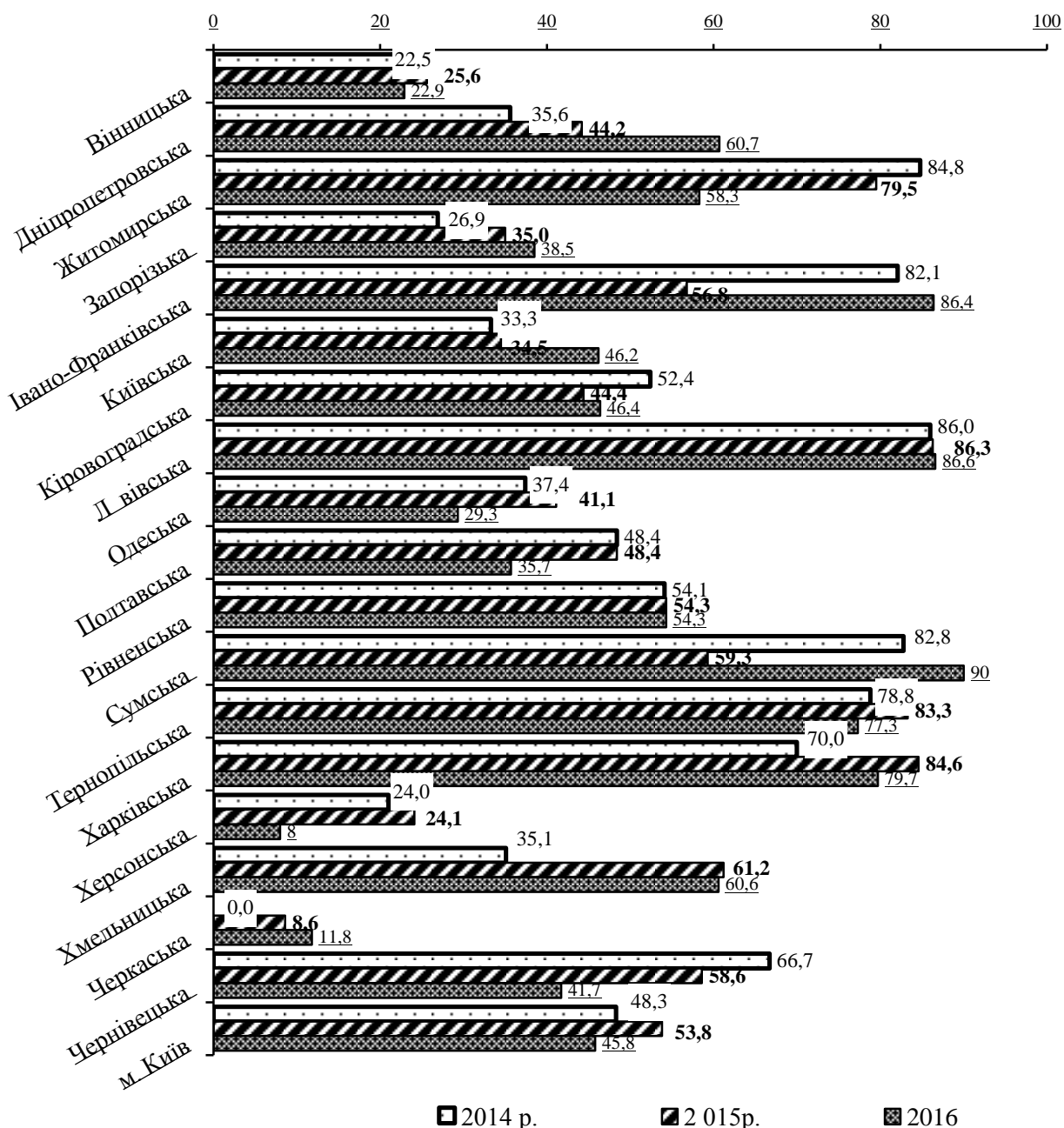


Рис. 4.5.20. Індекс концентрації неонатальних втрат у закладах перинатальної допомоги III рівня у 2014–2016 рр., % від загальної кількості втрат у регіоні обслуговування

Більш високий ІК у ЗПД III рівня неонатальних втрат може бути зумовлений включенням до цього показника неонатальних втрат не лише у самостійних ЗПД III рівня, але й у відділеннях для недоношених та хворих новонароджених дитячих обласних лікарень, які належать до ЗОЗ III рівня. Оптимальним у 2016 р. можна вважати ІК неонатальних втрат у ЗПД III рівня Сумської (90,0%), Львівської (86,6%), Івано-Франківської (86,4%), Харківської (79,7%), Тернопільської (77,3%) областей. Потребує посилення робота із забезпечення маршрутів пацієнтів з високим ризиком неонатальної смертності у Черкаській, Херсонській, Одеській, Полтавській, Вінницькій, Київській, Запорізькій областях, де ІК неонатальних втрат не сягає 40%.

З метою виявлення сильних і слабких ланок в організації доступної та якісної перинатальної допомоги при трирівневій системі перинатальної допомоги, сприятливих

можливостей і загроз нами було здійснено SWOT-аналіз РПД з використанням даних МіО РПД (табл. 4.5.18). Сили і слабкості вивчалися на основі аналізу чинників внутрішнього середовища (сфери охорони здоров'я) – нормативної бази РПД, фінансування, процесу, структури, кадрів, результатів. Можливості і загрози включали аналіз дії зовнішніх змінних – факторів впливу на стан громадського здоров'я, політики у сфері охорони здоров'я, засобів масової інформації.

Виявлені експертами основні сили і слабкості РПД, максимально позитивні можливості і найбільш значні загрози зовнішнього середовища наведені в таблиці 4.5.18 у вигляді матриці SWOT-аналізу.

Таблиця 4.5.18

Результати SWOT-аналізу регіоналізації перинатальної допомоги в Україні

Внутрішнє середовище	
Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
<p>Наявність нормативно-правової бази регіоналізації перинатальної допомоги в Україні</p> <p>Нові підходи до фінансування ЗОЗ відповідно до медичної субвенції – забезпечення ЗОЗ конкретної територіальної громади, а не закладу</p> <p>Розмежування медичної допомоги між ЗОЗ відповідно до рівнів перинатальної допомоги</p> <p>Можливість визначення розмежування ЗОЗ за рівнями надання перинатальної допомоги з урахування щільності населення, площі регіону та населених пунктів</p> <p>Достатня укомплектованість і високий рівень кваліфікації медичного персоналу ЗПД</p> <p>Наявність системи післядипломної підготовки медичних кадрів</p> <p>Актами унормовано матеріально-технічне оснащення закладів відповідно до рівня перинатальної допомоги</p> <p>Оновлення сучасного медичного обладнання у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених, виходжування глибоко недоношених дітей, патології новонароджених, пологових залів, акушерських реанімацій</p> <p>Сертифікація закладів на звання «Лікарня, доброзичлива до дитини».</p> <p>Нормативне визначення порядку аудиту стану надання регіональної перинатальної допомоги та кадрового забезпечення ПЦ III рівня</p> <p>Розробка і впровадження національної системи МіО РПД</p> <p>Наявність індикаторів якості та безпеки діяльності ЗПД усіх рівнів</p> <p>Запровадження новітніх сучасних підходів у створенні інфекційного контролю в ЗПД</p>	<p>Відсутність у деяких регіонах наказів про визначення трирівневої системи та розмежування медичної допомоги між ЗОЗ відповідно до рівнів перинатальної допомоги</p> <p>Невідповідність фактичного рівня фінансування ЗПД III рівня та вартості медичної допомоги жінкам і дітям з високим ступенем перинатального ризику</p> <p>Відсутність у м. Києві ЗПД I рівня, у Житомирській області – II рівня, у Волинській, Закарпатській і Чернігівській областях – III рівня</p> <p>Невідповідність програм до- та післядипломного навчання компетенційним та кваліфікаційним рівням знань медичних працівників, що надають перинатальну допомогу на I–III рівнях</p> <p>Недостатня якість до- та післядипломної підготовки ЛЗПСЛ з питань перинатології</p> <p>Недостатній рівень знань медичного персоналу щодо ведення та маршрутів пацієнтів із середнім та високим перинатальним ризиком.</p> <p>Невідповідність між складністю та напруженістю роботи медичних працівників, які надають перинатальну допомогу на II та III рівні перинатальної допомоги, та заробітною платою та відсутність додаткових матеріальних стимулів</p> <p>Незадовільний стан істотної частини матеріально-технічної бази ЗПД</p> <p>Консервація капітальних ремонтів ПЦ III рівня у Львівській, Чернівецькій областях</p> <p>Відсутність у більшості ЗПД Сертифіката відповідності ISO9001</p> <p>Недостатнє виконання маршрутів вагітних із цукровим діабетом, важкими формами прееклампсії та еклампсії, антенатальною загибеллю плода.</p> <p>Відсутність дієвої наступності подальшого спостереження дітей, що народились передчасно або з патологічними відхиленнями у здоров'ї, після досягнення ними трирічного віку</p> <p>Невідповідність виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні, коефіцієнтів неонатальної та материнської смертності рівням ЗПД, де надавалась медична допомога та сталась смерть жінки або немовляти</p> <p>Збільшення частоти народжених хворими і захворілих</p>

Внутрішнє середовище	
Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
<p>Впровадження сучасних перинатальних технологій</p> <p>Розвиток малоінвазивних методів діагностики і лікування</p> <p>Єдиний алгоритм ведення пацієнтів з перинатальним ризиком</p> <p>Впровадження стандартів якості, локальних протоколів та маршрутів пацієнтів із низьким, середнім та високим перинатальним ризиком. Функціонування цілодобової виїзної реанімаційної бригади для жінок та дітей</p> <p>Забезпечення сталого доступу пацієнтів до різних рівнів перинатальної допомоги залежно від наявності і ступеня перинатального ризику</p> <p>Збільшення виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні</p> <p>Зниження перинатальної та малюкової смертності</p>	<p>новонароджених</p>
Зовнішнє середовище	
Сприятливі можливості (O)	Загрози (T)
<p>Державний характер охорони здоров'я</p> <p>Децентралізація повноважень з центрального рівня на регіональний з делегуванням їм відповідальності за надання медичної допомоги</p> <p>Передбачуване підвищення заробітної плати медичних працівників</p> <p>Використання досвіду інших країн</p> <p>Можливості реалізації потенціалу через пріоритетні державні програми</p> <p>Використання потенціалу державно-приватного партнерства</p> <p>Монопольне становище комунальних ЗОЗ III рівня на ринку перинатальних послуг</p>	<p>Несприятлива екологічна, політична та економічна ситуація, поширеність серед населення соціально небезпечних (алкоголізм, наркоманія та ін.), психопатологічних станів, що зумовлює загрозу здоров'ю населення і підвищення перинатального ризику</p> <p>Перебої та недоліки щодо стабільного міжбюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, зокрема перинатальної допомоги, через неврегульованість положень окремих законодавчих актів</p> <p>Недосконалість та відсутність відповідальності районних, місцевих, обласних рад за низький рівень трансферного розрахунку між ЗПД I та II рівнів</p> <p>Низький рівень оплати праці медичного персоналу, їх соціальної захищеності, передусім на селі</p> <p>Проблеми транспортного забезпечення (стан автошляхів та наявність транспортних засобів)</p> <p>Низький рівень інформаційної підтримки РПД</p>

При аналізі стану РПД із застосуванням матриці SWOT виявлено основні сильні сторони, що потребують подальшого зміцнення та розкрито інституційні обмеження впровадження РПД в Україні:

– в Україні розроблено дієву нормативно-правову базу РПД, яка відповідає принципам ВООЗ з цих питань, що включає порядок та терміни РПД, порядок аудиту стану надання РПД та кадрового забезпечення ПЦ III рівня, індикатори якості та безпеки діяльності ЗПД усіх рівнів; перелік матеріально-технічного оснащення закладів відповідно до рівня перинатальної допомоги та його оновлення, створено систему цілодобового транспортування жінок та новонароджених з високим перинатальним ризиком; пацієнт-

орієнтовану систему шляхом чіткого визначення «маршруту пацієнта» та правила взаємовідносин «лікар-пацієнт (жінка-дитина)» тощо;

- у переважній більшості регіонів організована трирівнева системи перинатальної допомоги та забезпечено розмежування та паспортизація закладів та підрозділів акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служби залежно від регіональних особливостей;

- досягнута достатня укомплектованість і високий рівень кваліфікації медичного персоналу ЗПД;

- усі ЗПД сертифіковані на звання «Лікарня, доброзичлива до дитини»;

- забезпечено позитивну тенденцію виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні.

Ключові заходи з усунення слабких сторін РПД доцільно спрямувати на:

- завершення розробки регіональних нормативно-правових актів щодо створення трирівневої системи перинатальної допомоги та впровадження її;

- створення ПЦ III рівня у Волинській, Закарпатській Чернігівській областях, завершення капітальних ремонтів ПЦ III рівня у Львівській та Чернівецькій областях;

- перегляд програм до- та післядипломного навчання медичних працівників, що надають перинатальну допомогу на всіх рівнях;

- підвищення доступності до високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітних із цукровим діабетом, важкими формами пееклампсії та еклампсії, антенатальною загибеллю плода;

- розробку та впровадження системи медичного спостереження, раннього втручання та паліативної допомоги дітям раннього віку з хронічною перинатальною патологією;

- мінімізацію регіональної диспропорції виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні та перинатальних втрат.

Реалізація можливостей з використанням досвіду РПД в інших країнах, державного характеру сфери охорони здоров'я в цілому і перинатальної служби зокрема, передачі повноважень з центрального рівня на регіональний з делегуванням відповідальності за надання медичної допомоги, можливості реалізації потенціалу через пріоритетні державні програми, сприяла створенню сучасної всесвітньо визнаної трирівневої системи перинатальної допомоги, забезпечити більш раціональне використання наявних ресурсів.

Усунення негативних факторів (загроз) може включати загальнодержавні заходи щодо поліпшення екологічної і економічної ситуації, мінімізацію соціально небезпечних і психопатологічних станів, розробку і впровадження зміни нових функцій для системи фінансування сфери охорони здоров'я з використанням порядку фінансування за двома кодами, концентрацією фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів на рівні обласного бюджету, що дасть можливість підвищити доступ до якісної перинатальної допомоги усіх пацієнтів, включаючи найбідніших і тих, що живуть у віддалених поселеннях.

Медична допомога дитячому населенню

Загальноновизнано, що незалежно від рівня розвитку країни бідність становить найбільшу загрозу для здоров'я дітей внаслідок обмеження можливості користування благами життя, доступними для забезпечених верств населення. За даними Національної доповіді «Цілі розвитку Тисячоліття: «Україна 2000–2015» сьогодні кожна третя сім'я з дітьми належить до категорії бідної. Конфлікт на сході України триває вже третій рік, із 6

млн мешканців зони АТО і прилеглих територій більше 5 млн потрапили або до групи раптово збіднілих, або до групи вразливих, незалежно від того, переїхали вони в іншу частину країни чи залишилися в місці постійного проживання, а кількість внутрішньо переміщених дітей із потерпілих від конфлікту регіонів України сягає 215 тисяч.

За даними досліджень, воєнні конфлікти і бідність спричиняють розвиток окремих захворювань і станів. Цілеспрямована боротьба з цими хворобами за допомогою конкретних програм повинна передбачатися в рамках всебічної стратегії, спрямованої на поліпшення здоров'я малозабезпечених груп населення. Тому на сучасному етапі розвитку держави зусилля педіатричної служби спрямовані на реалізацію заходів із забезпечення рівної доступності та підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги дітям з поступовою переорієнтацією на всесвітньо визнані медико-організаційні технології з доведеною ефективністю. Стратегії сфери охорони здоров'я щодо надання високоякісних медичних послуг і забезпечення сталого рівного доступу до них усіх верств населення можуть суттєво впливати на наслідки соціальної несправедливості. Найбільш важливими завданнями педіатричної служби залишаються: удосконалення профілактичної роботи шляхом поступової переорієнтації діяльності закладів на ПМСД, збереження та відновлення здоров'я дитячого населення.

Загальновизнано, що на амбулаторну ланку ЗОЗ припадає близько 80% медичної допомоги населенню. У педіатричній службі ця частка значно вища, оскільки стаціонарним лікуванням охоплено протягом останніх років лише 11,4–11,7% випадків хвороб, а в амбулаторних умовах – 88,6–88,3%.

Тому амбулаторно-поліклінічна допомога дитячому населенню посіла провідне місце в загальній системі охорони здоров'я країни і ґрунтується на принципах профілактичної спрямованості, виконання завдань щодо забезпечення гармонійного розвитку дитини, зниження рівня захворюваності, інвалідності, смертності. Існуюча система амбулаторно-поліклінічної допомоги, як в умовах дитячих поліклінік, так і закладів сімейної медицини, функціонує за принципом територіальних дільниць і передбачає повну відповідальність дільничного педіатра (сімейного лікаря) за стан здоров'я опікуваних пацієнтів.

Нині в Україні проживає близько 7,9 млн дітей віком до 17 років, у т.ч. 498,9 тис. дітей першого року життя. Чисельність дитячого населення щорічно зменшується як за рахунок низького рівня народжуваності, внаслідок чого щорічно виповнюється 17 років значно більшій кількості дітей, ніж їх народжується, так і міграційних процесів, що в загальному процесі скорочення населення у 1990–1999 рр. становили третину і лише починаючи з 2000 р. зменшились. Зростання рівня народжуваності за 2002–2012 рр. не сприяло призупиненню негативних тенденцій щодо чисельності дитячого населення.

На тлі несприятливої демографічної ситуації стан здоров'я нових народжуваних поколінь все ще залишається незадовільним. Кожна сьома дитина протягом останніх років народжується з відхиленнями у здоров'ї, високими залишаються рівні захворюваності та поширеності захворювань серед дітей, зростає їх інвалідність.

Останніми десятиріччями захворюваність і поширеність хвороб зросли, і лише починаючи з 2011 р. намітилася тенденція до їх зниження. Поширеність хвороб у 2012 р. становила 1922,8 на 1000 дітей віком до 17 років, у 2016 р. – 1777,6, а захворюваність – 1385,0 і 1316,07 відповідно. Останніми роками вже при народженні в кожного шостого-сьомого новонародженого відмічалися відхилення в стані здоров'я. Після народження

частота хворих дітей збільшувалася. Вже на першому році життя частота хворих дітей у 2016 р. становила 1487,06 на 1000 дітей відповідного віку, дітей у віці 0–6 років – 1681,97, 7–14 років – 1742,2, 15–17 років – 2154,5 відповідно.

Така ситуація зумовлює необхідність посилення профілактичної спрямованості педіатричної служби в частині як формування, так і збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління.

Однією з важливих ланок профілактичної роботи акушерсько-педіатричної служби та основою досягнення найвищого рівня фізичного здоров'я та психоемоційного розвитку немовлят є забезпечення виключно грудного вигодовування. За даними наукових досліджень, природне вигодовування є запорукою досягнення оптимального розвитку дітей і адекватного стану їхнього здоров'я. Грудне молоко є кращою їжею для грудних дітей. Воно повністю забезпечує унікальні потреби дитячого організму в харчових компонентах у перші шість місяців життя. Незважаючи на розвиток індустрії дитячого харчування, альтернативи грудному вигодовуванню сьогодні немає. Адже грудне годування – це не лише природно, дешево, стерильно і просто, але й серйозний інструмент для контролю демографічної ситуації, оскільки під час годування грудьми жінка, як правило, досить тривалий період не може завагітніти. При правильному його використанні він ефективний у 98% випадків. За даними державної доповіді ЮНІСЕФ про дітей світу (2011 р.), по всьому світу народжується 136,70 млн немовлят, і тільки 32,60% із них знаходяться на виключно грудному вигодовуванні в перші шість місяців життя.

На пошкваллення зусиль із заохочення, захисту і підтримки належного годування дітей грудного і раннього віку націлена затверджена П'ятдесят п'ятою сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в резолюції WHA 55.25 від 18.05.2002 р. Глобальна стратегія щодо годування дітей грудного та раннього віку.

В Україні, як і в усьому світі, щорічно проводиться Тиждень підтримки грудного вигодовування. Така щорічна світова акція започаткована у 1990 р., коли була прийнята Інноцентійська декларація про захист, заохочення та підтримку грудного вигодовування. Щороку «Всесвітній альянс за Грудне Вигодовування» (WABA) проголошує початок кампанії, яка має назву «Міжнародний тиждень підтримки грудного вигодовування».

1–7 серпня 2016 р. в Україні проведено щорічний тиждень підтримки грудного вигодовування під гаслом: «Грудне вигодовування – ключ до сталого розвитку». Всесвітній альянс на підтримку грудного вигодовування (WABA) запропонував присвятити заходи тижня 2016 р. грудному вигодовуванню як інтегрованій частині Цілей Сталого Розвитку, ухвалених Генеральною Асамблеєю ООН у вересні 2015 р. задля подолання бідності, викорінення нерівності та несправедливості, а також протидії кліматичним змінам. Тема тижня 2016 р.: грудне вигодовування – це ключовий елемент, який змушує подбати про важливість благополучного початку життя, про необхідність поважати один одного та піклуватися про світ, в якому ми живемо.

У ході виконання заходів Глобальної стратегії в Україні вдалося досягти позитивної динаміки частоти дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні. За даними офіційної статистики МОЗ України, частка дітей, які закінчили грудне вигодовування в три і шість місяців, становила у 2012 р. 28,81% і 53,7%, а у 2015 р. – 27,02% і 55,4%. При цьому у 2016 р. 43,5% немовлят закінчили грудне вигодовування у тримісячному віці в Закарпатській, 40,9% у Миколаївській, 32,8–38,9% у Донецькій, Київській, Рівненській, Тернопільській та

Харківській областях, а понад 65% немовлят першого року закінчили грудне вигодовування у шість місяців у Волинській, Сумській, Черкаській, Чернігівській областях. Достатньо активно проводилася робота із забезпечення грудного вигодовування немовлят лише в Житомирській, де закінчило грудне вигодовування у три місяці 14,0%, а в шість місяців – 23,9% дітей та Луганській – 25,98% і 30,24% відповідно областях (рис. 4.5.21).

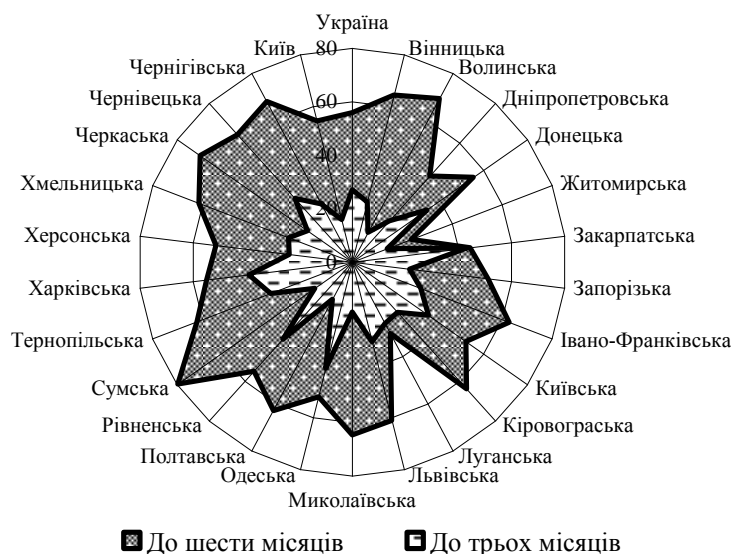


Рис. 4.5.21. Характеристика грудного вигодовування немовлят на різних територіях України у 2016 р. (%)

Водночас вибіркові дослідження, проведені раніше, виявили вищі, ніж за даними МОЗ України, показники. Слід зазначити, що дані державної статистики не включають рекомендованих ВООЗ і необхідних для розробки стратегії охорони здоров'я дітей даних щодо частоти виключно грудного вигодовування при виписці немовлят із пологового стаціонару, у віці шість місяців та охоплення грудним вигодовуванням дітей, що досягли одного року життя.

Питання підтримки грудного і виключно грудного вигодовування є одним з основних питань РІЛДД. Наразі доведено, що частота і тривалість грудного вигодовування, у тому числі виключно грудного, залежать від своєчасності прикладання новонародженого до грудей матері. За даними моніторингу РІЛДД, у пологових стаціонарах, сертифікованих на цей статус, у 2016 р. 92,2% новонароджених прикладено до грудей матері у першу годину після народження, а виписано з пологового будинку на виключно грудному вигодовуванні 94,0%. Рівень виключно грудного вигодовування до шести місяців у закладах, сертифікованих на статус ЛДД, у 2016 р. становив 62,7%, що відповідало показнику, передбаченому Загальнодержавною програмою «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 р. (60,00%). При цьому питома вага дітей, які отримували грудне молоко у віці 12 місяців, становила понад 25,4%.

Профілактична спрямованість педіатричної служби оцінюється і за даними охопленням дітей специфічною імунопрофілактикою. Широкомасштабна реалізація програм імунізації в останні 30 років дає змогу досягти значних успіхів, які впливають на питому вагу інфекційних захворювань у структурі дитячої смертності.

Наразі доведено значний економічний ефект специфічної імунопрофілактики. Так, дослідження, проведені в 11 країнах Західної Європи, показали, що вартість лікування

одного випадку захворювання на кір становить 209–480 євро; тоді як витрати на вакцинацію проти кору і контроль – 0,17–0,97 євро на людину.

За даними надійних досліджень, виразний епідемічний ефект відзначається лише при охопленні щепленнями не менш ніж 95% населення. Вагоме значення має і своєчасність імунізації, яка оцінюється за показником охоплення вакцинацією у визначені календарем профілактичних щеплень терміни. Тому Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки» від 21.10.2009 р. № 1658-VI визначено забезпечення не менше 95% охоплення профілактичними щепленнями дітей до одного року проти дифтерії, правця, кашлюку, гемофільної інфекції типу b, поліомієліту, БЦЖ, кору, краснухи, гепатиту В.

Календар профілактичних щеплень, затверджений наказом МОЗ України від 16.09.2011 р. № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», розроблено за міжнародно визнаними принципами, відповідно до рекомендації ВООЗ, з урахуванням актуальності інфекційних захворювань, епідеміологічної ситуації. Він не має принципової різниці у схемах імунізації, запропонованих в європейських країнах, таких як Австрія, Бельгія, Данія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Литва, Польща.

В Україні, починаючи з 1990 р., показник охоплення дітей, які досягли одного року, первинною вакцинацією проти туберкульозу, дифтерії, кашлюку, правця, гепатиту, поліомієліту, перевищував середній по країнах Європейського регіону ВООЗ і становив 98,0–99,0%. Однак, починаючи з 2008 р., ці позиції були втрачені, і у 2016 р. охоплення дітей вакцинацією БЦЖ знизилося до 69,9%, АКДП – до 35,0%, проти поліомієліту – до 70,3%, проти гепатиту В – до 41,3% (рис. 4.5.22).

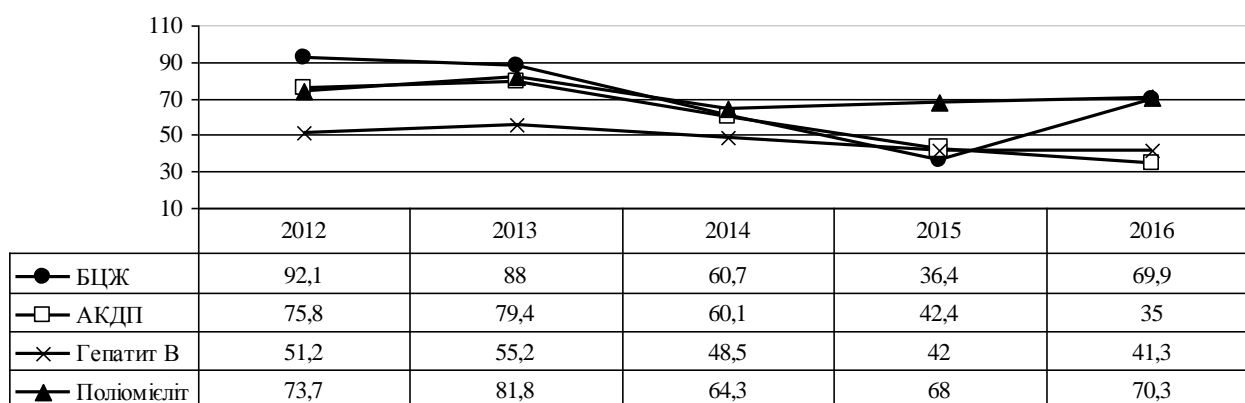


Рис. 4.5.22. Динаміка охоплення вакцинацією проти керованих інфекцій у дітей, що досягли одного року життя, в Україні за 2012–2016 рр. (%)

Така ситуація зумовлена не послабленням діяльності ЗОЗ, а неповним і неритмічним забезпеченням імунобіологічними препаратами за рахунок державного бюджету. Проблеми із закупівлею імунобіологічних препаратів та розповсюдженням щеплень почалися у вересні 2014 р., у результаті чого покриття зменшилося на 40%. У другій половині 2015 р. це призвело до спалаху поліомієліту на заході України, через що ЮНІСЕФ разом із ВООЗ мусили провести три додаткові раунди щеплень.

Одним з основних напрямів педіатричної служби є профілактика порушень здоров'я дітей. Посилення заходів із профілактики захворювань дітей зумовлено тим, що серед дітей

залишається високою поширеність провідних чинників ризику хронічних захворювань, а особливості зростаючого організму посилюють вплив цих чинників. Профілактичні огляди дітей є своєрідним барометром стану здоров'я населення і, водночас, дієвим показником діагностичної спроможності системи охорони здоров'я, зокрема, її первинної ланки, на плечі якої лягає основний тягар профілактичної роботи.

Періодичність і технологія проведення профілактичних оглядів регламентовані наказами МОЗ України від 20.03.2008 р. № 149 «Клінічний протокол медичного огляду за здоровою дитиною до 3 років» та від 16.08.2010 р. № 682 «Про здійснення медичного обслуговування учнів». На відміну від попередньої системи профілактичних оглядів дітей, останніми роками, за даними ДМ, зменшено частоту обов'язкових лабораторних аналізів крові сечі калу, оглядів спеціалістами педіатричного профілю; передбачено розмежування долікарського і лікарського етапів, присутність батьків або інших законних представників при проведенні профілактичного огляду, можливість проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів, розташованих у сільській місцевості, медичними працівниками республіканських, ОЛ, ЦРЛ, МЛ, які забезпечують проведення профілактичних оглядів на базі територіальних ЗОЗ II–III рівнів надання медичної допомоги за наявності в них умов для виконання цієї роботи.

Новий підхід до діагностики стану здоров'я дітей при проведенні профілактичних оглядів, заснований на використанні системи показників психічного і фізичного здоров'я, передбачає спільну роботу спеціалістів ЗОЗ I–II рівнів надання медичної допомоги. Проте потребують подальшого вдосконалення шляхи підвищення діагностичної ефективності планових медичних оглядів дітей за рахунок удосконалення системи первинного скринінгу, застосування кількісної оцінки ризику патологічних станів і диференційованого визначення обсягів подальшого медичного супроводу дитини залежно від результатів скринінгу.

Моніторинг повноти охоплення профілактичними оглядами дітей віком 0–17 років, які перебували під наглядом ЗОЗ, засвідчив, що вона була достатньою і становила в цілому по Україні останніми роками 97,4–98,4%. При цьому повне (100%) охоплення профілактичними оглядами дітей забезпечено у чотирьох регіонах – Волинській, Полтавській, Рівненській і Харківській областях. Лише у Закарпатській, Львівській областях і м. Києві охоплення профілактичними оглядами дітей становило менше 97%.

Повнота профілактичних оглядів підтверджена достатнім виявленням патології, а незначна тенденція до зменшення виявленої патології кореспондується з позитивною тенденцією захворюваності дітей віком 0–17 років. Так, у 2016 р. виявлено 12,5 тис. зі зниженням слуху (1,77 на 1000 оглянутих, у 2012 р. – 2,03), 336,5 тис. зі зниженням зору (49,61 і 47,61), 111,6 тис. зі сколіозом (19,45,58 і 15,79), 282,8 тис. із порушенням постави (45,31 і 40,02) (рис. 4.5.23).

Як і в попередні роки, частота окремих видів виявленої патології також суттєво коливалася в розрізі регіонів: зниження гостроти зору – від менше 40,00 на 1000 оглянутих у Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Львівській, Одеській, Чернівецькій до понад 60,0 у Житомирській, Київській, Кіровоградській областях, гостроти слуху – від менше 1,5 у Волинській, Дніпропетровській, Львівській, Одеській, Чернівецькій областях і м. Києві до понад 2,50 у Вінницькій, Івано-Франківській, Тернопільській, Черкаській областях.

До комплексних показників стану здоров'я дітей належить порушення постави, своєчасне виявлення і корекція яких у дітей сприяє зменшенню частоти сколіозів. А сколіоз –

це важке прогресуюче захворювання хребта, що супроводжується ураженням внутрішніх органів, порушує роботу серця і легенів, нервової, сечовидільної систем, шлунково-кишкового тракту і призводить до інвалідності.

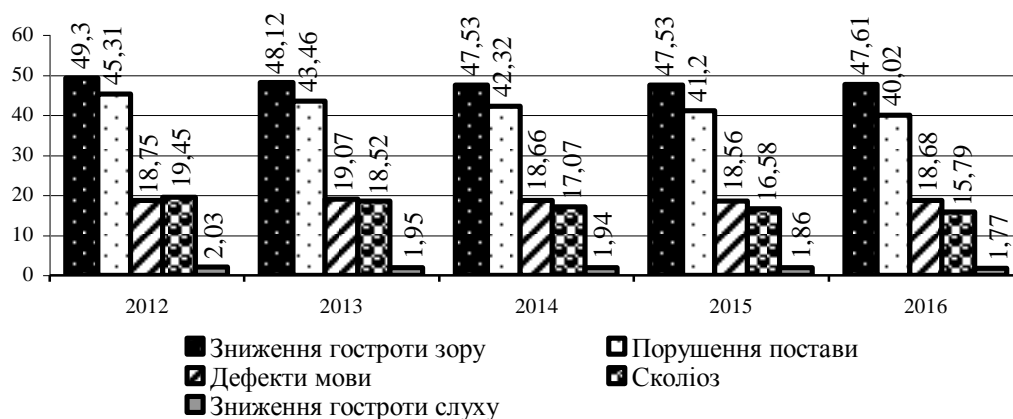


Рис. 4.5.23. Результати профілактичних оглядів дітей віком 0–17 років в Україні у 2012–2016 р. (на 1000 оглянутих)

Наразі за даними профілактичних оглядів порушення постави наявні від менше 30,0 у дітей Дніпропетровської, Чернівецької, Львівської, Закарпатської і Чернігівської областей до понад 87,06 у дітей Київської, 53,57 Тернопільської, а сколіоз – від 7,8 в Закарпатській, 11,8 в Чернівецькій областях до понад 25,0 у Кіровоградській, Полтавській, Херсонській і Черкаській областях (табл. 4.5.19). Значні коливання виявленої при профілактичних оглядах патології у дітей потребують додаткового вивчення їх причин профільними спеціалістами.

Таблиця 4.5.19

Характеристика профілактичних оглядів дитячого населення у 2016 р., на 1000 оглянутих

Адміністративно-територіальна одиниця	Повнота охоплення профілактичними оглядами, %	Виявлено зі зниженням слуху	Виявлено зі зниженням зору	Виявлено з дефектами мови	Виявлено зі сколіозом	Виявлено з порушенням постави
Україна	98,43	1,77	47,61	18,68	15,79	40,02
<i>Область</i>						
Вінницька	98,34	2,63	48,10	12,05	23,26	48,51
Волинська	100,00	1,21	37,00	15,79	10,20	34,40
Дніпропетровська	98,23	1,36	38,94	14,50	12,99	27,10
Донецька	98,48	1,51	43,84	23,46	29,15	42,00
Житомирська	99,85	2,39	65,94	24,99	19,66	36,59
Закарпатська	97,22	1,57	27,56	7,88	7,32	26,27
Запорізька	95,89	1,53	53,45	24,05	25,74	30,47
Івано-Франківська	99,96	2,73	44,90	14,20	15,09	37,58
Київська	99,97	1,78	69,77	17,46	19,41	87,06
Кіровоградська	99,81	2,49	62,87	28,14	9,49	44,33
Луганська	98,53	0,89	52,16	21,59	15,63	31,95
Львівська	93,97	1,05	34,59	12,84	10,34	27,49
Миколаївська	99,44	2,17	42,56	24,84	11,25	30,34
Одеська	97,24	1,48	38,86	13,64	13,15	33,42
Полтавська	100,00	2,23	54,54	25,77	26,24	47,24
Рівненська	100,00	2,25	54,78	22,62	18,32	44,60
Сумська	99,08	2,79	56,90	21,78	18,57	44,65
Тернопільська	99,86	1,69	55,58	16,87	18,65	53,57
Харківська	100,00	1,83	55,16	19,53	16,25	37,03
Херсонська	97,87	1,72	52,85	38,68	9,01	44,22

Хмельницька	99,89	1,72	55,54	16,36	14,78	35,08
Черкаська	99,93	3,11	44,91	26,32	22,97	40,62
Чернівецька	99,80	1,44	32,39	11,80	11,49	23,95
Чернігівська	99,49	1,71	46,77	31,87	8,01	38,55
м. Київ	96,39	1,07	44,94	14,44	11,44	48,75

На розвиток патології суттєво впливають умови перебування дітей у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах. За даними проведеного в Україні Ситуаційного аналізу системи надання медичної допомоги дітям шкільного віку, уже в першому класі діагностуються відхилення з боку опорно-рухового апарату у 77% школярів; носоглотки – у 25%; нервової системи – у 30%; органів травлення – у 30%; алергічні прояви – у 25%, а за період перебування в школі частота зниження гостроти зору зростає у 1,5 разу; порушення постави – у 1,5 разу; поширеність захворювань органів травлення – у 1,4 разу; хвороб ендокринної системи – у 2,6 разу.

В основі катастрофічного погіршення здоров'я лежить цілий комплекс соціально-економічних причин, серед яких не останню роль грають недосконалість існуючої системи медичного забезпечення дітей та підлітків; погіршення якості харчування; техногенні перевантаження в результаті промислового забруднення навколишнього середовища; зменшення обсягу профілактичних програм в амбулаторно-поліклінічній ланці охорони здоров'я; зростання стресових ситуацій у повсякденному житті дітей; недосконалість системи психолого-педагогічної підтримки школярів та дітей дошкільного та раннього віку із соціально неблагополучних сімей; відсутність ефективних освітніх програм, спрямованих на формування у дітей культури здоров'я, які сприяють їх гармонійному розвитку.

До збільшення різних видів патології у дітей призводить і реформування шкільного навчання без урахування стану здоров'я школярів. Учбовий процес зазнає суттєвої інтенсифікації внаслідок оновлення форм і методів навчання, технічного переоснащення шкіл, створення нових моделей загальноосвітніх шкіл і навчально-виховних комплексів. Водночас, навчальна діяльність не адаптується до особливостей розвитку і стану здоров'я сучасних школярів, педагоги мають недостатню підготовку з питань збереження і зміцнення здоров'я вихованців, все ще зберігається пасивна реакція сім'ї і самих дітей щодо власного здоров'я.

За даними моніторингу профілактичних оглядів, за період перебування дітей у дошкільних закладах і школах у них зменшується лише частота дефектів мови, а значно зростає частота іншої патології: сколіозів – у 21,7 разу, порушень постави – у 6,6, зниження гостроти зору – у 4,4, слуху – у 2,5 разу (рис. 4.5.24).

Високий рівень поширеності захворювань і виявленої патології та серед дітей вказує на необхідність посилення як профілактичних заходів, спрямованих на попередження виникнення патології у дітей, так і медико-соціальної допомоги, впровадження сучасних ефективних і водночас низьковитратних медико-організаційних технологій, що передбачено проектом Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності).

Важливою складовою діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів є організація лікувально-діагностичної роботи. Необхідність посилення медико-соціальної допомоги, впровадження сучасних ефективних і водночас низьковитратних медико-організаційних технологій зумовлена високим рівнем поширеності захворювань серед дітей та їх

інвалідизації. У 2016 р. продовжена робота щодо забезпечення сталого доступу до служб амбулаторно-поліклінічної ланки усіх верств дитячого населення.



Рис. 4.5.24. Частота виявленої патології у дітей дошкільного віку та тих, що передані під нагляд поліклінік для дорослих, у 2016 р. (на 1000 оглянутих)

Загальноновизнано, що на амбулаторну ланку ЗОЗ припадає близько 80% медичної допомоги населенню. У педіатричній службі ця частка значно вища, оскільки стаціонарним лікуванням охоплюється протягом останніх років лише 11,4–11,7% випадків хвороб, а в амбулаторних умовах – 88,6–88,3%.

Однією із всесвітньо визнаних низькозатратних стаціонарозамінних форм медичного забезпечення є денні стаціонари. За даними зарубіжних і вітчизняних авторів, в умовах денних стаціонарів може бути проліковано понад 30% хворих, які потребують стаціонарного лікування. Досвід роботи провідних дитячих поліклінік свідчить, що при правильній організації роботи в умовах денних стаціонарів може бути проліковано близько 17,2–26,0% хворих дітей.

За аналізований період кількість ліжок денних стаціонарів для дітей зменшилась з 6530 у 2012 р. до 5163 у 2016 р., а число пролікованих хворих – з 247112 до 218 509 відповідно. При цьому зменшилася і забезпеченість дитячого населення ліжками денних стаціонарів для дітей з 8,19 на 10 тис. дитячого населення у 2012 р. до 7,29 у 2016 р. при стабілізації госпіталізованої захворюваності – 16,12 і 16,15 на 1000 зареєстрованих хвороб відповідно і збільшенні кількості пролікованих на одному ліжку з 37,8 до 42,3 відповідно. У 2016 р. достатньою – 10,0–14,5 на 10 тис. дитячого населення – була забезпеченість дитячого населення ліжками денних стаціонарів у Харківській, Херсонській, Хмельницькій, Тернопільській, Чернівецькій і Чернігівській областях, а все ще низькою, що не відповідає потребам госпіталізації в денні стаціонари (<4,0) – у Волинській, Київській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській та Одеській областях (табл. 4.5.20).

Рівень госпіталізованої в денні стаціонари захворюваності, як і в минулі роки, у 2016 р. суттєво коливався в розрізі регіонів. Найвищий рівень госпіталізованої захворюваності (30,0–37,6 на 1000 зареєстрованих захворювань) у денні стаціонари спостерігався у Закарпатській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій та Чернігівській областях, найнижчий – у Київській (4,02), Одеській (8,17), Вінницькій (8,21), Полтавській

(8,5) та Івано-Франківській (9,65) областях. У цілому із загальної кількості госпіталізованих дітей у денні стаціонари було госпіталізовано 12,6% дітей у 2012 р. і 11,9% у 2016 році.

Таблиця 4.5.20

Характеристика роботи денних стаціонарів у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Число ліжок для дітей	Забезпеченість ліжками (на 10 тис. дітей)	Проліковано на 1 ліжку	Проліковано на 1000 захворювань
Україна	5163	7,29	42,32	16,15
<i>Область</i>				
Вінницька	124	4,24	53,45	11,04
Волинська	85	3,56	41,76	8,24
Дніпропетровська	417	7,30	44,14	16,18
Донецька	248	7,94	22,67	10,16
Житомирська	202	8,35	46,47	18,68
Закарпатська	140	4,81	86,70	31,61
<i>Область</i>				
Запорізька	284	9,69	25,67	13,41
Івано-Франківська	82	2,93	69,66	9,65
Київська	105	3,26	29,58	4,02
Кіровоградська	110	6,46	29,80	10,41
Луганська	120	10,94	27,38	17,51
Львівська	190	3,93	51,79	10,70
Миколаївська	152	7,29	53,99	22,50
Одеська	180	3,96	33,33	8,17
Полтавська	143	6,09	25,55	8,50
Рівненська	53	1,91	176,02	16,81
Сумська	156	8,95	26,60	13,96
Тернопільська	227	11,26	63,41	37,61
Харківська	503	11,81	28,74	16,39
Херсонська	201	10,18	40,52	27,40
Хмельницька	282	11,81	52,57	33,58
Черкаська	190	9,31	28,30	13,24
Чернівецька	269	14,52	39,17	33,86
Чернігівська	221	13,41	47,81	30,28
м. Київ	479	9,37	43,06	18,09

Існуючі форми державної статистики не дають змоги повною мірою оцінити інтенсивність роботи ліжок денного стаціонару. Однак навіть за показником середньої кількості пролікованих за рік на одному ліжку можна вважати інтенсивною (>60,0) роботу ліжок денних стаціонарів у Рівненській, Івано-Франківській, Закарпатській і Тернопільській областях і такою, що потребує посилення (<30), – у Донецькій, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Сумській, Полтавській і Харківській областях.

Одним із важливих напрямів медичного забезпечення дитячого населення країни є стаціонарна медична допомога. Лікарня була і залишається сьогодні основною клінічною базою, де проводять підготовку майбутніх лікарів. У великих клінічних лікарнях у клініках ВМНЗ і НДІ підвищують свою кваліфікацію або отримують вузьку спеціалізацію уже дипломовані лікарі.

Усі ці роки йшов процес упорядкування дитячого ліжкового фонду: скорочувалися нерентабельні ліжка, закривалися дитячі лікарні, які не відповідають за своїми характеристиками санітарно-гігієнічним вимогам. Змінювалися принципи госпіталізації

дітей: перш за все впроваджувалося спільне перебування з батьками, почав втілюватися принцип розумної госпіталізації. Слід зазначити, що процес скорочення числа дитячих ліжок супроводжувався підвищенням інтенсивності їх використання –: у 2012 р. на одне розгорнуте ліжко госпіталізували 32 дитини на рік, а у 2016 р. – 35 дітей.

Існуюча система медичного забезпечення дитячого населення передбачає надання стаціонарної допомоги дітям переважно при важких захворюваннях, що потребують комплексного підходу до діагностики і лікування, застосування найбільш складних методів обстеження і лікування з використанням новітніх медичних технологій, навіть високовартісних, у т.ч. оперативного втручання, постійного лікарняного спостереження та інтенсивного догляду. У рамках стаціонарної медичної допомоги традиційно вирішуються відповідальні державні завдання щодо зниження рівня малюкової та дитячої смертності, інвалідності, стосовно боротьби з прогресуючим перебігом хронічних захворювань. Цим завданням відповідає розроблений у ході реформування сфери охорони здоров'я і затверджений наказом МОЗ України від 30.12.2011 р. №1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я» новий тип дитячої лікарні – багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування.

За даними спеціального аналізу, існуюча кількість і структура ліжкового фонду за рівнями надання медичної допомоги (обласний, міський, районний) відповідає потребам дитячого населення в сучасний період у госпіталізації і дає змогу забезпечити однакову доступність для сільського і міського населення послуг стаціонарної допомоги і достатню якість медичної допомоги.

Як і в попередні роки, у 2016 р. стаціонарна медична допомога дитячому населенню в закладах, підпорядкованих МОЗ України, надавалася за 30 спеціальностями педіатричного профілю. При цьому кардіохірургічні ліжка функціонували лише у Львівській, Одеській областях і м. Києві, ревматологічні – у Дніпропетровській і Львівській областях, стоматологічні – у 11 регіонах, опікові – у 15.

Станом на 31.12.2017 р. в Україні функціонувало 44 061 стаціонарне ліжко для дітей проти 51 884 у 2012 р., а забезпеченість дитячого населення стаціонарними ліжками становила 55,24 і 65,09 на 10 тис. дітей відповідно. При цьому у Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Харківській, Сумській, Черкаській і Чернігівській областях, м. Києві утримувалася наднормативна забезпеченість дитячими ліжками.

Аналіз ефективності використання дитячих ліжок засвідчив тенденцію до збільшення інтенсивності їх роботи за показниками середнього числа зайнятості ліжка за рік упродовж 2012–2016 років. Так, якщо у 2012 р. середнє число днів роботи дитячих ліжок становило 311,68, то у 2016 р. – 315,92, обіг ліжка – 32,14 і 35,22, а середнє перебування на ліжку зменшилось з 9,7 до 8,73 відповідно. В усіх стаціонарах України у 2016 р. проліковано 1615 971 дитину.

Збільшення середньої зайнятості дитячого ліжка відбулося за рахунок збільшення її за переважною більшістю профілів, за винятком ендокринологічних (316,93 у 2012 р. і 312,34 у 2016 р.), нейрохірургічних (312,7 і 256,6), торакальної хірургії (280,74 і 264,7), стоматологічних (300,66 і 281,06), неврологічних (337,14 і 333,41), дерматовенерологічних (340,42 і 308,11) та туберкульозних (286,71 і 254,3 відповідно).

У цілому найменш інтенсивно протягом останніх років використовувались інфекційні ліжка (середня зайнятість – <280 днів), торакальної хірургії (<280). Наближалася до нормативної у 2016 р. лише робота пульмонологічних, гастроентерологічних, гематологічних, травматологічних, неврологічних, офтальмологічних, отоларингологічних ліжок, а наднормативною – онкологічних і офтальмологічних (табл. 4.5.21).

Таблиця 4.5.21

Динаміка інтенсивності роботи дитячих ліжок за основними спеціальностями у 2012 р. і у 2016 р.

Профіль ліжок	Середнє число зайнятості ліжка на рік		Середня тривалість перебування хворих на ліжку	
	2012 р.	2016 р.	2012 р.	2016 р.
Педіатричні соматичні	310,58	315,98	10,75	9,01
Кардіоревматологічні	334,64	303,29	12,18	9,46
Ревматологічні	211,49	323,89	10,80	7,84
Пульмонологічні	337,03	330,39	11,13	9,77
Гастроентерологічні	322,00	327,86	12,46	10,66
Алергологічні	308,25	329,11	12,13	10,10
Ендокринологічні	316,93	312,34	11,97	10,16
Гематологічні	309,85	328,77	17,66	16,88
Нефрологічні	330,93	318,08	13,03	11,76
Інфекційні	266,82	288,46,	8,12	6,8
Хірургічні	309,15	313,92	6,95	5,93
Нейрохірургічні	312,70	256,6	9,36	7,05
Торакальної хірургії	280,74	264,3	10,68	9,25
Гнійної хірургії	312,19	320,38	8,34	7,66
Травматологічні	340,43	338,82	11,94	10,13
Ортопедичні	326,13	326,38	14,08	11,17
Урологічні	321,81	325,13	8,91	9,34
Стоматологічні	300,66	281,01	7,57	5,44
Онкологічні	330,93	379,61	16,00	16,97
Неврологічні	337,14	333,41	12,24	10,46
Психіатричні	303,08	310,3	28,88	24,55
Офтальмологічні	327,87	342,15	7,98	6,86
Отоларингологічні	325,39	324,59	7,97	6,9
Дерматовенерологічні	340,42	308,1	16,93	15,9
Відновного лікування	275,15	340,02	14,39	14,6
Туберкульозні	286,71	254,31	81,99	83,5

Аналіз інтенсивності використання дитячих ліжок у розрізі регіонів засвідчив, що у 2016 р. достатня інтенсивність роботи ліжок (середнє число днів роботи ліжка 320 і більше днів, середня тривалість перебування на ліжку – до 9,00) досягнута лише у Вінницькій, Житомирській, Дніпропетровській, Київській, Луганській, Миколаївській та Сумській областях. Найнижча інтенсивність роботи дитячих ліжок при наднормативній забезпеченості ними у 2016 р. відмічалася у м. Києві (середня зайнятість дитячих ліжок – 283,377, середня тривалість перебування на ліжку – 9,73 дня, забезпеченість дитячими ліжками – 70,7) та Запорізькій (284,15; 8,97 і 75,32 відповідно) областях. Враховуючи, що поширеність захворювань у цих регіонах вище пересічної по Україні, низьку зайнятість дитячих ліжок можна пояснити достатньою ефективністю роботи ЗОЗ первинного рівня. Недостатньо інтенсивно (середнє число роботи ліжка менше 320 днів) працювали дитячі ліжка у Волинській, Вінницькій, Донецькій, Запорізькій, Івано-Франківській, Кіровоградській,

Луганській, Одеській, Полтавській, Тернопільській, Харківській, Чернівецькій і Чернігівській областях.

Інтенсивність використання педіатричних соматичних ліжок збільшилася – зайнятість у 2012 р. в цілому в Україні становила 310,58 дня, а у 2016 р. – 315,98 дня, а середня тривалість перебування на ліжку зменшилася з 10,75 до 9,01 відповідно. Орієнтовно нормативна робота педіатричних соматичних ліжок у 2016 р. була лише у Миколаївській (344,04 дня), Рівненській (335,7), Хмельницькій (331,03), Черкаській (331,0), наднормативна – у Кіровоградській (351,89) областях. Більш інтенсивно (робота ліжка ≥ 330 днів, середня тривалість лікування – $< 9,0$ днів) працювали педіатричні соматичні ліжка у Рівненській, Хмельницькій і Черкаській областях. Недостатньо інтенсивно, при середній зайнятості ліжка < 300 днів, працювали педіатричні соматичні ліжка у Волинській (293,14), Донецькій (292,21), Запорізькій (284,81), Полтавській (293,36), Харківській (299,84) областях та м. Києві (286,5).

Сезонність госпіталізації найбільш характерна для дітей з інфекційними захворюваннями, що зумовлює низьку зайнятість інфекційних ліжок, яка протягом останніх п'яти років у середньому по Україні не сягала 290 днів при зменшенні середньої тривалості перебування хворих із 8,12 у 2012 р. до 6,8 у 2016 році. У 2016 р. більш інтенсивно, > 300 днів на рік працювали інфекційні ліжка у Вінницькій (317,71), Волинській (303,29), Дніпропетровській (301,93), Житомирській (305,76), Львівській (358,26), Рівненській (302,27), Хмельницькій (326,99) і Черкаській (308,78) областях. Недостатньо були навантажені дитячі інфекційні ліжка (робота ліжка < 260 днів) у Запорізькій (239,3), Одеській (251,88), Херсонській (231,26), Чернівецькій (255,65) областях та м. Києві (245,12), що зумовлено більш низьким рівнем госпіталізації хворих з інфекційними та паразитарними хворобами і підтверджується достатньо високим, який наближається до середнього по Україні, рівнем захворюваності дітей на цю патологію у Запорізькій, Одеській, Херсонській і Чернівецькій областях.

Потреба в стаціонарній допомозі та госпіталізації дітей залежить від рівня захворюваності та поширеності хвороб. На тлі зменшення захворюваності та поширеності хвороб, особливо у дітей раннього віку, частота госпіталізації дітей до лікарняних стаціонарів зменшилася з 236,16 на 1000 дітей у 2012 р. до 215,49 у 2016 р. Загальноновизнано, що рівень госпіталізації дітей напряму залежить від рівня поширеності хвороб. Проведений нами аналіз співвідношення поширеності хвороб дитячого населення та частоти госпіталізації дітей до лікарняних стаціонарів засвідчив суттєві коливання цього показника від $< 6,0$ у Миколаївській, Сумській і Херсонській областях до $> 10,0$ у Івано-Франківській, Київській, Рівненській областях та м. Києві при середньому по Україні 8,25 (табл. 4.5.22).

Отримані дані засвідчили необхідність розширення лікувально-діагностичних заходів на догоспітальному етапі в регіонах із низьким співвідношенням поширеності хвороб дитячого населення і рівнів госпіталізації дітей до лікарняних стаціонарів (Кіровоградська, Миколаївська, Сумська і Херсонська області) і проведення в них аналізу доцільності наявних рівнів госпіталізації в розрізі окремих захворювань.

Важливе значення, особливо в період воєнних дій на сході України і частих екстремальних ситуацій, має забезпечення хірургічної допомоги дітям. Усього за 2016 р. у стаціонарних умовах проведено 234 531 операцію у дітей, що становило 30,8 на 1000 дитячого населення. Охоплення оперативним втручанням дитячого населення коливалося в

розрізі регіонів від 51,4 на 1000 дитячого населення в м Києві, 40,5–42,6 у Дніпропетровській, Сумській, Тернопільській, Харківській і Чернівецькій областях до 19,2 у Закарпатській, 20,3 у Луганській, 21,4 у Івано-Франківській областях.

Таблиця 4.5.22

Поширеність хвороб дитячого населення та рівні госпіталізації дітей до лікарняних стаціонарів у розрізі регіонів за 2016 р. (на 1000 дітей)

Адміністративно-територіальна одиниця	Поширеність захворювань	Рівень госпіталізації	Співвідношення поширеності захворювань та рівня госпіталізації дітей
Україна	1777,16	215,49	8,25
<i>Область</i>			
Вінницька	2054,72	228,31	9,00
Волинська	1806,68	192,70	9,38
Дніпропетровська	1990,22	232,02	8,58
Донецька	1773,73	184,34	9,62
Житомирська	2075,96	268,36	7,74
Закарпатська	1318,50	184,06	7,16
Запорізька	1855,95	253,95	7,31
Івано-Франківська	2115,28	196,28	10,78
Київська	2397,79	223,32	10,74
Кіровоградська	1850,72	263,56	7,02
Луганська	1710,34	223,78	7,64
<i>Область</i>			
Львівська	1901,22	222,96	8,53
Миколаївська	1749,46	276,04	6,34
Одеська	1614,21	215,95	7,47
Полтавська	1830,73	243,32	7,52
Рівненська	2003,44	197,57	10,14
Сумська	1704,69	282,44	6,04
Тернопільська	1898,61	236,29	8,04
Харківська	2072,32	281,59	7,36
Херсонська	1505,91	231,00	6,52
Хмельницька	1849,45	254,83	7,26
Черкаська	1990,18	279,26	7,13
Чернівецька	1679,19	213,21	7,88
м. Київ	2229,95	212,31	10,50

У структурі оперативних втручань у стаціонарних умовах у 2016 р. провідні місця посіли операції на ЛОР-органах (24,41%), шкірі (19,59%), органах травлення (16,35%), кістково-м'язовій системі (10,53%) (рис. 4.5.25).

Останніми роками частота післяопераційної летальності в середньому по Україні становила 0,13–0,15%. У 2016 р. на відносно низькому рівні (0,03–0,05%) утримувалися показники післяопераційної летальності в Донецькій, Івано-Франківській, Миколаївській, Сумській і Тернопільській, не зареєстровані випадки післяопераційної летальності в Закарпатській і Луганській областях. Високі показники післяопераційної летальності у Львівській (0,22%) Одеській (0,22%), Харківській (0,18%) областях та м. Києві (0,25%) утримуються за рахунок великої частоти операцій з потенційно високою летальністю. Потребують вивчення причини високого рівня післяопераційної летальності в Запорізькій (0,26%), Херсонській (0,18%) і Хмельницькій (0,18%) областях.

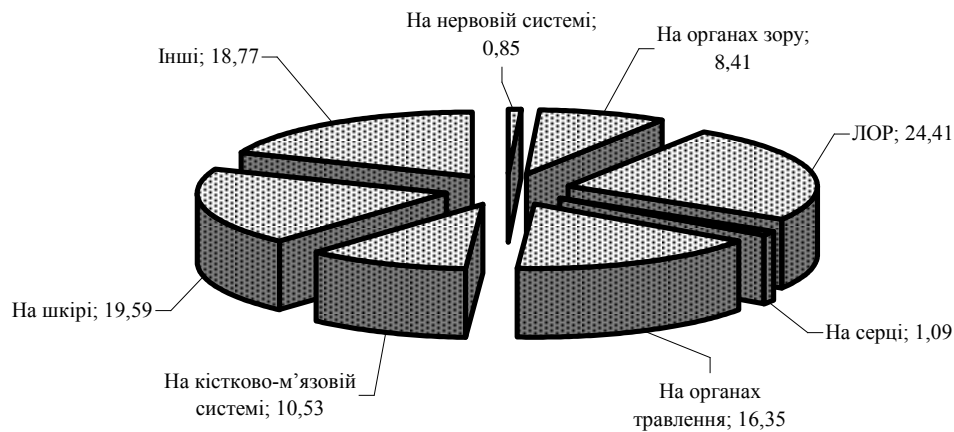


Рис. 4.5.25. Структура проведених операцій у стаціонарах за 2016 р. (%)

Поліпшення якості стаціонарної допомоги дітям підтверджено позитивною тенденцією загальної летальності (0,25% – у 2012 р., 0,20% – у 2016 р.), летальності до одного року – 1,06% та 0,91% при збереженні відносно низької середньої тривалості перебування на ліжку (9,05 і 9,33) (табл. 4.5.23).

Таблиця 4.5.23

Характеристика деяких показників якості стаціонарної допомоги дітям у 2012 р. і 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Середня тривалість перебування на ліжку		Летальність 0–17 років,%		Летальність до 1 року,%	
	2012 р.	2016 р.	2012 р.	2016 р.	2012 р.	2016 р.
Україна	9,7	8,73	0,25	0,20	1,06	0,91
<i>Область</i>						
Вінницька	9,83	8,11	0,27	0,18	1,06	0,71
Волинська	9,18	8,42	0,26	0,22	0,89	0,83
Дніпропетровська	9,22	8,56	0,30	0,22	1,40	1,06
Донецька	9,64	9,10	0,32	0,28	1,52	1,47
Житомирська	8,53	7,89	0,21	0,17	0,80	0,70
Закарпатська	9,63	8,83	0,33	0,31	0,94	1,02
Запорізька	10,08	8,88	0,26	0,17	1,04	0,77
Івано-Франківська	9,11	8,36	0,21	0,21	1,04	1,05
Київська	9,91	8,91	0,17	0,17	0,74	0,79
Кіровоградська	10,12	9,00	0,24	0,16	1,06	0,86
Луганська	10,07	9,13	0,20	0,23	0,87	1,35
Львівська	10,10	8,95	0,26	0,19	1,27	1,02
Миколаївська	9,79	8,49	0,18	0,17	0,81	0,78
Одеська	9,69	8,34	0,31	0,23	1,05	0,90
Полтавська	9,09	8,25	0,19	0,15	0,59	0,63
Рівненська	9,56	8,36	0,29	0,26	1,08	1,11
Сумська	9,75	8,74	0,17	0,14	0,78	0,69
Тернопільська	10,19	9,09	0,20	0,12	1,29	0,76
Харківська	9,09	8,67	0,19	0,19	0,95	0,91
Херсонська	10,82	9,42	0,24	0,26	0,97	1,35
Хмельницька	9,72	8,82	0,24	0,16	1,01	0,72
Черкаська	9,42	8,89	0,24	0,16	1,02	0,79
Чернівецька	9,96	8,95	0,24	0,23	1,21	1,20
Чернігівська	11,02	9,67	0,21	0,17	0,95	0,86
м. Київ	10,46	9,22	0,34	0,25	1,25	0,87

Підтвердженням більш ефективного використання ліжкового фонду для дітей є тенденція до зменшення середньої тривалості перебування на ліжку до 8,73 днів у 2016 р. при 9,7 дня у 2012 році. Зменшення середньої тривалості перебування на ліжку зареєстровано в усіх регіонах, з діапазоном коливань цього показника у 8,53–11,02 у 2012 р. і 7,89–9,67 у 2016 році. При цьому середня тривалість перебування на ліжку у 2016 р. <9 днів зареєстрована у переважній більшості регіонів, а <9 днів – у 6 (Донецька, Кіровоградська, Луганська, Херсонська і Чернігівська області та м. Київ).

Летальність дітей віком 0–17 років у 2016 р. залишилася на рівні 2012 р. у Кіровоградській, Івано-Франківській областях, збільшилася – у Луганській і Херсонській областях, а в інших регіонах – знизилася. Діапазон коливань загальної летальності у розрізі регіонів у 2016 р. становив від 0,12% у Тернопільській, 0,14% у Сумській, 0,15–0,16% у Полтавській, Кіровоградській, Хмельницькій і Черкаській до 0,31% у Закарпатській області, 28% у Донецькій, 0,26% у Рівненській і Херсонській областях. Звичайно, така різниця показників летальності в розрізі регіонів зумовлена і якістю медичної допомоги, і частотою вибулих пацієнтів із хворобами, яким притаманна висока летальність.

У цілому показники летальності серед дітей віком 0–17 років у стаціонарах сформувалися за рахунок померлих від окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (46,55%), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (23,58%), новоутворень (6,64%), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (5,7%), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (4,48%), хвороб органів дихання (3,03) (рис. 4.5.26).

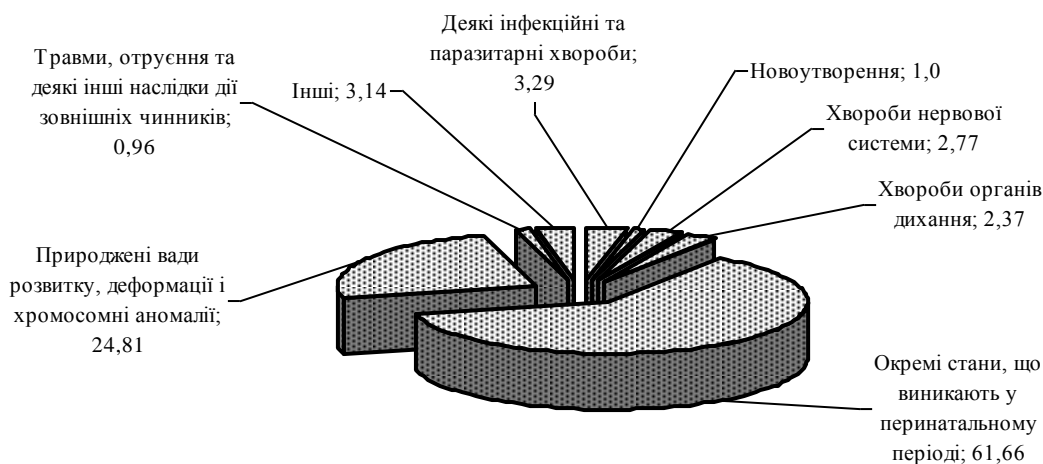


Рис. 4.5.26. Структура летальності від основних причин хвороб у стаціонарах серед дітей першого року життя та 0–17 років в Україні у 2016 р. (%)

Рівень лікарняної летальності дітей першого року життя скоротився на тлі зниження захворюваності цієї вікової групи дітей, що зумовлено переорієнтацією служби охорони здоров'я матері і дитини на всесвітньо визнані перинатальні технології з доведеною ефективністю. У структурі летальності дітей першого року життя провідні місця посіли окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (61,66%), природжені вади розвитку, деформації і хромосомні аномалії (24,81%).

Особливу роль у зниженні летальності дітей першого року життя зіграли впровадження в стаціонарах сучасних методів лікування на основі доказової медицини, реорганізація системи надання стаціонарної допомоги дітям першого року життя: оптимізація показань для госпіталізації, спільне перебування дітей з одним із батьків, ліквідація малопотужних стаціонарів, які не відповідають санітарним нормам.

Діяльність будинків дитини

Негативні наслідки стрімких соціально-економічних перетворень останніх років, тривалі воєнні дії і пов'язана з ними трансформація моральних та етичних цінностей значної частини населення боляче відбилася на дітях у вигляді бездоглядності та соціального сирітства, які стали однією з найбільш тривожних характеристик сучасного суспільства. Виховання дітей, які залишились без батьківської опіки, є значною медико-соціальною проблемою однією з важливих функцій педіатричної служби.

Стан медико-соціального забезпечення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківської опіки, є актуальним в усіх країнах світу і може стати індикатором світоглядної, а також цілісної орієнтації суспільства, рівня економічного розвитку держави, а відносна кількість дітей-сиріт свідчить про ступінь дезорганізації родини і тенденції у сімейно-шлюбних відносинах. Діти-сироти та діти, позбавлені батьківської опіки, потребують створення оптимальних умов побуту, виховання і медичного забезпечення, оскільки мають гірший стан здоров'я порівняно з дітьми із загальної популяції, адже переважна їх більшість народжується у соціально неблагополучних сім'ях.

Система медико-соціальних послуг цій категорії дітей в Україні зберегла основні її риси в СРСР. За роки суверенності в Україні сформована нормативно-правова база медико-соціального забезпечення дітей-сиріт і механізми її реалізації. Останніми роками пріоритетність державної опіки над дітьми-сиротами дещо змінилася, зросла орієнтація на створення та підтримку сімейних форм піклування, які вважаються більш гуманними і переважають за частотою в країнах дальнього зарубіжжя.

Сучасна державна система опіки та виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківської піклування, включає заклади МОЗ, МОНмолодьспорту та Міністерства праці і соціальної політики: будинки дитини, в яких виховуються діти з перших днів життя до 3–4 років; дитячі будинки для дітей дошкільного, шкільного віку, змішаного та сімейного типу; дитячі будинки-інтернати; школи-інтернати та спеціальні школи-інтернати; професійно-технічні училища для сиріт, а також прийомні сім'ї.

Будинок дитини є комунальним ЗОЗ для медико-соціального захисту дітей-сиріт та дітей, які залишились без піклування батьків, а також дітей з вадами фізичного та розумового розвитку. Ці категорії дітей є однією з незахищених, уразливих верств населення, які постійно потребують підвищеного піклування з боку держави та суспільства. У мікросередовищі таких дітей відсутній найважливіший для дитини соціальний інститут – сім'я. Із сім'ї починається світ кожної людини, без неї неможливий повноцінний розвиток дитини, її соціалізація. У батьківському домі закладається моральне і фізичне здоров'я, психологічна стійкість, працездатність, теплота і милосердя до людей, життєздатність і цілеспрямованість.

Згідно з Конвенцією ООН про права дитини, яка набула чинності в Україні з 1981 р., «кожна дитина має право на користування найбільш досконалими послугами системи

охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я, а дитина, що тимчасово або постійно позбавлена сімейного оточення, має право на особливий захист і допомогу, яка надається державою».

Станом на 31.12.2016 р. у системі охорони здоров'я функціонувало 39 будинків дитини на 4764 місця, у т.ч. 35 спеціалізованих будинків дитини для медико-соціального захисту хворих дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з вадами фізичного та розумового розвитку та 4 будинки загального типу.

Загальновідомо, що здоров'я дітей залежить від здоров'я батьків. Медичні проблеми дітей тісно пов'язані із соціальними, особливо способом життя сім'ї, взаєминами між батьками, повнотою сім'ї, умовами виховання, а також утриманням дітей поза сім'єю, у т.ч. у закладах закритого типу, до яких належать будинки дитини. Тому в будинках дитини створюються умови, максимально наближені до таких, які існують у сім'ї. При створенні оптимальних побутових умов, правильно організованого догляду, харчування, виховання, діти з раннього віку можуть нормально зростати і розвиватись у цих закладах.

Пріоритетні напрями діяльності галузі охорони здоров'я в реалізації державної політики щодо дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, наступні:

- профілактика соціального сирітства шляхом створення умов для народження бажаної здорової дитини (збереження здоров'я підлітків, створення мережі КДМ; удосконалення діяльності служби планування сім'ї, медико-генетичного консультування та організації надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим);
- співпраця із соціальними службами щодо роботи із сім'ями з дітьми, які опинились у складних життєвих обставинах;
- реабілітація дітей-інвалідів;
- створення умов для ефективної медичної допомоги та реабілітації дітей – вихованців будинків дитини з метою реалізації їхнього права на сім'ю;
- сприяння влаштуванню дітей у прийомні сім'ї та будинки сімейного типу, надання їм якісної медичної допомоги, контроль спільно із соціальними службами за утриманням цих дітей.

Існуюча система медико-соціальних послуг дітям-сиротам та дітям, що залишилися без батьківської опіки, в Україні зберегла основні її риси в колишньому СРСР. За роки суверенності в Україні сформована нормативно-правова база медико-соціального забезпечення дітей-сиріт і механізми її реалізації. Останніми роками пріоритетність державної опіки над дітьми-сиротами зазнає певних змін, зростає орієнтація на створення та підтримку сімейних форм піклування, які на сьогодні вважаються більш гуманними і переважають за частотою в країнах далекого зарубіжжя, забезпечення реабілітації і паліативної допомоги дітям, як вихованцям будинків дитини, так і дітям із сімей, які опинились у складних життєвих обставинах.

Упродовж останніх років зменшилася кількість дітей-сиріт, що може бути зумовлено значним скороченням дітей, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах (табл. 4.5.24).

За період 2012–2016 рр. кількість дітей, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах при народженні, скоротилась на 178 осіб, проте частота цих контингентів новонароджених залишається високою – 1,1 на 1000 народжених живими у 2012 р. і 1,02 у 2016 році. Як і в попередні роки, у 2016 р. частіше відмовлялися від новонароджених батьки

в акушерських стаціонарах Дніпропетровської (2,43), Закарпатської (2,07), Одеської (1,6), Донецької (1,45) областей та м. Києва (1,84).

Таблиця 4.5.24

Динаміка кількості і частоти дітей, від яких відмовились батьки, в акушерських стаціонарах за 2012–2016 рр. в Україні

Рік	Народилось живими	Діти, від яких відмовились батьки	Частота на 1000 народжених живими
2012	513999	566	1,10
2013	496979	456	0,92
2014	444873	372	0,84
2015	399313	352	0,88
2016	379098	388	1,02

Зменшення кількості дітей-сиріт та дітей, що залишилися без батьківської опіки, розширення усиновлення, опіки (піклування), а також впровадження нових форм виховання дітей, які залишилися без батьківської опіки, зокрема прийомних сімей, дитячих будинків сімейного типу, сприяли зменшенню кількості будинків дитини з 44 у 2012 р. до 39 у 2016 р., кількості місць (4764 і 3282, з них спеціалізованих 3037) у них та вихованців (3126 і 2584 відповідно) (табл. 4.5.25).

Таблиця 4.5.25

Діяльність будинків дитини в Україні за 2012–2016 рр.

Рік	Кількість будинків дитини	Число місць у них	Число дітей на кінець року	З них дітей-сиріт	З числа вибулих (на 100 вибулих)	
					передано на усиновлення	взято батьками
2012	44	4764	3126	1767	43,49	27,47
2013	44	4438	2725	1548	41,04	27,25
2014	39	3851	2265	1111	38,55	25,24
2015	39	3370	2401	1166	38,79	22,19
2016	39	3282	2584	1229	38,2	30,34

Незначне збільшення кількості дітей у будинках дитини у 2016 р. порівняно з 2014 р. (2584 та 2265) може бути зумовлено воєнними діями на сході України.

Нині переважна кількість будинків дитини мають карантинні відділення та ізолятори для хворих дітей, за винятком будинків дитини Волинської та Івано-Франківської областей, де немає ліжок в ізоляторі та Луганської області, де відсутні ліжка і ізолятора, і карантинного відділення. У 2016 р. функціонувало 298 ліжок в ізоляторах будинків дитини (9,08% від загальної кількості ліжок) та 332 ліжка в карантинних відділеннях (10,12% від загальної кількості ліжок). Відповідно до завдань і функцій будинків дитини та з урахуванням особливостей і потреб регіонів у кожному з них функціонує своя організаційно-структурної модель. Наразі медико-соціальна реабілітація дітей, які проживають у сім'ях здійснюється в амбулаторних відділеннях п'яти будинків дитини, відділеннях денного перебування 14-ти будинків дитини, стаціонарних відділеннях 17-ти будинків дитини. У будинку дитини Івано-Франківської області функціонує хоспісне відділення на 15 ліжок. Лише у 201 р. у цих відділеннях пройшли реабілітацію 6005 дітей із сімей, які опинились у складних життєвих обставинах, та 191 дитині надана паліативна допомога.

Проведення заходів державної політики щодо захисту прав дітей, реалізації Конвенції ООН про права дитини сприяли забезпеченню повернення 30,34% дітей із загальної кількості

вибулих до біологічних батьків, а 38,8% було усиновлено. Відомо, що в разі ефективності зазначених заходів та отримання позитивного результату реабілітації дитина отримує більший шанс на усиовлення. У більшості випадків саме здорових дітей всиновлюють та беруть на утримання в прийомні сім'ї та будинки сімейного типу. Зниження питомої ваги усиовлення (з 43,7% у 2012 р. до 38,8% у 2016 р.) може бути зумовлено зменшенням дітей-сиріт та тих, що залишилися без батьківського піклування (56,535 і 47,56% відповідно).

Поєднання дії таких факторів, як негативні явища в сім'ях дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, недоліки в системі утримання та виховання цих дітей збільшують можливість формування відхилень стану соматичного і психічного їх здоров'я.

Лише створення оптимальних умов перебування дітей у будинках дитини, виховання, раціонального харчування, повного і своєчасного комплексу відновного лікування дає змогу забезпечити належний їх фізичний і психічний розвиток, зміцнити стан соматичного здоров'я.

Аналіз захворюваності вихованців будинків дитини засвідчив тенденцію до зростання її рівня з 126,22 у 2012 р. на 100 вихованців до 139,45 у 2016 р. (рис. 4.5.27).

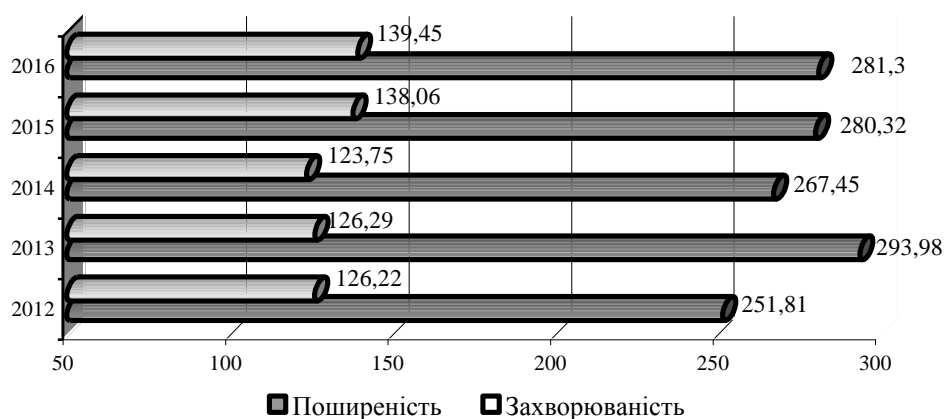


Рис. 4.5.27. Динаміка поширеності хвороб та захворюваності вихованців будинків дитини в Україні за 2012–2016 рр. (на 100 вихованців)

Як і в попередні роки, серед усіх зареєстрованих вперше в житті захворювань перше місце посіли хвороби органів дихання (33,05%), друге – хвороби нервової системи (17,34%), третє – природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (9,14%), четверте – розлади психіки та поведінки (7,01%), п'яте – хвороби крові і кровотворних органів (5,43%). Поширеність хвороб вихованців будинків дитини за цей період зросла з 251,58 до 281,3 на 100 вихованців. Високий рівень поширеності хвороб вихованців будинків дитини зумовлений значною частотою у них рівнів хронічних хвороб. Так, у 2016 р. поширеність хвороб нервової системи вихованців будинків дитини становила 60,05 на 100 вихованців і у 19,4 разу перевищила таку серед дітей із загальної популяції, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій – 37,32 і у 11,4 разу відповідно.

Як і в попередні роки, у 2016 р. відмічалися значні коливання захворюваності і поширеності хвороб вихованців будинків дитини різних регіонів (рис. 4.5.28).

Найвищі рівні захворюваності вихованців будинків дитини у 2016 р. зареєстровано у Волинській (327,45 на 100 вихованців), Чернівецькій (190,77), Херсонській (183,33), Миколаївській (181,68), Хмельницькій (181,48) областях, а відносно низькі – у м. Києві (69,62), Закарпатській (91,91), Вінницькій (104,15) областях. При цьому загальний рівень

захворюваності вихованців будинків дитини вперше був нижчим за аналогічний показник серед відповідної групи загальної популяції дітей (1394,5 на 1000 відповідного населення і 1465,4 відповідно).

Найвищі рівні поширеності хвороб у 2015 р. зареєстровано серед вихованців будинків дитини Волинської (472,55 на 100 вихованців), Донецької (455,76), Дніпропетровської (421,47), Миколаївської (415,27) областей; нижчі за середні по Україні – у будинках дитини Закарпатської (122,06), Львівської (198,14), Тернопільської (192,86) областей і м. Києва (153,83).

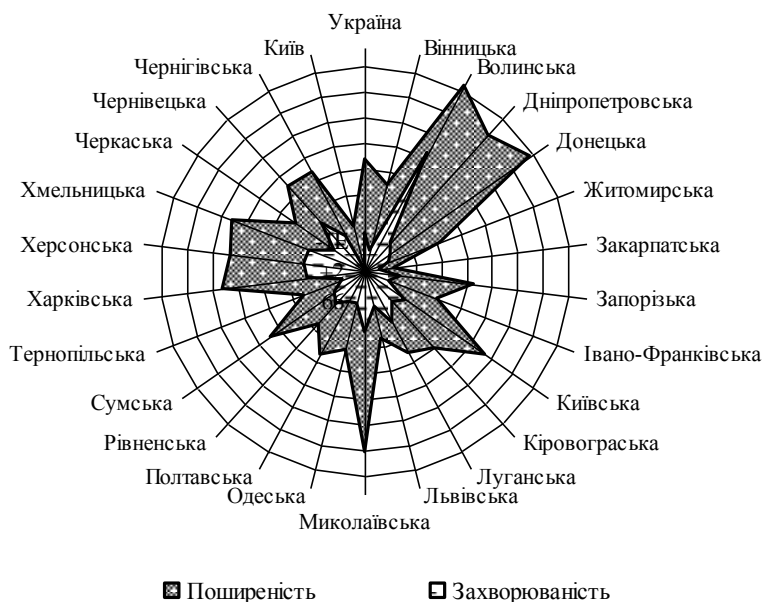


Рис. 4.5.28. Характеристика захворюваності та поширеності хвороб вихованців будинків дитини у 2016 р. (на 100 вихованців)

Усе ще високі рівні поширеності хвороб вихованців будинків дитини зумовлені переважно значно вищою, ніж у загальній популяції населення, поширеністю таких хронічних захворювань, як природжені вади нервової системи, хромосомні аномалії, ДЦП, розумова відсталість. Ці важко хворі діти не можуть бути усиновленими або виховуватися в прийомній сім'ї чи дитячому будинку сімейного типу через надважкий стан здоров'я і потребують застосування низки лікувальних і реабілітаційних заходів.

Незважаючи на створення належних умов перебування дітей у будинках дитини, підвищення ефективності медичного догляду за ними, рівень смертності вихованців будинків дитини залишається високим (2012 р. – 0,89%, 2016 р. – 0,82%). При цьому в будинках дитини 8 областей (Вінницька, Волинська, Івано-Франківська, Луганська, Львівська, Тернопільська, Херсонська і Чернівецька) у 2016 р. не зареєстровані випадки смертності, у будинках дитини Волинської та Івано-Франківської областей випадки смерті вихованців не зареєстровані упродовж останніх п'яти років, а Вінницької і Чернівецької областей – упродовж останніх трьох років. Високі рівні смертності вихованців будинків дитини у 2016 р. зафіксовано у будинках дитини Донецької (1,85), Рівненської (1,85), Чернігівської (1,68), Київської (1,52), Черкаської (1,48), Закарпатської (1,41), Кіровоградської (1,41) і Полтавської (1,41) областей.

Таким чином, у дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, існують значні проблеми зі здоров'ям. Привертає увагу низький рівень здоров'я цього контингенту,

особливо дітей раннього віку, значна поширеність нервово-психічних хвороб, дисгармонійного фізичного розвитку. Це спричинене, у тому числі, своєчасним виявленням хронічних хвороб, поширеність яких за цей період залишається високою, зокрема природжених вад розвитку, інших важких хвороб, які зумовлюють інвалідизацію дітей і потребують своєчасного та повного проведення лікування та реабілітаційних заходів. Наразі 45,48% дітей у віці 1–3 роки відстають у психічному розвитку, 2,18% мають інвалідність. Серед вихованців будинків дитини, які мають проблеми зі здоров'ям, 60% дітей потребують ретельного обстеження, лікування, у т.ч. хірургічного, інтенсивної реабілітації.

На сьогодні саме природжені вади розвитку, хвороби нервової системи та останнім часом ВІЛ-інфекція спричиняють відмову від усиновлення дитини. Остання проблема потребує співпраці усіх міністерств та відомств, медичної та немедичної спільноти для забезпечення дотримання прав дитини з ВІЛ.

У 2016 р. у будинках дитини перебувало 79 (2012 р. – 115) дітей з хворобою, зумовленою ВІЛ. Найбільша кількість дітей із хворобою, зумовленою ВІЛ, зафіксована в будинках дитини Донецької, Дніпропетровської, Одеської областей і м. Києва.

Крім того, серед вихованців виявлені діти з незавершеним тестом на ВІЛ за віком, кількість яких у 2016 р. становила 103 особи (2012 р. – 168 осіб), найбільша кількість яких зафіксована у будинках дитини Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Одеської, Херсонської та Черкаської областей.

Слід зазначити, що сьогодні недостатньо регламентуючих документів і стандартів із різних питань для дитячих будинків. Потребує розробки клінічний протокол медичного догляду вихованців будинків дитини.

У цілому аналіз діяльності служби охорони здоров'я матері і дитини України засвідчив, що за складних соціально-економічних умов служба забезпечила достатній доступ до медичних послуг жіночого і дитячого населення на всіх рівнях їх надання при збереженні профілактичної спрямованості медичної допомоги жінкам і дітям: збільшено охоплення вагітних своєчасним медичним наглядом і обстеженням на СНІД; забезпечено достатнє охоплення профілактичними оглядами дитячого населення; закріплено позитивну динаміку небажаної вагітності, частоти нормальних пологів, виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні, частоти хворих новонароджених.

З метою закріплення позитивних напрацювань служби охорони здоров'я матері і дитини доцільно зберегти відпрацьовану систему діяльності, координації та управління службою на всіх етапах її надання, продовжити впровадження зорієнтованої на сім'ю моделі акушерського догляду та госпіталізацію дітей із акцентом на збереження сімейних зв'язків, продовжити РПД, зокрема розвиток і функціонування ЗПД II рівня.

Доцільно розробити адаптовані до національних пріоритетів Цілі сталого розвитку із відповідними завданнями та індикаторами до 2030 року, План дій ВООЗ щодо охорони сексуального і репродуктивного здоров'я, Національний план дій у рамках ініціативи ВООЗ, ЮНІСЕФ «Кожен Новонароджений», метою якого є припинення попереджувальних смертей новонароджених і зменшення частоти розвитку інвалідизуючої патології серед дітей України, організувати системи спостереження, раннього втручання та паліативної допомоги дітям із хронічною перинатальною патологією на основі системного підходу.

Необхідно продовжити роботу з планування і регулювання спеціалізації дитячого ліжкового фонду. В основу цього процесу слід покласти певні принципи: наукове

обґрунтування спеціалізації дитячого ліжкового фонду; її економічну рентабельність, відповідність регіональної патології з урахуванням прогностичних оцінок, демографічної ситуації, потреби населення в лікарській допомозі; при цьому потрібно уникати дублювання дитячих спеціалізованих ліжок, особливо на територіях із населенням до 1,5 млн осіб.

Для реалізації завдань служби охорони здоров'я матері і дитини необхідна активна допомога громадських організацій, збереження і зміцнення міжнародних зв'язків, а також прийняття на державному рівні заходів, спрямованих на забезпечення прав жінок і дітей в усіх діях держави, оздоровлення та оновлення екосистеми, забезпечення адекватної соціальної допомоги дітям, створення сприятливих умов для їх виховання і навчання.

4.6. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні

Починаючи з 60–70-х років ХХ століття, у більшості країн Європи і розвинених країн світу, а на початку ХХІ століття – в Україні, проблема розвитку доступної та ефективної системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню стає однією з найбільш актуальних медико-соціальних і гуманітарних проблем суспільства. Це зумовлено низкою як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників: політичних, соціально-економічних, демографічних, медичних тощо. Адже протягом останніх десятиліть швидкими темпами зростає кількість інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя. Сьогодні у світі щороку помирають понад 60 млн людей, у т.ч. пацієнтів похилого віку та дітей. На жаль, значна частина з них закінчують своє біологічне життя у стражданнях і муках через тяжкі порушення функцій життєво важливих органів і систем організму, невгамовний біль, загальну слабкість, депресії та неспроможність до самообслуговування. А це спричиняє значне зниження якості життя і притаманне для термінальних стадій багатьох хронічних прогресуючих захворювань, зокрема, злоякісних новоутворень, серцево-судинних і цереброваскулярних захворювань, дегенеративних і посттравматичних уражень нервової системи та опорно-рухового апарату, хронічних обструктивних захворювань легень, туберкульозу з множинною та розширеною стійкістю до антимікобактеріальних лікарських засобів (МРТБ і РРТБ) та ко-інфекції ВІЛ/ТБ, ВІЛ-інфекції/СНІД, вірусних гепатитів «В» і «С», тяжких ускладнень цукрового діабету тощо.

Водночас, упродовж останнього півстоліття в більшості розвинених країн світу, у т.ч. в Україні (в останні десятиріччя), відбуваються глибокі демографічні та соціальні зміни, які, за даними ВООЗ, характеризуються постарінням населення і значним накопиченням у популяціях осіб похилого та старечого віку (в середньому – від 20% до 30% і більше) та пов'язаними з цим суттєвими зрушеннями у структурі захворюваності та смертності населення, особливо серед осіб похилого і старечого віку.

Отже, протягом останніх 50–60 років у світі спостерігається невідпинне зростання кількості паліативних пацієнтів – інкурабельних хворих як похилого, так і працездатного віку, а також дітей, які помирають від онкологічних і тяжких ускладнень інших хронічних соматичних та інфекційних захворювань, а також вроджених вад розвитку, спадкових та генетичних захворювань, тяжких травм тощо.

Слід додати, що зазначені вище та інші інкурабельні захворювання, особливо в декомпенсованих і термінальних стадіях перебігу, супроводжуються вираженим больовим

синдромом та іншими тяжкими розладами життєдіяльності, що завдають значних фізичних і моральних страждань, суттєво знижують якість життя пацієнтів і членів їхніх родин. Це потребує створення та розвитку в Україні доступної та ефективної системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню.

Це зумовлює те, що сьогодні в багатьох країнах світу та в Україні проблема створення і розвитку доступної та ефективної системи паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) населенню є однією з найважливіших медико-соціальних проблем та одним із найбільш пріоритетних соціальних і гуманітарних завдань урядів та суспільства.

Поняття «паліативна допомога» як система медичних, соціальних, психологічних заходів, покликаних забезпечити максимально досягну якість життя інкурабельним хворим та членам їхніх родин, визначене ВООЗ ще у 1982 р. Декларація ВООЗ (1990) та Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (2014), Барселонська декларація (1996), Рекомендація Комітету Міністрів держав-членів Ради Європи (2003), спеціальні Резолюції Парламентської Асамблеї Ради Європи (2008 і 2014), Паризька Хартія по боротьбі з раком (2000), Празька Хартія Європейської асоціації паліативної допомоги (ЕАРС) (2013) та інші документи авторитетних міжнародних організацій закликають уряди усіх держав світу включити ПХД до структури національних систем охорони здоров'я та соціального захисту населення. Тому ВООЗ, Рада Європи і ЕАРС визначають, що в кожній країні повинні бути створені відповідні служби ПХД для задоволення медичних, соціальних і психологічних потреб інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя та їхніх родин.

Понад півстолітній досвід розвитку ПХД у світі свідчить, що ПХД забезпечує якісне, гідне та повноцінне життя пацієнта до останнього подиху та систему соціальної і психологічної підтримки членів його сім'ї під час хвороби та в період скорботи. Традиційно, ПХД надають переважно онкологічним хворим, проте, відповідно до сучасних міжнародних підходів та концепцій, цей інноваційний метод медико-соціальної допомоги необхідно поширювати на пацієнтів з іншими тяжкими інкурабельними захворюваннями і активніше впроваджувати її в практику служб охорони здоров'я та соціального захисту населення.

Отже, ПХД має бути невід'ємною інтегрованою складовою служби охорони здоров'я та соціальної опіки. Саме ПХД є сучасним пацієнт-сім'я-орієнтованим гуманітарним підходом, який найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та їхніх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя. Впровадження і розвиток ПХД – це напрям діяльності органів охорони здоров'я та соціального захисту населення, за яким у сучасному світі оцінюють цивілізованість конкретної держави та гуманність суспільства взагалі. Тому ПХД потребує розробки та впровадження інноваційних підходів для задоволення медичних, психологічних, соціальних і духовних потреб інкурабельних хворих та членів їхніх родин.

Таким чином, аналіз багатьох документів авторитетних міжнародних організацій, зокрема ВООЗ, Парламентської Асамблеї Ради Європи, ЕАРС, Міжнародної Асоціації хоспісної і паліативної допомоги (ІАНРС) та інших, дає змогу визначити сучасну парадигму ефективної системи надання ПХД, яка полягає в тому, що обов'язок урядів усіх держав – забезпечити доступність професійної ПХД усім верствам населення, незалежно від захворювання, соціального статусу, статі, віку та національності, релігійних і політичних переконань, місця проживання інкурабельних хворих і членів їхніх родин.

Визначення паліативної та хоспісної допомоги

В українському законодавстві визначення паліативної допомоги наведено в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями, де в розділі V «Медична допомога» у статті 33 «Забезпечення надання медичної допомоги» паліативну допомогу визначено як вид медичної допомоги, поряд з екстреною, первинною, вторинною (спеціалізованою), третинною (високо-спеціалізованою), медичною реабілітацією, а у статті 35-⁴ «Паліативна допомога» зазначено:

«На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням ЗОЗ, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я».

У наказі МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» (п. 1.4) наведено таке визначення ПХД:

«загальна паліативна допомога – паліативна допомога, яка надається паліативному пацієнту від моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання медичними працівниками відповідно до їх спеціалізації;

паліативна допомога – вид медичної допомоги, який дозволяє покращити якість життя паліативного пацієнта та допомогти членам його родини шляхом запобігання та полегшення страждань невиліковно хворої людини;

паліативне лікування – складова частина паліативної допомоги, яка включає надання адекватного ефективного знеболення, медикаментозної терапії, медико-психологічної реабілітації, хірургічних та інших методів лікування, догляду;

спеціалізована паліативна допомога – паліативна допомога, яка надається Пацієнту зі складними потребами, які не можуть бути адекватно вирішені на первинному рівні надання медичної допомоги...».

У пп. 3.1 і 3.2 цього наказу зазначено: «Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я.

Форми надання паліативної допомоги в стаціонарних, амбулаторних умовах або вдома визначаються залежно від стану Пацієнта та його родини».

Відповідно до існуючих у літературі визначень ПХД, хоспісна допомога є складовою паліативної допомоги. Це – широкий комплекс медико-соціальних і психологічних заходів, що надаються пацієнту в термінальній стадії захворювання, наприкінці життя, як правило, в останні шість місяців перед смертю.

У наказі Міністерства соціальної політики України від 29.01.2016 № 58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду» зазначено: «паліативний/хоспісний догляд – допомога в самообслуговуванні, спостереження за станом здоров'я, сприяння наданню медичних послуг, допомога в забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичкам користування ними, навчання членів сім'ї догляду,

представництво інтересів, психологічна підтримка особи та членів її сім'ї, надання інформації з питань соціального захисту населення, допомога в отриманні безоплатної правової допомоги, організація та підтримка груп самодопомоги;

отримувач соціальної послуги з паліативного догляду (далі – отримувач соціальної послуги) – особа з обмеженим прогнозом життя, яка має невиліковні прогресуючі захворювання, що супроводжуються вираженим больовим синдромом, тяжкими розладами життєдіяльності, потребує догляду, психологічної, соціальної, духовної підтримки, користується заходами, які становлять зміст соціальної послуги з паліативного догляду;

мультидисциплінарна команда – команда, до складу якої включається не менше трьох осіб з числа таких працівників: соціальний працівник, медичний працівник, юрисконсульт, психолог, духівник та інші фахівці, які пройшли навчання за тематичними циклами з питань паліативного догляду».

Отже, згідно з українським законодавством, головною метою паліативної допомоги є забезпечення належної якості життя в його фінальній фазі (термінальній стадії захворювання), максимальне полегшення фізичних і моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності інкурабельних хворих наприкінці життя, завдяки цілісному підходу до пацієнта як до особистості, виходячи з його індивідуальних потреб, вікових та психоемоційних, релігійних та національно-культурних особливостей, що відповідає сучасним міжнародним підходам і концепціям.

Організація надання паліативної та хоспісної допомоги. Забезпечення доступності, ефективності і безпеки паліативної та хоспісної допомоги.

ВООЗ, Рада Європи, ЕАРС, ІАНРС закликають, що в кожній країні повинні бути створені відповідні служби ПХД для задоволення медичних і соціальних потреб інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя. Зважаючи на сучасну світову концепцію ПХД, особливої актуальності набувають пошуки оптимальних форм надання ПХД, забезпечення її якості та доступності для населення.

При організації надання ПХД населенню слід дотримуватися основних принципів, визнаних більшістю країн світу. ПХД, зокрема:

- стверджує життя та визнає вмирання і смерть природним процесом;
- не має наміру ні наблизити, ні відстрочити настання смерті, а забезпечує максимально досяжну якість життя пацієнта;
- забезпечує доступність ПХД, що визначається за клінічними показаннями (оцінки ймовірного прогнозу прогресування захворювання та тривалості життя, тяжкості симптомів, у т.ч. больового, спроможності до самообслуговування і конкретних потреб інкурабельного хворого), а не за нозологічними формами захворювання, місцезнаходженням хворого, його віком, статтю, економічним статусом тощо;
- забезпечує адекватне та рівноправне фінансування закладів і служб паліативної та хоспісної допомоги;
- забезпечує повагу до людської гідності паліативного пацієнта і членів його сім'ї;
- забезпечує можливість для будь-якої людини, яка цього потребує, отримати ПХД без зволікання і в повному обсязі;
- здійснює активні лікувально-діагностичні заходи лише в разі згоди паліативного пацієнта, а якщо немає згоди пацієнта – лікування та медичні втручання слід негайно припинити.

Завдання, які мають бути забезпечені ПХД:

- проведення кваліфікованого відбору хворих, які потребують ПХД, та визначення статусу паліативного пацієнта;
- надання медичної допомоги паліативним пацієнтам (контроль болю, усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших тяжких симптомів хвороби, що погіршують якість життя пацієнта) із застосуванням адекватних і ефективних лікарських засобів, у т.ч. опіоїдних анальгетиків і психотропних препаратів та інших ліків за призначенням, а також, за показаннями, допоміжних засобів лікування (лікувальної фізкультури та масажу, ароматерапії, арт-терапії та відволікання, керованої візуалізації, релаксації, медитації, самогіпнозу тощо);
- надання психологічної/психотерапевтичної допомоги та підтримки паліативним пацієнтам і членам їхньої родини, медичним і соціальним працівникам, доглядальникам;
- організація медико-соціальної реабілітації паліативних пацієнтів з метою максимального продовження їхньої трудової діяльності та соціальної активності;
- професійний догляд в амбулаторних або в стаціонарних умовах, у т.ч. вдома, а також передсмертний догляд;
- соціальна опіка і правовий захист паліативних пацієнтів наприкінці їхнього життя та членів їхніх родин;
- релігійний/духовний супровід і опіка;
- забезпечення можливості нормальної трудової діяльності та соціальної активності родичів паліативних пацієнтів, їх психосоціальний супровід та моральна підтримка до і після смерті пацієнтів.

Для практичних лікарів важливо мати критерії визначення статусу паліативного пацієнта та показання до надання ПХД. Слід зазначити, що в різних країнах, залежно від спроможності фінансування служби та закладів ПХД, критерії, за якими визначають статус паліативних пацієнтів, різняться. У багатих країнах критерій «обмежений прогноз тривалості життя» може бути відсутнім. Як вже зазначалося вище, у наказі МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», визначено: «Паліативний пацієнт – пацієнт усіх вікових груп, хвороба якого не піддається лікуванню, спрямованому на одужання (далі – Пацієнт); ... Статус Пацієнта визначається лікуючим лікарем з моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання з прогнозованою тривалістю життя». Отже, паліативні пацієнти (дорослі) – особи, що потребують ПХД, до яких належать:

- хворі на злоякісні новоутворення (ЗН) у IV клінічній групі;
- пацієнти з прогресуючими хронічними неінфекційними захворюваннями (ХНІЗ) у термінальній стадії, зокрема, з прогресуючими тяжкими захворюваннями серця та легень (при тяжких серцевій та легеневій недостатності), хронічною нирковою недостатністю, цереброваскулярними хворобами (значними функціональними порушеннями після інсульту), нейро-дегенеративними розладами та деменціями тощо;
- пацієнти з інкурабельними інфекційними хворобами, зокрема, СНІД, ко-інфекція туберкульоз/СНІД, тяжкими формами перебігу вірусних гепатитів В і С, туберкульозу з множинною та розширеною резистентністю (МРТБ та РРТБ) тощо;
- а також родичі паліативних пацієнтів як у період надання ПХД, так і в період скорботи (після смерті пацієнтів).

Важливо, щоб клінічні протоколи були доповнені розділами «ПХД» або «Допомога і догляд наприкінці життя».

З точки зору організації ПХД основними потребами паліативних пацієнтів є:

- доступне та ефективне/адекватне знеболення;
- адекватне симптоматичне лікування/контроль симптомів;
- професійний догляд (стаціонарний цілодобовий або амбулаторний, у т.ч. вдома);
- психологічна допомога (діагностика, профілактика та контроль депресивних станів, зменшення відчуття страху і тривоги, формування адекватної психоемоційної реакції пацієнтів та його рідних на обмежений прогноз тривалості життя);
- моральна підтримка, співчуття;
- соціальна допомога, у т.ч. матеріальна, соціальна/побутова опіка, ритуальні послуги тощо;
- медико-соціальна реабілітація з метою максимально можливого продовження соціальної і професійної активності;
- юридичний супровід та консультивання;
- духовний супровід та релігійна підтримка.

Беручи до уваги актуальність і велике значення створення та розвитку доступної й ефективної системи надання ПХД в Україні, що відповідатиме кращим сучасним міжнародним стандартам, очевидно є необхідність створення мережі закладів для надання ПХД, підпорядкованих як Міністерству охорони здоров'я, так і Міністерству соціальної політики України, а також закладів ПХД різних форм власності, у т.ч. тих, які належать громадським, благодійним та релігійним організаціям. Для вирішення цього завдання необхідно залучати широкі кола громадськості та місцеві органи влади до вирішення питань, пов'язаних із полегшенням страждань невиліковно хворих та їхніх рідних. Сьогодні вкрай необхідно законодавчо забезпечити на державному і місцевому рівнях координацію та співпрацю представників різних інституцій, структур та відомств, що залучені до надання ПХД населенню.

Відповідно до сучасних підходів і стандартів, доступність і ефективність ПХД забезпечується шляхом обов'язкового впровадження таких чотирьох складових, що відрізняє її від традиційного симптоматичного/паліативного лікування в термінальній стадії захворювання:

1. Професійна медична допомога/паліативне/симптоматичне лікування, яке надається медичними працівниками різного профілю (зокрема, хірургічне, хіміо- і радіотерапевтичне, фармакотерапевтичне, дієтичне, реабілітаційне лікування тощо), що забезпечує адекватний/ефективний контроль хронічного больового синдрому, лікування симптомів захворювань і професійний догляд інкурабельних пацієнтів.

2. Професійна психологічна допомога, яка надається фахівцями-психологами або лікарями-психотерапевтами і стосується також членів сім'ї пацієнта, що дає змогу зменшити відчуття страху і тривоги, здійснювати профілактику та контроль депресивних станів і стресу в паліативних пацієнтів та їхніх рідних, а також впроваджувати заходи щодо запобігання синдрому професійного/емоційного вигорання в персоналу та волонтерів, залучених до надання ПХД.

3. Соціальна складова, що реалізується соціальними працівниками, волонтерами НУО і забезпечує матеріальну підтримку сім'ї паліативного хворого, побутові та ритуальні послуги, юридичне консультування та допомогу в оформленні документів тощо.

4. Духовна/релігійна складова (медичне капеланство), що здійснюється священнослужителями відповідної релігійної конфесії або церкви, відповідно до побажань і потреб паліативного хворого та членів його сім'ї.

Доступність та ефективність ПХД досягається шляхом забезпечення і координації співпраці ЗОЗ та соціального захисту населення, регулюється вищезазначеними нормативно-правовими актами, а також спільним наказом Міністерства соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2014 № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальних послуг паліативного догляду вдома невиліковно хворим». Згідно із зазначеним наказом, основними координаторами роботи з питань надання соціальної послуги паліативного догляду вдома визначені територіальні центри соціального обслуговування населення (надання соціальних послуг) (далі по тексті – Терцентр). Водночас, слід зазначити, що розширення переліку соціальних послуг, які надаватимуться Терцентрами з питань надання соціальної послуги паліативного догляду вдома, потребує введення додаткових штатних одиниць з відповідним рівнем кваліфікації, забезпечення навчання, підготовку та перепідготовку існуючих кадрів, а також матеріально-технічне забезпечення соціальних працівників витратними матеріалами, спецодягом, спецзасобами догляду, медикаментами тощо. Необхідно забезпечити належну компенсацію з державного бюджету Терцентрам за організацію надання додаткових соціальних послуг – паліативного догляду вдома.

Під час науково-практичної конференції з міжнародною участю «Правові та організаційні засади паліативної допомоги в Україні», яка була організована і проведена ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» 11 листопада 2016 р. в м. Києві, начальник Управління у справах людей похилого віку та надання соціальних послуг Міністерства соціальної політики України Оксана Суліма зазначила: «Особливої уваги потребують громадяни з невиліковними захворюваннями, які потребують довготривалого догляду. На даний час окремі елементи паліативної допомоги прослідковуються і в діяльності установ соціального обслуговування системи соціального захисту населення – будинках-інтернатах для громадян похилого віку та інвалідів, територіальних центрах соціального обслуговування (надання соціальних послуг), яких на сьогодні в Україні понад 900 установ. Цими установами обслуговується близько 1,5 млн осіб, серед яких більше 40 тис. осіб ліжково хворих».

За бажанням паліативних пацієнтів та членів їхніх родин, вони можуть одержувати ПХД амбулаторно, у т.ч. вдома, або в ЗОЗ будь-якої форми власності. При цьому можуть застосовуватись різні організаційні форми надання ПХД.

Організаційні форми надання ПХД:

❖ амбулаторні:

- консультативні кабінети ПХД;
- кабінети контролю болю;
- денні стаціонари/денні хоспіси;

– виїзні мультидисциплінарні бригади ПХД вдома, які створюються на базі спеціалізованих закладів ПХД (центрів ПХД, хоспісів, паліативних або хоспісних відділень

тощо), багатoproфiльних або спеціалізованих закладів (онкологічного, педіатричного, геріатричного, психоневрологічного профiлів тощо), закладів ПМСД (центрів ПМСД, поліклінік тощо) або територіальних центрів соціального обслуговування населення;

– залучення медичних працівників ПМСД і працівників територіальних центрів соціального обслуговування населення до надання ПХД вдома;

❖ стаціонарні:

– паліативні ліжка в ЗОЗ (спеціалізованих або загального профiлю), за умови створення цілодобового медсестринського поста;

– спеціалізовані заклади ПХД – у ЗОЗ (спеціалізованих або загального профiлю), у т.ч. центри профілактики та боротьби зі СНІДом, ЗОЗ онкологічного, фтизіатричного, психіатричного профiлю, військові госпіталі тощо;

– заклади системи соціального захисту (будинки-інтернати для людей похилого віку, інтернатні заклади для осіб з інвалідністю, для ветеранів війни та праці тощо);

– лікарні/відділення сестринського догляду тощо.

До надання ПХД населенню мають залучатися спеціально підготовлені фахівці стаціонарних закладів і виїзних бригад ПХД, медичні працівники закладів ПМСД або працівники закладів і установ соціального захисту населення, а також представники/волонтери неурядових та благодійних організацій, родичі, друзі та сусіди.

Важливими документами, які сприятимуть наданню ПХД пацієнтам і членам їхніх родин вдома працівниками закладів і установ соціального захисту населення, є постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 № 896 «Про затвердження Порядку виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб)» і наказ Міністерства соціальної політики України від 31.03.2016 № 318 «Про затвердження Державного стандарту соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах» (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 22.04.2016 за № 621/28751).

Також важливу роль має відігравати впровадження механізмів соціального замовлення і партнерства з метою залучення до надання мультидисциплінарної ПХД громадських організацій та волонтерів і розвиток механізмів приватно-державного партнерства.

Велике значення для становлення і розвитку в Україні системи та служби паліативної і хоспісної допомоги має активна діяльність ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», яка була створена у 2010 р. ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» має обласні, міські та районні організації в усіх регіонах країни. Її члени активно співпрацюють з українськими та міжнародними неурядовими організаціями, науковцями, фахівцями і експертами, центральними, регіональними і місцевими органами влади з метою сприяння розробленню та затвердженню нормативно-правової бази з питань розвитку паліативної та хоспісної допомоги, стандартів надання паліативної та хоспісної допомоги, передбачивши вимоги до приміщень стаціонарних закладів ПХД різного типу, утримання паліативних пацієнтів, вимоги до штатних нормативів закладів ПХД з урахуванням мультидисциплінарного підходу, стандартів до- і післядипломної освіти фахівців медичного і немедичного профiлів із питань надання ПХД, розробленню розділу «Паліативна та хоспісна допомога» у клінічних настановах та клінічних протоколах за всіма спеціальностями, забезпечення безкоштовного знеболення для паліативних пацієнтів,

поліпшення матеріальної мотивації працівників, які надають допомогу паліативним пацієнтам та членам їхніх родин, підвищення посадових окладів, збільшення тривалості відпустки, пільгового пенсійного забезпечення тощо.

Також активно в регіонах працюють обласні і міські організації Товариства Червоного Хреста України, громадські і релігійні організації та благодійні фонди, метою яких є сприяння розвитку ПХД та підтримка паліативних пацієнтів та їхніх сімей, залучення волонтерів, адвокація, фандрейзинг тощо.

Визначення потреби населення у наданні паліативної та хоспісної допомоги

Згідно з чинним законодавством, в Україні ПХД надається інкурабельним пацієнтам усіх вікових груп і нозологічних форм на підставі:

- кваліфікованої оцінки ступеня тяжкості і динаміки прогресування захворювання, інтенсивності та характеру больового синдрому;
- діагностування характеру та ступеня розладу функцій органів і систем організму;
- визначення ступеня втрати спроможності до самообслуговування, фізичної активності та працездатності;
- урахування конкретних фізичних, психічних і духовних потреб паліативних пацієнтів та членів їхніх родин;
- прогнозу тривалості життя тощо.

Згідно з наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» (розділ V «Розрахунок потреби населення у паліативній допомозі»), не менше ніж 80% пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних та інших хронічних захворювань потребують паліативної допомоги. Отже, розрахункова потреба у ПХД в Україні (станом на кінець 2016 р.) становить понад 467 тис. осіб із числа інкурабельних хворих і близько 1,5 млн членів їхніх родин – разом майже 2 млн осіб (табл. 4.6.1).

На жаль, сьогодні в Україні майже 85% хворих помирають удома, часто наодинці, страждаючи від болю, депресії, відсутності належного догляду. Невиліковна хвороба викликає різноманітні психологічні, емоційні та соціальні проблеми у хворого та членів його родини, пов'язані з потребами паліативного догляду.

Розрахункова потреба у стаціонарній ПХД становить 80–100 ліжок на 1 млн населення. Отже, потреба у стаціонарній ПХД в Україні (при кількості населення на кінець 2016 р. 42,76 млн осіб) становить близько 4,3 тис. ліжок.

Залежно від діагнозу основного захворювання та його ускладнень, віку хворого та місця його проживання/перебування, тяжкості симптомів і ступеня розладів функцій органів і систем, до надання ПХД населенню мають залучатися медичні працівники різного профілю: ЛЗП/СЛ, дільничні терапевти та дільничні педіатри, лікарі-спеціалісти ПМСД та спеціалізованих ЗОЗ, зокрема, онкологи, терапевти, психіатри, геріатри, психотерапевти та медичні психологи, невропатологи, гематологи, гастроентерологи, пульмонологи, анестезіологи, педіатри, фтизіатри, інфекціоністи тощо, а також фельдшери та інші середні медичні працівники ЗОЗ ПМСД, багатопрофільних та спеціалізованих стаціонарних ЛПЗ.

Характеристика медико-демографічної ситуації, що зумовлює потребу надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні

Як вже зазначалося вище, особливостями медико-демографічної ситуації в Україні протягом останніх десятиліть є швидке постаріння населення, високий рівень захворюваності та смертності від ЗН і тяжких ускладнень ХНІЗ, значне поширення захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз і ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, вірусні гепатити «В» і «С», наслідки аварії на Чорнобильській АЕС тощо. Протягом 2014, 2015 та 2016 рр. в Україні з'явилася значна кількість інкурабельних хворих та інвалідів із числа поранених у зоні АТО. Це зумовлює, що в Україні спостерігається один із найвищих у світі рівнів смертності.

На кінець 2016 р. в Україні померли 583,6 тис. осіб. В ієрархії причин смерті населення, за статистичними даними Державного комітету статистики України та МОЗ України (2017), як і раніше, перші п'ять місць стало посідають такі класи хвороб: хвороби системи кровообігу (392,3 тис. осіб – 67,2%), новоутворення (79,0 тис. осіб – 13,5%), зовнішні причини смерті (31,7 тис. осіб – 5,4%), хвороби органів травлення (22,0 тис. осіб – 3,8%), хвороби органів дихання (13,8 тис. осіб – 2,4%). Дані щодо кількості померлих від різних причин в Україні, включаючи найбільш поширені та соціально значущі захворювання, наведено в таблиці 4.6.1.

Таблиця 4.6.1

Кількість померлих (тис. осіб) в Україні за причинами смерті у 2016 р.* (Держкомстат України)

Показник	2016 р.
Населення, усього	42.760
Померлих від усіх причин (тис. осіб)	583,6
Від різних хвороб:	
хвороби системи кровообігу	392,3 – 67,2%
новоутворення	79,0 – 13,5%
хвороби органів травлення	22,0 – 3,8%
хвороби органів дихання	13,8 – 2,4%
туберкульоз	4,0 – 0,7%
ВІЛ-інфекція/СНІД	3,3 – 0,6%

*Примітка: * – без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.*

Протягом останніх десятиліть одним із найбільш вагомих чинників, які зумовлюють зростання потреби у ПХД в Україні, є швидке постаріння населення. Сьогодні, за даними Державного комітету статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України, понад 3 млн громадян в Україні мають вік понад 75 років. У значної частини літніх людей суттєво знижується якість життя – вони страждають через хронічний невгамовний біль, тяжкі порушення функцій органів і систем унаслідок ускладнень хронічних прогресуючих інкурабельних захворювань, когнітивні розлади, відчуття слабкості і втрати сил, що зумовлює значне зниження або втрату здатності до самообслуговування та фізичної активності, а також через відсутність необхідної психологічної та соціальної підтримки і догляду – самотність та соціальну ізоляцію.

Наступним чинником, що зумовлює нагальну потребу населення у ПХД, є те, що на кінець 2016 р. кількість хворих, які перебували на диспансерному обліку в ЗОЗ онкологічного профілю через захворювання на ЗН, в Україні становила 985,4 тис. осіб, серед

яких понад 5,8 тис. дітей. У понад 400 тис. мешканців України у 2016 р. були діагностовані ЗН. Викликає занепокоєння, що в понад 45% пацієнтів із ЗН діагностують в інкурабельних стадіях розвитку захворювання. Це спричиняє те, що майже 80 тис. осіб щороку помирають від онкологічних захворювань, серед яких понад 80% страждають унаслідок інтенсивного хронічного больового синдрому, і майже 100% пацієнтів у термінальній стадії ЗН потребують професійної мультидисциплінарної ПХД.

Слід зазначити, що туберкульоз залишається в Україні найбільшою причиною смерті серед інфекційних та паразитарних хвороб. У 2016 р. від туберкульозу померли 4 тис. осіб. Високий рівень смертності серед хворих на хронічний туберкульоз, особливо у випадках мультирезистентних форм і туберкульозу з розширеною резистентністю, також потребує створення спеціалізованих ЗОЗ ПХД фтизіатричного профілю, в яких повинні бути забезпечені заходи інфекційного контролю та створені відповідні умови догляду за епідемічно небезпечними респіраторними хворими.

За темпами поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу Україна посідає одне з перших місць в Європі і світі. За даними МОЗ України, на кінець 2016 р. в Україні перебували на диспансерному обліку 132,9 тис. ВІЛ-інфікованих і 38,7 тис. хворих на СНІД. У віковій групі 15–49 років рівень поширеності ВІЛ становив 0,9%. У структурі шляхів передачі ВІЛ продовжує зростати статевий шлях інфікування (61,6%). Це також зумовлює нагальну необхідність вирішення проблеми надання ПХД цій категорії хворих.

Результати тестувань, проведені в різних регіонах України, свідчать, що ситуація з гепатитом С у нашій країні набуває загрозового характеру. Тестування на гепатити не входить до обов'язкових медичних обстежень, і більшість хворих дізнаються про захворювання вже на пізніх стадіях, оскільки майже у 80% пацієнтів спостерігається прихований (безжовтяничний) перебіг із подальшою хронізацією процесу, що призводить до високого рівня смертності серед працюючого населення від тяжких ускладнень вірусних гепатитів, зокрема, цирозів, первинного раку печінки тощо, та зумовлює потребу надання ПХД таким пацієнтам.

Стан розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні

Слід зазначити, що внаслідок різних об'єктивних і суб'єктивних причин темпи розвитку системи ПХД в Україні ще не відповідають існуючим потребам населення. Позитивним слід вважати те, що в більшості регіонів затверджено обласні програми розвитку ПХД, а в деяких областях, наприклад, Рівненській, Сумській, Черкаській, Дніпропетровській та інших, – районні і міські програми розвитку ПХД. Значне число регіональних і місцевих органів влади закладають фінансування надання ПХД населенню в бюджетах відповідних рівнів.

Сьогодні, як вже зазначалося вище, для 42,6 млн населення України, згідно з міжнародними рекомендаціями і стандартами, необхідно забезпечити мінімально 4,3 тис. стаціонарних ліжок у закладах ПХД. За даними МОЗ України, ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» та регіональних департаментів/управлінь охорони здоров'я, станом на кінець 2016 р. спеціалізована стаціонарна ПХД надавалася у 2 центрах паліативної допомоги (в Івано-Франківську і Харкові) і 8 лікарнях «Хоспіс» як юридично самостійних ЗОЗ (у містах Львові, Луцьку, Херсоні, Тернополі, Дубно, Коростені і Запоріжжі), в яких було розгорнуто 364 ліжка (табл. 4.6.2). За даними звітів МОЗ України, у

стаціонарних ЗОЗ ПХД у 2016 р. одержали допомогу 2293 хворі (120 277 ліжко-днів – у середньому, 52 ліжко-дня), з яких померли у ЗОЗ 625 паліативних пацієнтів (27,3%). Ці показники значно відрізняються від показників ЗОЗ ПХД у країнах Європи, де перебування на ліжку паліативних пацієнтів становить у середньому 21 день, а летальність – 70% і вище. Це може бути зумовлено непрофільним підбором пацієнтів і підміною функцій ЗОЗ ПХД на медико-соціальні центри або заклади тривалого догляду хворих на ХНЗ.

Таблиця 4.6.2

Стаціонарні заклади паліативної та хоспісної допомоги (станом на 31.12.2016 р.)

Адміністративна територія	Кількість закладів	Назва, підпорядкування, розташування	Кількість стаціонарних ліжок
Україна	10		364
<i>Область</i>			
Волинська	1	Волинська обласна лікарня «Хоспіс», Управління охорони здоров'я Волинської обласної державної адміністрації, м. Луцьк	25
Житомирська	1	«Хоспіс Святої Олени» Товариства Червоного Хреста України, Ольгинського братства Української православної церкви, м. Коростень	29
Запорізька	1	Благодійний заклад «Хоспіс Архангела Михаїла» Управління праці та соціального захисту Запорізької міської ради, обласної організації Товариства Червоного Хреста України та Української православної церкви, м. Запоріжжя	25
Івано-Франківська	1	Івано-Франківський обласний клінічний центр паліативної допомоги, Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації, м. Івано-Франківськ	30
Львівська	2	1. Комунальна Львівська міська лікарня «Хоспіс», Департамент охорони здоров'я Львівської міської ради, м. Львів 2. Самбірська районна лікарня «Хоспіс» Самбірської районної ради, Самбірський район, с. Сіде	30 30
Рівненська	1	Заклад паліативної медицини «Хоспіс» при Вищому комунальному навчальному закладі «Дубенський медичний коледж» Рівненської обласної ради, Департамент охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації, м. Дубно	35
Тернопільська	1	Тернопільська обласна лікарня «Хоспіс», Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації, Тернопільський район, с. Плотича	30
Харківська	1	Комунальний заклад охорони здоров'я Харківський обласний центр паліативної медицини «Хоспіс», Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, м. Харків	80
Херсонська	1	Херсонська Обласна лікарня «Хоспіс», Департамент охорони здоров'я Херсонської обласної державної адміністрації, м. Херсон	50

На початку 2017 р. ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» звернулася до керівників обласних рад і обласних державних адміністрацій з проханням надати інформацію щодо стану розвитку служби ПХД населенню в регіонах. На підставі одержаних відповідей ми узагальнили одержану інформацію в табл. 4.6.3.

Ліжковий фонд відділень паліативної та хоспісної допомоги закладів охорони здоров'я системи МОЗ України (станом на 31.12.2016 р.)

Адміністративна територія	ЗОЗ системи МОЗ України		Виїзні мультидисциплінарні бригади ПХД / бригади знеболення паліативних пацієнтів вдома
	число відділень ПХД	число паліативних ліжок	
Україна	54	1623	14/53
<i>Область</i>			
Вінницька	4	74	1 (для дітей у м. Вінниця)
Волинська	1	25	1 (госпрозрахункова у м. Луцьк)
Дніпропетровська	6	120	0
Житомирська	0	10 (для хворих на туберкульоз)	0
Закарпатська	7	139	2 (м. Ужгород і м. Виноградове) 18 (при ЦРЛ і РЛ – надають знеболення паліативним пацієнтам вдома) 1 (для дітей)
Запорізька	2	91 (6 – для хворих на СНІД і 85 – для хворих на туберкульоз)	32 (при міських, ЦРЛ і РЛ – надають знеболення паліативним пацієнтам вдома)
Івано-Франківська	4 1 (для дітей)	65 15 – дитяче паліативне відділення у Надвірнянському обласному будинку дитини 15 (ліжка у міській та ЦРЛ)	2 1) виїзне/консультативне відділення для дорослих і дітей у Обласному клінічному центрі паліативної допомоги, м. Івано-Франківськ, 2) у Коломийському міському ЦПМСД)
Кіровоградська	1	15 35 (ліжка у ЦРЛ)	0
Луганська	1	20 24 (ліжка у ЦРЛ)	1
Львівська	5	115	1 «Мобільний хоспіс для дітей», м. Львів
Миколаївська	1	49 – облтубдиспансер (для хворих на МРТБ) 10 – Миколаївський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, 21 – міська лікарня і ЦРЛ	
Полтавська	6	96 85 (ліжка в обласних, міських та ЦРЛ)	0
Рівненська	0	0	3 цілодобові виїзні бригади у м. Рівне – знеболення вдома
Сумська	7	140	0
Тернопільська	0	0	1
Харківська	2	84	1
Хмельницька	1	30 – облтубдиспансер	

Адміністративна територія	ЗОЗ системи МОЗ України		Виїзні мультидисциплінарні бригади ПХД / бригади знеболення паліативних пацієнтів вдома
	число відділень ПХД	число паліативних ліжок	
		(для хворих на МРТБ) 139 – (ліжка в обласних, міських та ЦРЛ)	
Черкаська	0	75 – (ліжка в обласних, міських та ЦРЛ)	2
Чернігівська	2	50	1 (для дітей у м. Чернігів)
м. Київ	3	125	1

Слід зауважити, що в деяких областях (зокрема, в Полтавській, Закарпатській, Вінницькій, Львівській, Хмельницькій та деяких інших) високі показники забезпечення стаціонарними ліжками для паліативних пацієнтів досягаються за рахунок «відкриття» 2, 3, 4 або 5 паліативних ліжок у ЗОЗ різного профілю. Але ж таку кількість ліжок проблематично забезпечити цілодобовим медсестринським постом, не говорячи про дотримання принципів мультидисциплінарності і 4 обов'язкових складових ПХД. Складається враження, що керівники деяких ЗОЗ роблять це формально для звітності або щоб «ховати» летальність у відділеннях ЗОЗ, оформляючи агонуючих хворих на паліативні ліжка, летальність яких не входить, згідно з наказом МОЗ України № 41, до загальної статистики ЗОЗ.

Поки що в Україні практично відсутня служба ПХД вдома. ПХД пацієнтам вдома, у т.ч. і дітям, надають 15 мультидисциплінарних мобільних бригад, які створені при хоспісах і відділеннях ПХД як у державних ЗОЗ, так і при благодійних і громадських організаціях: у містах Київ, Івано-Франківськ, Харків, Рівне, Луцьк, Чортків (Тернопільської області), Ужгород і Виноградове (Закарпатської області), Чернігів, Львів, Вінниця. У деяких регіонах створені виїзні бригади знеболення паліативних пацієнтів вдома. Цього надзвичайно недостатньо, унаслідок чого складається ситуація, що мешканці багатьох населених пунктів, особливо в сільській місцевості, поки що взагалі не можуть отримати спеціалізовану ПХД.

Слід зазначити, що ці дані можуть бути неповними, оскільки, незважаючи на багаторічні зусилля ГО «Українська ліга розвитку паліативної допомоги» та фахівців, Центр медичної статистики МОЗ України досі не включив відповідні пункти про стан надання ПХД у форму річних статистичних звітів. Також поки МОЗ України не затвердило акредитаційні стандарти та вимоги до закладів ПХД, тому, на жаль, ні матеріально-технічна база більшості діючих ЗОЗ ПХД, ні умови перебування хворих у них (палати на 3, 4, 5 і більше! тяжкохворих помираючих пацієнтів) та відсутність умов для родичів паліативних пацієнтів, волонтерів, психологів, священнослужителів тощо ще не відповідають чинним стандартам у більшості країн Європи та світу.

Більшість ЗОЗ ПХД україно м обмежені в ресурсах і, часом, не мають змоги забезпечити хворих навіть найнеобхіднішим: функціональними ліжками і протипролежневими матрацами, ефективними знеболювальними та лікарськими засобами для симптоматичного лікування, концентраторами кисню, системами кондиціонування повітря або обігріву паліативних пацієнтів, сучасним обладнанням для миття і транспортування хворих та іншим обладнанням і засобами медичного призначення.

Досі не створені обласні хоспіси або центри ПХД у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Житомирській, Київській, Кіровоградській, Львівській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях та міський центр ПХД у м. Київ, які б здійснювали, крім діагностично-лікувальних функцій, ще й організаційно-методичну роботу, підготовку кадрів, наукову діяльність тощо.

Результати вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам вдома у Німеччині, Нідерландах, Бельгії, Польщі, Словаччині, Молдові, Угорщині, Республіці Білорусь та інших країнах засвідчили про значне поширення цієї форми надання ПХД як найбільш доступної та економічно обґрунтованої, що дає змогу забезпечити взаємодію та співпрацю фахівців закладів і установ охорони здоров'я та соціального захисту населення, оптимізувати і забезпечити дотримання принципів мультидисциплінарності та стандартів ПХД.

Законодавче і нормативно-правове забезпечення надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні

Законодавчою базою для розвитку ПХД населенню в нашій державі є насамперед Конституція України та Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями, в якому, як вже зазначалося вище, визначено паліативну допомогу як окремий вид медичної допомоги. У Законі України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23.12.2009 № 1794-VI зазначено завдання щодо створення закладів для надання ПХД інкурабельним онкологічним хворим, розширення мережі закладів для допомоги таким громадянам і розробку стандартів надання ПХД хворим в умовах хоспісів.

У Заходах Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 № 14, у п. 12 задекларовано: «Створити мережу хоспісів для симптоматичного лікування онкологічних хворих у термінальній стадії».

У 2016 р. в Україні надання ПХД регулювалося низкою законодавчих і нормативно-правових актів, серед яких слід зазначити:

– Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 рр.» від 16.10.2012 № 5451-VI.

– Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 № 356-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», в якому вказано на низький рівень доступу населення, представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і людей, що живуть із ВІЛ, до послуг із ПХД та визначено завдання щодо «забезпечення організації та доступу до паліативної та хоспісної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, організація надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та підготовка відповідних кадрів для надання такої допомоги».

– Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 № 333 «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», якою суттєво спрощено застосування наркотичних анальгетиків на практиці, поліпшено доступність пацієнтів до

знеболення, особливо в амбулаторних умовах, що сприяє доступності до ефективного знеболення і зменшенню страждань сотень тисяч пацієнтів із хронічним больовим синдромом.

– Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі».

– Наказ МОЗ України від 25.04.2012 № 311, яким затверджено «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю». У 2016 р. МОЗ України створило робочу групу, яка внесла зміни і оновлення як до «Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розробленого на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю», так і до клінічних настанов «Контроль болю».

– Наказ МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», яким затверджено «Порядок надання паліативної допомоги» і «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги», основні медико-юридичні дефініції ПХД (паліативний пацієнт, паліативне лікування тощо); порядок надання паліативної допомоги (у т.ч. завдання та організація надання ПХД); перелік медичних показань для надання паліативної допомоги тощо. Слід зазначити, що сьогодні МОЗ України створило робочу групу для удосконалення зазначеного наказу.

– Наказ МОЗ України від 01.02.2013 № 77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін у реєстраційні матеріали», яким до Переліку зареєстрованих лікарських засобів Державного реєстру лікарських засобів України внесено морфіну сульфат у таблетках, що є вагомим кроком на шляху поліпшення доступності паліативних пацієнтів до ефективного знеболення в Україні.

– «План заходів МОЗ України щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2014–2015 роки», яким визначено конкретні завдання, спрямовані на створення системи надання ПХД населенню.

– Важливе значення для оптимізації діяльності ЗОЗ щодо забезпечення доступного ефективного знеболення має наказ МОЗ України від 07.08.2015 № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 26.08.2015 за № 1028/27473.

– Для координації діяльності з установами і закладами соціального захисту населення надзвичайно важливими, як вже зазначалося вище, є спільний наказ Міністерства соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2014 № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальних послуг паліативного догляду вдома невиліковно хворим» та наказ Міністерства соціальної політики України від 29.01.2016 № 58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду».

Слід зазначити, що наказом МОЗ України від 07.11.2011 № 768 затверджено примірні штатні нормативи ЗОЗ «Хоспіс» виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома» та паліативного відділення для 4 пілотних областей реформування системи охорони здоров'я, які максимально наближені до європейських стандартів і показали ефективність у закладах ПХД України. Але, на жаль, на сьогодні цей наказ є не чинним. Існує нагальна

потреба створити при МОЗ України робочу групу і внести необхідні зміни та поширити дію цього наказу на всю територію України.

Також слід виокремити наказ МОЗ України від 04.11.2011 № 755 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи», яким визначено, що одними з основних завдань ЛЗП/СЛ у центрах та амбулаторіях ПМСД є надання ПХД пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, у т.ч. виконання знеболювальних заходів із використанням наркотичних речовин.

Виходячи з наведеного. МОЗ України протягом останніх років приділяє суттєву увагу питанням створення мережі хоспісів, відділень паліативної та хоспісної допомоги, розробки відповідної нормативно-правової бази. Водночас, на жаль, більшість із задекларованих заходів не виконані через об'єктивні та суб'єктивні причини.

Отже, підсумовуючи огляд нормативно-правової бази, яка регулює розвиток системи та порядок надання ПХД на різних рівнях, можна зазначити, що сьогодні в Україні одним із нагальних питань розвитку системи ПХД є термінове розроблення національних стандартів ПХД, клінічних протоколів, методичних рекомендацій та інструкцій для фахівців, які надають ПХД у закладах охорони здоров'я і соціального захисту населення та вдома.

Слід зазначити, що в Україні досі не набуло належного поширення застосування ефективних наркотичних анальгетиків порівняно з розвинутими країнами світу. Це означає, що десятки тисяч паліативних пацієнтів не мають доступу до адекватного знеболення і страждають від інтенсивного хронічного больового синдрому. Серед причин такого становища, на нашу думку, є недосконалість нормативно-правової бази, вкрай недостатня кількість аптек, в яких можна придбати наркотичні анальгетики, недостатня професійна підготовка та навіть «морфінофобія» в багатьох медичних працівників і населення.

Стан підготовки фахівців із питань паліативної та хоспісної допомоги

Останніми десятиліттями в Україні склалися певні демографічні та медико-соціальні умови, які визначають якісно нові вимоги до організації підготовки та підвищення кваліфікації кадрів із питань надання ПХД, що разом із формуванням державної політики, спрямованої на розвиток і впровадження системи ПХД на всіх рівнях медичної допомоги та доступністю ефективних лікарських засобів для паліативних пацієнтів, у т.ч. наркотичних анальгетиків, є однією з трьох основоположних умов успішного розвитку ПХД в Україні.

Отже, можна дійти висновку, що вирішення зазначених питань, особливо створення окремих ЗОЗ ПХД і медико-соціальних установ – хоспісів та центрів ПХД, може бути досягнуто лише комплексом організаційних заходів, який повинен включати перепрофілізацію існуючих та неефективно функціонуючих закладів первинної та вторинної мережі надання медичної допомоги. Але провідну роль у наданні цього інноваційного виду медико-соціальної допомоги разом зі спеціалізованими ЗОЗ ПХД будуть відігравати медичні працівники ПМСД, і насамперед загальної практики – сімейної медицини, як це і передбачено концепцією реформування, що вимагає розробки відповідної нормативно-правової бази та фахової підготовки відповідних спеціалістів-лікарів, медичних сестер та молодшого медперсоналу для роботи в цій особливій царині медицини. Особливо актуальним питанням є підготовка професійно навчених кадрів – лікарів та середнього медичного персоналу для надання ПХД, як у стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах,

у т.ч. вдома. Таку роботу за постійної організаційної та фахової підтримки та уваги керівництва МОЗ України НМАПО імені П.Л. Шупика проводить постійно, починаючи з 2009 р., шляхом створення першої і поки що єдиної в нашій державі кафедри паліативної та хоспісної медицини.

На цей час кафедрою паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика розроблено та затверджено навчальні програми та робочі плани циклів тематичного удосконалення (ТУ) для різних категорій лікарів (у т.ч. для ЛЗП/СЛ, онкологів, фахівців із ВІЛ-інфекції/СНІДу, організаторів охорони здоров'я тощо) та медичних сестер із різних аспектів надання ПХД. Професорсько-викладацьким складом кафедри в рамках циклів ТУ підготовлено майже 3 тис. лікарів та медсестер, проведено виїзні цикли ТУ для лікарів м. Київ та Київської області, Дніпропетровської, Сумської, Рівненської, Тернопільської, Чернігівської, Черкаської, Житомирської областей, міст Кам'янець-Подільський, Переяслав-Хмельницький та інших регіонів України. Планується і в подальшому проведення таких виїзних навчальних циклів та дистанційних форм навчання для медичних працівників інших регіонів України, широке впровадження навчання з основ паліативної та хоспісної медицини в системі післядипломної освіти широкому загалу лікарів зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» в кафедрі паліативної і хоспісної медицини у НМАПО імені П.Л. Шупика. З 2013 р. на кафедрі паліативної і хоспісної медицини у НМАПО імені П.Л. Шупика здійснюється підготовка інтернів та лікарів сімейної медицини.

Враховуючи відсутність окремої спеціальності або спеціалізації з паліативної медицини, зрозуміло, що існують суттєві прогалини в системі підготовки медичних кадрів для сфери ПХД в Україні. Зокрема, в нашій країні практично відсутня система додипломної підготовки лікарів із питань ПХД. На післядипломному рівні, у відповідь на високу потребу, ряд ВМНЗ запровадили цикли ТУ з актуальних питань надання ПХД для ЛЗП/СЛ, терапевтів, онкологів, геріатрів, фтизіатрів, інфекціоністів, лікарів центрів СНІДу, хоспісів та відділень ПХД, а також молодших спеціалістів із медичною освітою.

Слід зазначити, що, враховуючи вагомий внесок молодших спеціалістів із медичною освітою в надання ПХД, ці питання значно краще висвітлені в навчальних програмах ВМНЗ I–III рівнів акредитації. Так, навчальними планами ВМНЗ I–III рівнів акредитації передбачено вивчення таких дисциплін: «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині», «Медсестринство в онкології з елементами паліативного догляду» (спеціальність «Сестринська справа»), «Геронтологія, геріатрія та паліативна медицина», «Онкологія» («Лікувальна справа»). Створено навчальні програми з ПХД: «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» (програми підготовки медичних сестер і медичних сестер-бакалаврів); «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» (програми циклів спеціалізації та тематичного удосконалення для слухачів відділень післядипломної освіти, а також циклу удосконалення для викладачів основ медсестринства ВМНЗ I–III рівнів акредитації).

Проте залишається актуальною проблема професійної підготовки молодшого медичного персоналу, затвердження професій молодших сестер із догляду або сестер-доглядальниць. На сьогодні наші санітарки, які виконують цілий ряд функцій з надання ПХД, не мають спеціальної фахової підготовки.

Вважаємо за необхідне внести питання надання ПХД до програми спеціалізації, передатестаційних циклів і тематичного удосконалення лікарів багатьох спеціальностей,

зокрема, онкологів, хірургів, фтизіатрів, інфекціоністів, ендокринологів, педіатрів, терапевтів, невропатологів, психіатрів та інших медичних спеціалістів; розпочати викладання наскрізних або окремих курсів «Паліативна та хоспісна медицина» для студентів ВМНЗ I–IV рівнів акредитації, що потребує розробки та затвердження типових навчальних програм, удосконалення і розробки сучасного навчально-методичного забезпечення та професійної підготовки викладачів із питань ПХД. У січні 2015 р. вчена рада НМАПО імені П.Л. Шупика схвалила до видання навчальний посібник «Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги в практиці сімейного лікаря», який видано на початку 2017 р.

У 2013 р. співробітники Івано-Франківського національного медичного університету розробили «Типову наскрізну навчальну програму з питань паліативної та хоспісної допомоги» для додипломної підготовки студентів ВМНЗ IV рівня акредитації, на основі якої розроблено підручник «Паліативна та хоспісна допомога», який у травні 2015 р. затверджений до видання вченою радою НМАПО імені П.Л. Шупика і зараз готується до друку.

Для залучення кваліфікованих кадрів до надання ПХД, підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти, про що свідчить досвід багатьох країн світу, необхідно, щоб МОЗ України включило до номенклатури спеціальностей та посад лікарів спеціальність і посаду «Лікар паліативної медицини».

Науково-дослідна робота в галузі паліативної та хоспісної допомоги

Надзвичайно важливими заходами, які сприятимуть розвитку наукових досліджень у галузі ПХД, стали наукові конференції з актуальних питань ПХД, організаторами яких є ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», НМАПО імені П.Л. Шупика, Національна академія державного управління при Президентові України за сприяння Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, НАМН України, Національної академії педагогічних наук України, міжнародних громадських організацій, редакції журналу «Реабілітація і паліативна медицина» та міжнародних організацій.

Науково-педагогічними співробітниками НМАПО імені П.Л. Шупика протягом останніх 5 років проводиться наукова робота, спрямована на створення наукових засад надання сучасної медичної та медико-соціальної ПХД населенню. На кафедрі паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика виконується затверджена МОЗ України планова бюджетна НДР «Медико-юридичний аналіз та розробка пропозицій щодо вдосконалення нормативно-правової бази застосування лікарських засобів у паліативній та хоспісній медицині» (термін виконання – 2015–2017 рр.).

З 2015 р. у структурі Державного експертного центру МОЗ України працює консультативно-експертна група «Лікарські засоби в паліативній та хоспісній медицині».

Таким чином, аналіз ситуації щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги дорослому населенню в Україні виявив такі проблеми:

Відсутність в Україні доступної та ефективної системи надання паліативної і хоспісної допомоги та догляду за інкурабельними хворими.

Недостатнє забезпечення центрами ПХД, хоспісами та іншими стаціонарними ЗОЗ ПХД зумовлюють потребу та необхідність розвитку служб/мультидисциплінарних виїзних бригад надання ПХД удома. Це має вирішити проблему доступності спеціалізованої ПХД

для населення, як у містах, так і в сільській місцевості, передусім забезпечення адекватного знеболення та ефективного контролю тяжких симптомів розладів органів і систем організму паліативних пацієнтів, з якими сімейні лікарі неспроможні упоратись самотужки.

Для забезпечення доступності та ефективності ПХД необхідно залучати до надання ПХД в амбулаторних умовах і вдома сімейних лікарів та медичних працівників ПМСД, а також працівників територіальних центрів соціального обслуговування населення, що визначено відповідними нормативно-правовими актами. ВООЗ рекомендує переорієнтувати сучасні системи ПХД на «позалікарняні форми обслуговування, які не тільки не поступаються традиційному стаціонарному лікуванню, а й є економічно вигіднішими». Головною умовою впровадження цього підходу є професійна до- і післядипломна підготовка медичних і соціальних працівників.

Матеріально-технічне забезпечення і рівень більшості діючих ЗОЗ ПХД не відповідає міжнародним стандартам, а ефективність надання ПХД та умови перебування хворих у цих закладах не завжди задовільні. Це зумовлено, зокрема:

- неналежним бюджетним фінансуванням й відсутністю традицій меценатства і благодійництва в нашому суспільстві, через що заклади ПХД не отримують достатнього фінансування й тримаються лише за рахунок самовіддачі, відданості, жертвої праці та ентузіазму медичного персоналу;

- нераціональним розподілом коштів у більшості закладів ПХД, де 70–80% фінансування витрачається на утримання закладу і тільки 20–30% – на лікування і потреби пацієнтів;

- обмеженим асортиментом лікарських засобів і товарів медичного призначення для догляду і недоступністю цих засобів для більшості паліативних пацієнтів та їхніх сімей;

- дефіцитом медичних кадрів, які пройшли спеціальну підготовку з ПХД, та вкрай недостатнім рівнем матеріальної і моральної мотивації;

- недосконалістю нормативно-правової бази ПХД;

- відсутністю достовірної та доступної інформації для населення щодо одержання ПХД наприкінці життя тощо.

Особливості розвитку паліативної допомоги дітям в Україні

Паліативна допомога дітям суттєво відрізняється від такої в дорослих, що пояснюється незначним відсотком дітей у структурі загальної смертності, різницею в структурі смертності, повною залежністю від оточення, сім'ї, іншими духовними потребами дитини, потребою розвиватися тощо. Це зумовило суттєво пізніший за часом розвиток ПХД дітям у різних країнах світу.

ВООЗ ще у 1998 р. у своїх директивах щодо паліативного догляду дітей визначила: «Паліативний догляд за дітьми включає в себе активну турботу щодо фізичних, психічних і духовних потреб дітей, починаючи з моменту встановлення діагнозу, а також підтримку сім'ї. Люди, що забезпечують догляд, повинні розпізнавати і зменшувати фізичні та психосоціальні страждання дитини. Ефективний паліативний догляд потребує мультидисциплінарного підходу, який включає в себе членів сім'ї пацієнта і використовує наявні можливості підтримки на регіональному рівні».

Країни світу, які мають досвід організації паліативної допомоги дітям, зазначають недоцільність створення дитячого хоспісу як аналога хоспісу для дорослого населення. Щодо

дітей більш прийнятним є створення паліативної служби, що враховує психологічні потреби батьків і персоналу з огляду на значно триваліший період організації паліативного догляду для дітей та його етапність.

Сьогодні Україна має поки що незначний досвід роботи з питань організації паліативної допомоги дітям – паліативну допомогу в Україні дітям надають невеликі осередки громадських організацій, які діють спільно з онкологічними відділеннями дитячих лікарень тощо.

На даний час другий рік діє перший в Україні Центр паліативної допомоги дітям в Івано-Франківській області (м. Надвірна), реорганізований з колишнього будинку дитини департаменту охорони здоров'я ОДА. Центр був відремонтований шляхом залучення як комунальних коштів, так і коштів громадськості, які збиралися під створення закладу паліативної допомоги дітям. Крім цього, в м. Київ видано наказ Департаменту охорони здоров'я КМДА від 10.09.2013 № 501 «Про створення відділення паліативної та хоспісної допомоги дитячому населенню м. Києва». У травні 2017 р. на базі центру відкрито виїзну бригаду паліативної допомоги дітям. Розпочали свою роботу і виїзні мобільні бригади паліативної допомоги дітям при обласній дитячій лікарні м. Вінниця, де з 2016 р. працює гаряча лінія з питань дитячого паліативу.

Така бригада запрацювала у 2017 р. у Чернігівській області на базі міської дитячої поліклініки. Суттєва робота проведена Львівським обласним департаментом охорони здоров'я, де із залученням благодійних коштів у квітні 2017 р. створений «Мобільний хоспіс для дітей» при Західноукраїнському спеціалізованому дитячому медичному центрі. Цей хоспіс надає допомогу за місцем проживання або перебування пацієнта, консультує медичних працівників та рідних дітей з питань паліативної допомоги, надає інформаційну підтримку соціальним працівникам та волонтерам. Важливим здобутком є те, що ця структура опікується 18 пацієнтами з трахеостомами, життєдіяльність 7 з них підтримується апаратами ШВЛ. Кожний з цих підрозділів діє за власною розробленою структурою і нормативами.

Тому нагальною є необхідність розробки нормативних документів і створення центрів паліативної допомоги дітям в Україні на основі досвіду інших країн, де цій проблемі традиційно приділяється значна увага.

В Україні на даний час надзвичайно недосконала система паліативного догляду за дітьми: допомога надається в лікувальних закладах за профілем захворювання дитини медичним персоналом, який зазвичай не має достатніх навичок і умов для надання саме такої допомоги. При цьому чинні нормативні документи стаціонарів взагалі не передбачають надання такої довготривалої допомоги, що змушує виписувати таких пацієнтів у домашні умови, зовсім не пристосовані для забезпечення життєдіяльності хворої дитини. Амбулаторна допомога надається сьогодні ЛЗП/СЛ чи, в окремих випадках, лікарем-педіатром дільничним, які не мають достатньої спеціальної підготовки для консультування як хворого, так і, головне, сім'ї, що забезпечує догляд. У невідкладних випадках бригада ШМД надає певну підтримку, але завдання паліативної допомоги вона виконувати не може. Значну частину паліативної допомоги сьогодні надають дитячі будинки-інтернати системи соціального захисту, де є певна частина дітей, які не мають батьківської опіки або передані батьками на догляд державі. Проте слід зазначити, що в цих закладах абсолютно недостатньо

як медичного персоналу взагалі, так і підготовленого для надання паліативної допомоги дітям зокрема.

У День захисту дітей МОЗ України разом з Уповноваженим Президента України з прав дитини та Всеукраїнською Радою Церков підписали «Хартію прав дитини, яка помирає».

Якою б незручною чи табуйованою не була тема паліативу, суспільство не може робити вигляд, що її не існує. Ця хартія визнає, що паліативні діти є і вони потребують допомоги.

МОЗ працює над програмою паліативних заходів для дітей та дорослих. Паліативна допомога включена в гарантований пакет безоплатних послуг у наших законах щодо реформ, які зараз знаходяться на розгляді у Верховній Раді. Прийняття законопроектів закріпить на законодавчому рівні право на паліативну допомогу кожного.

Розвиток паліативу внесено також до національного плану заходів щодо Конвенції ООН про права дитини. Разом із громадськістю розроблено зміни до базового наказу МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні». Вже готові проекти протоколів лікування болю. До минулого року не було доступу до дитячого знеболювального – зараз МОЗ закуповує знеболювальні для дітей паліативної групи.

У 2012 р. ВООЗ прийняла «Керівництво з фармакологічного лікування хронічного больового синдрому в дітей при соматичних захворюваннях», в якому розглядається і питання паліативної медичної допомоги дітям. Проте паліативний догляд за дітьми включає в себе активну турботу не тільки про фізичні, але й психічні і духовні потреби дітей, починаючи з моменту встановлення діагнозу, та підтримку сім'ї. Люди, залучені до догляду, повинні розпізнавати і зменшувати фізичні та психосоціальні страждання дитини. Ефективний паліативний догляд потребує мультидисциплінарного підходу, який включає членів сім'ї пацієнта і використовує наявні можливості підтримки на рівні громади.

Послуги з надання паліативної допомоги дітям мають включати:

- 1) медичну допомогу фахівців дитячої паліативної допомоги та ЛЗП/СЛ за територіальним принципом;
- 2) цілодобовий сестринський догляд кваліфікованими сестрами за допомогою фахівців у разі потреби;
- 3) соціальну підтримку всієї родини паліативного пацієнта;
- 4) заняття, такі як музична терапія, арт-терапія, додаткові види занять;
- 5) відпочинок для сім'ї при догляді за хворою дитиною спеціально підготовленими кадрами;
- 6) освіту, ігрову діяльність та організацію дозвілля;
- 7) емоційну підтримку під час хвороби і в період жалоби в необхідному обсязі та спектрі послуг.

Паліативний догляд починається в ході обговорення діагнозу, при якому батьків і дітей (у відповідній їхньому віку формі) інформують про захворювання, його перебіг і прогноз. Центральним завданням паліативної допомоги дітям є якомога ефективніше лікування хвороби і відновлення/поліпшення фізичного стану. Це є передумовою для того, щоб діти та підлітки могли висловлювати і задовольняти важливі психологічні, соціальні і духовні потреби.

Паліативна допомога завжди залучає соціальне оточення пацієнта в процес супроводу. Чуйне ставлення до потреб батьків, а також братів і сестер, може допомогти уникнути розривів, тяжкої скорботи і психосоматичних захворювань. У дітей особливе значення має

більш тривалий порівняно з дорослими перебіг захворювання, що потребує розбудови системи не лише стаціонарного паліативного догляду, але й значною мірою амбулаторної, виїзної допомоги спеціалізованими бригадами паліативного догляду.

Досвід таких країн, як Велика Британія та Німеччина, визнаних в Європі кращими щодо розвитку паліативної допомоги взагалі, свідчить, що важко хворі діти та їхні близькі бажають, по можливості, отримувати догляд та супровід вдома. У зв'язку з цим особливу увагу потрібно звернути на розвиток дитячого амбулаторного паліативного догляду, який включає в подальшому і хоспісну допомогу. Для стаціонарних дитячих центрів паліативної допомоги важливим є подальше вивчення потреби, враховуючи їх відмінність за видами захворювань у маленьких пацієнтів від контингенту хоспісів для дорослих.

На сьогодні відсутні чіткі розрахунки такої потреби, проте, якщо взяти досвід Баварії, де побудована стала система паліативної допомоги дітям і навіть наявний окремий хоспіс для дітей, то вони зазначають цифру 0,1% від кількості дитячого населення. Так, у Баварії на один стаціонар паліативної допомоги (паліативна станція) розраховується шість мультидисциплінарних бригад виїзної паліативної допомоги. Але слід зазначити, що країна має 140 хоспісів для дорослих, які також можуть надавати відповідну допомогу дітям та їхнім родинам. У Великій Британії, яка має найбільший досвід створення системи паліативної допомоги дітям, потребу в паліативній допомозі мають близько 0,16% дитячого населення. Таким чином, беручи до уваги ці дані, в Україні близько 8 тис. дітей потребують паліативної допомоги.

У Російській Федерації ця потреба визначається як 30 на 10 тис. дітей. Під час засідання секції з педіатричної паліативної допомоги II Національного конгресу паліативної допомоги у м. Київ 01 жовтня 2015 р. фахівці зазначили, що сьогодні потребують паліативної допомоги в Україні від 8 до 16 тис. дітей, включаючи і немовлят, або близько 20 на 10 тис. дітей.

У Російській Федерації також розроблений такий норматив для паліативної допомоги: лікар-педіатр у міській місцевості – 1 на 50 тис. дитячого населення, у сільській – 1 на 20 тис. дитячого населення, крім цього, передбачається організувати близько 800 виїзних служб, що надають паліативну підтримку вдома. При цьому навантаження на одного лікаря-педіатра передбачається – 105 дітей-користувачів паліативної виїзної бригади.

Згідно з «Інструкцією з розвитку служби паліативної допомоги дітям», що підготовлена у Великій Британії за редакцією М. Джонсона, паліативна допомога дітям відрізняється від паліативної допомоги дорослим за кількома показниками:

- кількість вмираючих дітей невелика порівняно з дорослими;
- багато станів є надзвичайно рідкісними при захворюваннях, характерних для дитячого періоду, хоча дитина може дожити до раннього дорослого віку (до 19 років і старше);
- період часу, протягом якого триває дитяче захворювання, відрізняється від перебігу хвороби дорослої людини; паліативна допомога може тривати всього кілька днів або місяців, або, навпаки, розтягуватися на багато років;
- багато захворювань мають сімейний характер – у сім'ї може бути більше, ніж одна дитина, що страждає від певного захворювання;
- допомога охоплює всю сім'ю;

- усі члени сім'ї можуть страждати, тому що вони стоять перед необхідністю змінити власне життя через хвору дитину;
- батьки, а також брати і сестри є особливо уразливими, батьки несуть тяжкий особистий тягар із догляду за хворою дитиною;
- характерною рисою дитинства є постійний фізичний, емоційний та інтелектуальний розвиток;
- особи, які здійснюють паліативну допомогу дітям, мають усвідомлювати і відповідним чином реагувати на постійно змінний рівень комунікації хворої дитини та усвідомлення нею своєї хвороби, лікування та прогнозу перебігу захворювання;
- діти, що переживають стани, які обмежують їхнє життя або загрожують їхньому життю, проходять через безліч перехідних періодів протягом їхнього життя;
- дуже важливо забезпечити можливість освіти та ігор для хворої дитини;
- отримання дитиною освіти – її законне право, що вводить додатковий вимір і підвищує складність надання паліативної допомоги.

Слід зазначити, що досвід діяльності паліативних центрів у США вказує на повільне зростання кількості звернень по паліативну допомогу протягом трьох років, коли у 2–4 рази зростає кількість звернень по допомогу і змінюється структура звернень, коли звертається удвічі більше неонкологічних пацієнтів. Слід урахувати, що паліативна допомога дітям – особливий вид медико-соціальної допомоги, який може бути затребуваний, лише поступово завойовуючи авторитет у батьків дітей, що отримують паліативну допомогу в конкретному центрі чи відділенні.

Досвід країн, що розбудовують паліативну допомогу дітям, вказує на те, що особливістю паліативної допомоги є різноманітність можливих організаційних моделей, які можуть бути розділені на:

- 1) універсальні (центри первинної медико-санітарної допомоги, поліклініка, швидка допомога, лікарні загального профілю, фахівцям яких достатньо мати базові знання з питань паліативної допомоги);
- 2) основні (центри/відділення, ліжка дитячої паліативної допомоги, програми паліативної допомоги вдома, респіси, програми горювання);
- 3) спеціалізовані відділення, лікарні за профілем патології.

Таким чином, комплексна система паліативної допомоги дітям передбачає, по-перше, наявність служб, доступних усім дітям, що її потребують, незалежно від місця їх перебування (вдома, стаціонар загального профілю, спеціалізований стаціонар) і, по-друге, чітку координацію діяльності цих служб.

Фахівці з паліативної допомоги в Російській Федерації визначили з власного досвіду спектр хвороб, що потребують паліативної допомоги і призводять до смерті в дитячому та підлітковому віці: ЗН – 8%, інша патологія – 92%, з якої важкі вроджені вади розвитку – 44%, неонатальні стани – 30%, хвороби нервової системи – 12% та ін.

Досвід Великої Британії, Німеччини, Польщі, Росії, Білорусі свідчить про важливість в організації паліативної допомоги дітям створення і функціонування мультидисциплінарної бригади спеціалістів, підготовлених для надання такої допомоги. Планова робота з паліативним пацієнтом і його сім'єю може успішно проводитись такою бригадою без залучення додатково профільних спеціалістів, наприклад, онкологів при онкопатології чи генетиків при спадковій і вродженій патології тощо.

Моделі паліативної допомоги дітям відрізняються залежно від наявних ресурсів у країнах.

Стаціонарні моделі (наприклад, дитячі хоспіси, як у Баварії) частіше використовуються в розвинених країнах, бо вони є високовартісними. У країнах з обмеженими ресурсами поширені більш дешеві, але досить ефективні моделі, наприклад, паліативна допомога вдома. Таку допомогу обирають понад 90% сімей, що мають невиліковну дитину. Для дітей домашні умови є максимально комфортними і переважними для організації супроводу.

Таким чином, паліативна допомога дітям може бути організована вдома та у стаціонарі. Сьогодні виділяють такі рівні надання паліативної допомоги дітям:

- вдома – надання допомоги вдома, у т.ч. за участю мобільних (виїзних) мультидисциплінарних бригад паліативної допомоги;
- амбулаторний – в умовах кабінетів паліативної допомоги, які в Україні відсутні;
- денний стаціонар – в умовах, що передбачають медичне спостереження та лікування в денний час, не потребують цілодобового медичного спостереження та лікування;
- стаціонарний – в умовах, що забезпечують цілодобове медичне спостереження та лікування на базі центрів, відділень, ліжок паліативної допомоги багатопрофільних дитячих лікарень, хоспісів та окремих центрів паліативної допомоги дітям або, у крайньому випадку, ліжок у центрах для дорослих, респісах для перепочинку сім'ї.

В Україні існують одиничні виїзні бригади паліативної допомоги для дітей у Києві, Харкові, Луцьку, Рівному, частина з яких створена за рахунок грантів міжнародної технічної допомоги, деякі ще не працюють на постійній основі. Створюються дитячі виїзні бригади у Києві та Одесі. На жаль, відсутність єдиної нормативної бази їх діяльності, стихійність створення, залежність від стороннього фінансування вимагають термінового державного врегулювання цих питань, щоб максимально використати наявний досвід їх діяльності.

Надважливо при створенні служби паліативної допомоги дітям дотриматись головного пацієнт-сім'я-орієнтованого підходу для організації допомоги та забезпечити мультипрофесійний міждисциплінарний підхід з обов'язковим залученням членів сім'ї пацієнта, самої дитини та їхнього духовного супроводу.

Враховуючи адміністративно-територіальний устрій нашої країни, особливості фінансування, відсутність потужних фондів і громадських організацій, які сьогодні готові взяти на себе співфінансування цих центрів і повноцінну волонтерську допомогу, кожна область повинна мати власний центр у комунальній власності з мінімум однією спеціалізованою бригадою амбулаторної паліативної допомоги для формування системи паліативної допомоги дітям із перспективою її розвитку.

Надважливою структурою є відділення амбулаторного догляду з цілодобовими виїзними спеціалізованими бригадами паліативної допомоги. При центрі бажано мати умови для проведення навчання персоналу в регіоні. Дитячі центри паліативного догляду можуть взяти на себе важливі завдання у сфері спеціалізованого навчання та розвитку системи стандартів у цій галузі.

Персонал стаціонару на 6–9 ліжок може складатися з двох-трьох посад лікарів-педіатрів (можливо, вузьких спеціалістів – анестезіолога, невролога, психолога тощо), один з яких є керівником центру паліативної допомоги дітям – завідувачем відділення паліативної

допомоги стаціонару; середній медичний персонал – одна посада на ліжко, молодший медичний персонал – три посади на стаціонар.

З урахуванням цілодобового режиму роботи пропозиції до штату бригади спеціалізованої амбулаторної паліативної допомоги такі: три посади лікарів-педіатрів (керівник і заступник, а також один висококваліфікований лікар); три посади для середнього медичного персоналу з навичками догляду; одна посада для координатора (наприклад, соціальний працівник/соціальний педагог або досвідчена медсестра зі знаннями в області менеджменту) для координації наявних на місцях пропозицій у сфері надання допомоги, а також інститутів, задіяних у супроводі сімей пацієнтів. Усі ці співробітники повинні мати відповідну кваліфікацію – додаткову освіту у сфері паліативної медицини/паліативного догляду.

До важливих завдань входить також інформування та консультування щодо соціально-правових можливостей отримання фінансової підтримки, допомоги при заповненні клопотань, консультування клінік і лікуючих лікарів, а також контакти з психосоціальними і консультаційними центрами і соціальними установами на місцях.

Крім цього, необхідні посада адміністратора (помічник лікаря/секретар) для ведення документації та координації роботи бригади.

Бажано також задіяти психолога та соціального працівника в рамках догляду – або як співробітника бригади, або, за необхідності, для того, щоб забезпечити комплексний догляд за вмираючими дітьми та підлітками, а також їхніми сім'ями. Він повинен мати додаткову освіту у сфері паліативного догляду, а також знання в галузі психології розвитку, діагностики та втручання у кризових ситуаціях і посттравматичних реакціях у дітей і дорослих.

Паліативна допомога дітям, як і дорослим, повинна бути потужно інтегрована в первинну медико-санітарну допомогу, що потребує суттєвого посилення навчальних програм і проектів щодо особливостей паліативного супроводу дітей. Крім цього, паліативна допомога повинна стати невід'ємною складовою єдиного проекту Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності), яка сьогодні обговорюється педіатричною громадськістю, у т.ч. на семінарах.

У багатьох країнах існує також рамкова політика щодо паліативної допомоги, яка визначає основи діяльності держави в цьому напрямку, – що для України було б дуже важливим кроком на шляху євроінтеграції.

Таким чином, аналіз ситуації щодо розвитку паліативної допомоги дітям в країні виявив нагальну необхідність у:

- прийнятті проекту Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності), яка сьогодні обговорюється педіатричною громадськістю;
- вивченні потреби в паліативній допомозі дітям у країні, створенні мережі реєстрів (реєстрів) дітей, які потребують паліативного догляду;
- внесення змін до клінічних протоколів різних педіатричних спеціальностей у частині паліативної допомоги;
- розробці та прийнятті відомчих нормативних актів, що затверджують порядок надання паліативної допомоги дітям, положення про паліативний центр/відділення паліативної допомоги дітям на мультидисциплінарній основі;

– розробці положення про мультидисциплінарну виїзну мобільну бригаду паліативної допомоги; розробці нормативів забезпечення паліативною допомогою дітей не тільки ліжком, але й нормативів щодо кількості виїзних бригад; передбачивши їх фінансування;

– здійсненні заходів щодо реєстрації, виробництва на території України дитячих форм лікарських засобів для знеболення в дітей (починаючи з періоду новонародженості);

– реформуванні існуючих будинків дитини та дитячих інтернатів системи Мінсоцполітики для дітей з інвалідністю в напрямку впровадження паліативної підтримки для певних груп дітей-сиріт та позбавлених батьківського піклування, мінімізації тривалої їх госпіталізації в лікарні і реалізації права на навчання, повноцінний розвиток, життя без душевних і фізичних страждань;

– створенні модельного Центру паліативної допомоги дітям у м. Київ для подальшого поширення досвіду на територію України;

– підтримці існуючих відділень паліативної допомоги дітям та створення нових у кожній області;

– залученні громадськості, фондів, проектів міжнародної технічної допомоги до розбудови системи паліативної допомоги дітям.

Висновки

1. Медико-соціальний аналіз розвитку системи надання ПХД населенню в Україні свідчить, що незадовільний стан розвитку системи ПХД значною мірою спричинений низкою як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників. Це, зокрема: недостатня забезпеченість населення спеціалізованими стаціонарними закладами та виїзними бригадами ПХД; недостатнє кадрове забезпечення закладів ПХД; відсутність у медичних працівників належної мотивації до надання ПХД; необхідність удосконалення нормативно-правової бази, що регулює надання ПХД населенню; незадовільна міждисциплінарна співпраця медичних працівників при наданні ПХД як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах та вдома.

2. В Україні поки що не створена ефективна та доступна система надання ПХД населенню. Соціальна служба та служба для сім'ї та молоді беруть недостатню участь у наданні ПХД вдома.

3. В Україні існує нагальна потреба у створенні центрів паліативної допомоги дітям у кожній адміністративній території з орієнтовного розрахунку 20 на 10 тис. дітей (з огляду наявності від 8 до 16 тис. дітей, які мають тяжкі інкурабельні захворювання).

4. Гостра потреба населення у ПХД вимагає створення і розвитку доступної системи ПХД, заснованої на міжсекторальних і мультидисциплінарних підходах, що потребує координації роботи закладів, підпорядкованих різним міністерствам і відомствам, залучення до надання ПХД медичних працівників закладів ПМСД. Це ставить перед системою охорони здоров'я України в умовах реформування галузі нові наукові, організаційні та фінансові проблеми щодо розвитку ефективної та доступної системи ПХД.

5. Сучасна європейська модель ПХД являє собою високоспеціалізовану та наукоємну галузь медицини та охорони здоров'я, що потребує високотехнологічного обладнання та сучасних ефективних лікарських засобів, спеціальної підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів, і, безумовно, відповідного фінансового забезпечення і підтримки Уряду України та всього суспільства.

6. Центр паліативної допомоги дітям спеціалізується на лікуванні, догляді та супроводі паліативних пацієнтів, яким необхідне лікарняне лікування в спеціалізованому відділенні та постійний амбулаторний (вдома) супровід протягом усього життя від встановлення захворювання, що може швидко призвести до загибелі дитини в терміни від місяця до іноді можливого досягнення дорослого віку, що відрізняє особливості паліативної допомоги дітям.

7. У центрі паліативної допомоги дітям повинні надаватись мультидисциплінарні послуги та залучатися фахівці різного профілю зі спеціальною освітою – це команда, куди входять лікарі-педіатри (ЛЗП/СЛ), консультанти – лікарі-анестезіологи дитячі, лікарі-неврологи дитячі, психіатри, онкологи тощо, соціальні працівники/соціальні педагоги, представники духовенства, психологи. Робота центру потребує суттєвої підтримки волонтерів, які мають отримати спеціальну підготовку для роботи з паліативними пацієнтами. Волонтерська допомога очікується як від медичних, так і від немедичних спеціалістів.

8. Створення центрів паліативної допомоги дітям потребує регламентації МОЗ України. Для забезпечення цієї діяльності надзвичайно важливо вирішити питання фінансування, у т.ч. із залученням благодійних коштів, виділення державою ресурсу у вигляді приміщень, обладнання в лікарнях, автотранспорту, кадрового потенціалу та створення умов для функціонування таких центрів.

4.7. Стан функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги

Станом на 31.12.2016 р. в Україні функціонувало 25 територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – ТЦ ЕМД та МК). Крім цього до закладів системи екстреної медичної допомоги та їх підрозділів, що функціонують на цей час, відносять:

Станції екстреної медичної допомоги – 108 (на 01.01.2016 р. – 106);

Пункти постійного базування бригад ЕМД – 830 (на 01.01.2016 р. – 781);

Пункти тимчасового базування бригад ЕМД – 218 (на 01.01.2016 р. – 188);

Підстанції (відділення) ЕМД – 454 (на 01.01.2016 р. – 472).

Досвід впровадження вимог ст. 8 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» свідчить про те, що одним із головних завдань системи екстреної медичної допомоги є створення оперативно – диспетчерської служби (ОДС) ТЦ ЕМД та МК. Створені та функціонуючі ОДС яскраво демонструють і переконливо доказують їх переваги, як в організації роботи диспетчерів, так і в організації чіткої взаємодії всіх складових ЕМД та медицини катастроф в єдиній державній системі цивільного захисту.

Станом на 31.12.2016 р. ОДС створені та функціонують у таких територіальних центрах: Вінницькому, Дніпропетровському, Закарпатському, Полтавському, Сумському, Харківському, Херсонському та м. Києві. Налагоджується відповідна робота в Хмельницькому центрі ЕМД та МК.

Із 25 ОДС центрів проведено ремонтні роботи в 19 регіонах України, поряд з цим в Житомирському, Кіровоградському, Луганському, Одеському, Черкаському ТЦ ЕМД та МК ці роботи з тих чи інших причин не проведені.

Водночас в Луганському та Одеському ТЦ ЕМД та МК навіть відсутні приміщення для ОДС.

Протягом 2017 року планується відкриття ОДС у центрах ЕМД та МК у Волинській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Миколаївській, Київській, Львівській, Тернопільській областях.

Екстрену медичну допомогу в Україні надають 2 тис. 945 бригад (в 2015 році – 2 920 бригад (+25) з них: *лікарських загально профільних* – 997, що становить 34%, (в 2015 році – 991 (34%), *фельдшерських* – 1812, що становить 61%, (в 2015 році – 1790 (61%), *спеціалізованих* – 136, що становить 5%, (в 2015 році – 139 (4,8%) (за нормативом передбачено 4 тис. 250 бригад екстреної медичної допомоги (ЕМД) із розрахунку 1 бригада екстреної медичної допомоги на 10 тис. населення).

Повноцінну діяльність системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у 2016 році в Україні забезпечували – 3118 одиниць спеціалізованого санітарного транспорту (у 2015 – 3 259), з них: типу «В» – 2895 (80% від нормативу), (у 2015 – 3034 (93% від нормативу), типу «С» – 223 (28,4% від нормативу), (у 2015 – 225 (31,5% від нормативу).

Спеціалізований санітарний транспорт за терміном експлуатації розподіляється таким чином: до 5 років – 56% (2015р. – 54%), від 5 –10 років – 19% (2015р. – 22%), понад 10 років – 23% (2015р. – 24,5%).

Укомплектованість бригад екстреної медичної допомоги виробами медичного призначення, медичною апаратурою та медикаментозними засобами в середньому складає: ЕКГ – 100% (2015 р. – 100%), дефібриляторами – 81,7% (2015 р. – 81,2%), комплектами дихальної апаратури – 82,4% (2015 р. – 86,7%), відсмоктувачами – 79,2% (2015 р. – 78%), інтубаційними наборами – 48,5% (2015 р. – 50,4%), комплектами вакуумних шин – 88,4% (2015 р. – 88%).

Очевидно, що забезпеченість дефібриляторами, комплектами дихальної апаратури, відсмоктувачами, інтубаційними наборами, комплектами вакуумних шин потребує суттєвого поліпшення та поновлення.

Кількість посад системи екстреної допомоги за штатним розписом складає 52 102 (у 2015 р. – 52 368,5), з них:

- лікарів – 7 868,75 (15%), (2015 р. – 7960,5 (15,2%);
- молодших спеціалістів з медичною освітою – 18 759,75 (42%), (2015 р. – 18 751,25 (42%);
- інший персонал – 16 458,75 (32%), (2015 р. – 16 481 (31%);
- молодший медичний персонал – 58 52 (11%), (2015 р. – 5993,25 (11,8%).

Укомплектованість лікарським, молодшим та іншим персоналом системи екстреної медичної допомоги в 2016 році складала – 88,8% (в 2015 р. – 87,6%), з них:

- лікарі – 77%, (2015 р. – 74%);
- молодші спеціалісти з медичною освітою – 92%, (2015 р. – 91%);
- молодший медичний персонал – 89%, (2015 р. – 88,5%);
- інший персонал – 91%, (2015 р. – 89,5%).

За стажем роботи особовий склад системи ЕМД та МК розподіляється таким чином: Зі стажем роботи до 3 років всього 5 672 особи – 13% (в 2015р. – 15%), в тому числі:

- лікарів – 17,2% (в 2015р. – 15,1%);
- молодших спеціалістів з медичною освітою – 15,1% (в 2015р. – 16,3%) від загальної кількості працівників;
- осіб пенсійного віку всього 7 016 осіб – 16,6% (в 2015р. – 16,5%), в тому числі лікарів – 29% (в 2015р. – 28,8%).

Серед працівників закладів системи ЕМД та МК мають кваліфікаційні категорії 17 271 особа – 72,4% (в 2015р. – 17 343 (73,5%)), з них:

- вищу категорію – 49% (в 2015р. – 49,2%);
- I категорію – 13,3% (в 2015р. – 14,3%);
- II категорію – 10% (в 2015р. – 10%).

За результатами атестування 3 468 (70,6%) лікарів мають кваліфікаційні категорії (в 2015 р. – 3 505 (73,5%) від загальної кількості лікарів), з них:

- вищу категорію – 44,3% (в 2015р. – 44,9%);
- I категорію – 17,9% (в 2015р. – 19,8%);
- II категорію – 8,4% (в 2015р. – 8,7%).

13 803 (72,9%) молодших спеціалістів з медичною освітою – (в 2015 р. – 13 838 (79,8%) від загальної кількості молодших спеціалістів з медичною освітою) мають кваліфікаційні категорії, з них:

- вищу категорію – 50,2% (в 2015р. – 50,3%);
- I категорію – 12,2% (в 2015р. – 13%);
- II категорію – 10,5% (в 2015р. – 10,4%).

Кількість звернень за екстреною медичною допомогою в 2016 році склала – 10 091 801 (в 2015 р. – 9 579 168), з них:

- 554 072 (5,5%) – відмовлених необґрунтованих викликів (в 2015 році – 439 413 (4,6%);
- 554 312 (5,5%) – кількість осіб, яким надана допомога при амбулаторних зверненнях (в 2015 році – 607 562 (6,3%).

Слід відмітити збільшення кількості виїздів на виклики у порівнянні з 2015 роком на 0,3% по раптовим захворюванням. По нещасним випадкам цей показник збільшився на 0,1%.

Водночас звертає на себе увагу деяке збільшення у порівнянні з 2015 роком (на 0,4%) кількості неекстрених виїздів – до хронічних хворих, виїздів на непрофільні виклики, перевезень пацієнтів, породіль до лікувальних закладів і травмпунктів, безрезультатних виїздів, що в сумі складають – 13,6% (в 2015 році – 13,2%) від загальної кількості виїздів.

У 2016 р. кількість виїздів бригад екстреної медичної допомоги на випадки, що закінчились летально, становила 136 192 – 1,5% (в 2015р. – 132 178 (1,5%) від загальної кількості викликів). При цьому кількість випадків смертей до приїзду бригади ЕМД становила 128 110 (94%) (в 2015р. – 124 288 (94%)

Відповідно до нормативу, що визначено Постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» відсоток виїздів бригад за часом склав:

- до 10 хвилин з моменту звернення – 91,6% (2015 році – 93,3%);
- до 20 хвилин – 88,8% (2015 році – 87,8%).

За причинами виїзди розподілились: перше місце займають виїзди на раптові захворювання та стани – 76,3% (в 2015 році – 76,6%), друге місце – нещасні випадки, травми та отруєння – 8,2% (в 2015 році – 8,1%), третє місце – перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів та травмпунктів – 4% (в 2015 році – 4,2%).

На кінець 2016 року в Луганській області (на території підконтрольній Україні) не сформовано єдину систему ЕМД, як того вимагає законодавство України. Є чотири заклади ЕМД. Кожен заклад є юридичною особою і працює відокремлено а саме:

Луганська міська станція швидкої медичної допомоги;

Лисичанська комунальна лікувально – профілактична установа станція швидкої медичної допомоги;

Станція швидкої медичної допомоги м. Рубіжне;

КЗ «Луганський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».

Станції підпорядковані Центру лише в організаційно –методичному управлінні. До структури всіх станцій входять 18 підстанцій, 8 пунктів постійного базування, 1 пункт тимчасового базування бригад Е(Ш)МД.

Загальна кількість бригад 63,5 (лікарських – 13,0, фельдшерських – 50,5), а у 2015 році 62,5 (лікарських – 13,0, фельдшерських – 49,5).

На станціях відсутні автоматизовані системи управління, засоби зв'язку (телефонізація), радіозв'язок.

Зв'язок з бригадами здійснюється за рахунок власних мобільних телефонів працівників. На станціях відсутнє програмне забезпечення для збереження та аналізу даних про виклики, інформація зберігається виключно на паперових носіях. Оперативний пошук та аналіз не можливі. Є нагальна потреба у створенні єдиної оперативно –диспетчерської служби (ОДС), оснащеної сучасними технологіями і засобами зв'язку.

В області створено Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф як самостійний комунальний заклад охорони здоров'я – юридична особа, який зареєстровано в Єдиному державному реєстрі.

На теперішній час в усіх адміністративно – територіальних одиницях області, які підконтрольні Україні, визначено розташування 7 станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги – відокремлених структурних підрозділів КЛПУ «ОЦЕМД та МК», 25 підстанцій та 49 пунктів базування бригад екстреної медичної допомоги.

Служба екстреної медичної допомоги регіону в повному обсязі забезпечена лікарськими засобами, витратними матеріалами та предметами медичного призначення.

Для забезпечення виконання станціями КЛПУ «ОЦЕМД та МК» покладених завдань цілодобово працюють 179 бригад. Бригади забезпечені 204 сертифікованими спеціалізованими транспортними засобами і 176 – не сертифікованими. Згідно Держспоживстандарту (ДСТУ 7032:2009) забезпеченість сертифікованими автомобілями складає 1,0 автомобіль на 10 тис. населення, або 100%. Бригади забезпечені необхідним медичним обладнанням, яке відповідає Держспоживстандарту ДСТУ 7032:2009 та мобільним зв'язком на 100%.

Також до Центру входить відділ виїзної консультативної спеціалізованої екстреної медичної допомоги.

Технічне забезпечення та обслуговування транспортних засобів Центру та Станцій здійснюється цілодобово та безперервно.

За 12 місяців 2016 року бригадами екстреної медичної допомоги виконано 429063 викликів.

На теперішній час оперативно – диспетчерська служба Центру представлена дрібними диспетчерськими пунктами. Деякі з них, окрім телефонного зв'язку, не обладнані ніякими сучасними телекомунікаційними та моніторинговими засобами. Такий стан цієї важливої складової служби екстреної медичної допомоги є морально застарілим і стримує її подальший розвиток та інтеграцію до єдиного медичного простору.

Прийом викликів від населення децентралізований. У зв'язку з військовою агресією на Сході України єдина диспетчерська по прийому і передачі викликів не була оснащена і введена в дію. Всього в службі працює 185 диспетчерів. Передача викликів бригадам здійснюється по мобільних телефонах. Ліцензій на використання рацій немає, тому що реформа служби екстреної медичної допомоги в Донецькій області не була закінчена (не вирішено питання з наданням частот для швидкої допомоги). Єдиної автоматизованої системи «Диспетчерська» на даний час немає, але планується ввести її в дію у 2017 році. У деяких диспетчерських є архіватори – реєстратори мови.

Науковий супровід розвитку ЕМД здійснює ДЗ «Український науково –практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», яким у 2016 році було організовано та проведено наступні заходи:

- три науково-практичні конференції за участю міжнародних спеціалістів (США) на тему: «Екстрена медична допомога постраждалим при надзвичайних ситуаціях з високим ступенем загрози» (Львівська область – м. Львів, Закарпатська область – м. Ужгород, Одеська – область м. Одеса);

- 16 виїзних науково-практичних семінарів для фахівців служби екстреної медичної допомоги на тему: «Екстрена медична допомога постраждалим при надзвичайних ситуаціях з високим ступенем загрози. Зміни в стандартах надання екстреної медичної допомоги від 2015 р.», (Луганська область - м. Северодонецьк, Донецька область - м. Краматорськ, м. Маріїнка, м. Маріуполь, м. Волноваха, Дніпропетровська область - м. Дніпро, Запорізька область - м. Запоріжжя, Сумська область - м. Суми, Харківська область - м. Харків, Полтавська область - м. Полтава, Чернівецька область - м. Чернівці, Хмельницька область - м. Хмельницький, Херсонська область - м. Херсон, Миколаївська область - м. Миколаїв, Одеська область - м. Одеса., Закарпатська область - м. Ужгород);

- проведено два чемпіонати бригад екстреної медичної допомоги з міжнародною участю: «Перший зимовий Всеукраїнський чемпіонат бригад екстреної медичної допомоги з міжнародною участю – Галицькі Медичні Ралі –2016», «Всеукраїнський чемпіонат бригад екстреної медичної допомоги – Слобожанські медичні ралі»;

- на базі відділення підготовки інструкторів з надання медичної допомоги у надзвичайних ситуаціях ДЗ «Український науково – практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» в 2016 року проведено 29 учбових циклів, на яких за напрямком визначеної тематики підготовлено: лікарів – 323, середніх медпрацівників – 555, інших (без медичної освіти) – 154. Всього – 1032, у тому числі: на виїзних циклах – 739; з них в Донецькій та Луганській областях – 275; інструкторів – 30;

– розроблено та видано навчально – методичні посібники «Мінна безпека та надання домедичної допомоги при мінно – вибуховій травмі» для школярів середніх класів, старшокласників та вчителів загальноосвітніх шкіл, а також проведено навчання школярів загальноосвітніх закладів за програмою «Мінна безпека та надання домедичної допомоги при мінно –вибуховій травмі» (Донецька область - м. Маріїнка, м. Волноваха, м. Маріуполь, м. Краматорськ).

Висновки

Незважаючи на наявність проблем в системі ЕМД, вирішення яких в переважній більшості потребує значних фінансових витрат бюджетних коштів, керівництвом профільних центральних органів виконавчої влади, обласних та м. Києва державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування спрямовуються зусилля на поступове формування дієвої системи ЕМД в Україні. Як приклад, в 2016 році Донецькою облдержадміністрацією закуплено 60 одиниць спеціалізованого санітарного транспорту.

Міністерство охорони здоров'я України, як центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, визначає пріоритетні напрями розвитку системи ЕМД, погоджує щорічні плани функціонування та розвитку ЕМД в кожному регіоні.

В 2016 році МОЗ України виконана значна робота в частині, що стосується організаційно-методичного та нормативно-правового забезпечення розвитку системи ЕМД, зокрема:

– видано наказ МОЗ України від 21.06.2016 № 612 «Про затвердження та впровадження медико – технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги», яким затверджені Уніфіковані клінічні протоколи екстреної медичної допомоги при високо небезпечних надзвичайних станах;

– розроблені кваліфікаційні вимоги до нових професій «Інструктор з надання домедичної допомоги», «Парамедик», «Екстрений медичний технік», які знаходяться на погодженні у Міністерстві соціальної політики України. Розробляються відповідні програми підготовки фахівців за цими спеціальностями з подальшим погодженням у Міністерстві освіти та науки України;

– видано «Адаптовану настанову «Тактична екстрена медична допомога».

5. ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

5.1. Основні результати наукової та інноваційної діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти МОЗ України

Основні результати виконання замовлення на проведення наукових досліджень і розробок за пріоритетними напрямками розвитку науки і техніки та їх практичне застосування у розрізі напрямів бюджетного фінансування

Інтеграція наукової та практичної діяльності у сфері охорони здоров'я забезпечують формування і реалізацію інноваційної державної політики щодо збереження та поліпшення здоров'я населення.

У 2016 р. Кабінет Міністрів України затвердив низку нормативно-правових актів із реформування системи охорони здоров'я, що дало можливість розпочати запровадження змін у медичній галузі.

Ухвалена Урядом Концепція реформи фінансування започатковує поступовий (до 2020 р.) перехід на нову модель фінансування галузі (національного солідарного медичного страхування), що охоплюватиме усе населення і є ключовим документом, який дає старт медичній реформі. Уряд спрощує акредитацію ЗОЗ.

Прискорення імплементації законів України «Про вищу освіту», «Про наукову і науково-технічну діяльність», внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, посилення автономізації ЗОЗ дозволять зорієнтувати систему освіти і науки на підготовку медичних, наукових і науково-педагогічних кадрів відповідно до міжнародних стандартів; наукові дослідження на ринкові запити та потреби медичної галузі, реалізацію довгострокових стратегій медичної реформи.

Вивчення прогностичних тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення, розробка та удосконалення новітніх медичних технологій діагностики, лікування та профілактики захворювань на принципах доказової медицини є важливою складовою формування та реалізації ефективних інноваційних механізмів у медичній галузі.

Галузева медична наука має достатній та вагомий потенціал. Тільки у підпорядкуванні МОЗ України станом на кінець 2016 р. знаходилося 20 науково-дослідних установ, наукові підрозділи 14 вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та 3 закладів післядипломної освіти (далі – НДУ та ВМНЗ МОЗ України).

Діяльність НДУ та ВМНЗ МОЗ України регламентується відповідними законами України («Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки», «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні», «Про наукову і науково-технічну експертизу», «Про інноваційну діяльність», «Про науково-технічну інформацію»). Наукова і науково-технічна діяльність ВМНЗ і закладів післядипломної освіти здійснюється також відповідно до законів України «Про вищу освіту» та «Про освіту».

Фінансування наукових фундаментальних досліджень та прикладних розробок (далі – НДР), які виконуються НДУ та ВМНЗ МОЗ України, здійснюється у рамках бюджетної програми КПКВК 2301020 «Дослідження, наукові і науково-технічні розробки, виконання

робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням, підготовка та підвищення кваліфікації наукових кадрів у сфері охорони здоров'я, фінансова підтримка розвитку наукової інфраструктури та об'єктів, що становлять національне надбання».

Законом України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» напрям «науки про життя, нові технології профілактики та лікування найпоширеніших захворювань» визначений пріоритетним до 2020 року.

Законом України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні», яким визначаються правові, економічні та організаційні засади формування цілісної системи пріоритетних напрямів інноваційної діяльності, одним із стратегічних пріоритетних напрямів на 2011–2021 рр. є «впровадження нових технологій та обладнання для якісного медичного обслуговування, лікування, фармацевтики».

Відповідно до законів України «Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки», постанови Кабінету Міністрів України від 25.08.2004 № 1084 «Про затвердження Порядку формування і виконання замовлення на проведення фундаментальних наукових досліджень, прикладних наукових досліджень та виконання науково-технічних (експериментальних) розробок за рахунок коштів державного бюджету» наказом МОЗ України від 26.08.2015 № 548 «Про планування наукової тематики на 2016 рік» оголошено конкурс проектів наукових досліджень і розробок у сфері клінічної та профілактичної медицини, які планувалися до виконання НДУ та ВМНЗ МОЗ України у 2016 р. за рахунок коштів Державного бюджету України.

Проекти замовлення на виконання НДР подавалися у рамках пріоритетних тематичних напрямів наукових досліджень і науково-технічних розробок на період до 2016 р., затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 07.09.2011 № 942, середньострокових пріоритетних напрямів інноваційної діяльності загальнодержавного та галузевого рівня на 2012–2016 рр., затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 12.03.2012 № 294 та від 17.05.2012 № 397.

Наказом МОЗ України від 02.11.2015 № 708 «Про заходи щодо визначення переліку наукових досліджень і розробок на 2016 рік» затверджено склад Комісії МОЗ України для оцінки та відбору проектів наукових досліджень і розробок, що виконуватимуться у 2016 р. за рахунок коштів державного бюджету.

Планування фундаментальних досліджень здійснювалося лише за наявності висновку про доцільність їх виконання за кожною НДР, наданого експертною радою при Національній академії наук України.

Фундаментальні дослідження, які виконувалися у 2016 р. науковцями НДУ та ВМНЗ МОЗ України, були спрямовані на теоретичне та експериментальне вивчення патогенетичних механізмів розвитку найбільш поширених патологічних станів людини.

У 2016 р. виконувалося 26 фундаментальних наукових досліджень у сфері профілактичної та клінічної медицини, із яких 9 НДР завершено. Результати фундаментальних досліджень висвітлені у 6 монографіях, 3 підручниках, 261 науковій статті, 260 тезах наукових медичних форумів, 3 методичних рекомендаціях, 5 інформаційних листах, отримано 661 охоронний документ на об'єкти промислової власності. Подано 24 пропозиції до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (Перелік для впровадження).

Тематика фундаментальних досліджень, які завершені у 2016 р.:

- Закономірності формування метаболічних порушень, нейроендокринного та вегетативного дисбалансів у патогенезі експериментальної гіпертензії різного генезу.
- Молекулярно-біохімічні механізми міграції трансплантованих стовбурових клітин в зону гіпоксії на моделі ішемія/реперфузійного синдрому.
- Кальцифікація коронарних артерій, міокарда, клапанів серця і аорти при серцево-судинних і некоронарогенних захворюваннях.
- Патолофізіологічні механізми впливу хронічної запальної та аутоімунної реакції, астрогліальної реактивної відповіді, окисного стресу на формування обмежень життєдіяльності у віддалені строки після кардіохірургічних втручань.
- Розробка стратегії використання епігенетичних механізмів для профілактики та лікування хвороб, пов'язаних із системним запаленням.
- Створення супрамолекулярних наноконструкцій направленої дії на патогенні процеси в організмі.
- Пошук та синтез оригінальних синтетичних лікарських субстанцій на основі нових похідних нітрогеновмісних гетероциклів.
- Молекулярно-біохімічні механізми формування мітохондріальної дисфункції нейронів головного мозку в умовах гострої церебральної ішемії: нові мішені для нейропротекції.
- Визначення комплексу чинників формування клітинного резерву для оптимізації діагностики, профілактики та лікування захворювань.
- Роль гломерулярної патології в розвитку хронічної дисфункції ниркового алотрансплантату.
- Центральні механізми організації та реалізації рухів.

Результати ряду завершених у 2016 р. фундаментальних НДР:

- НДР «Закономірності формування метаболічних порушень, нейроендокринного та вегетативного дисбалансів в патогенезі експериментальної артеріальної гіпертензії різного генезу» (Запорізький державний медичний університет, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000966).

Розроблено наукову концепцію формування артеріальної гіпертензії із метаболічними порушеннями у нащадків внаслідок дії негативних пренатальних та генетичних чинників. Показано, що хронічна гіперглікемія плоду, внаслідок гестаційного діабету материнського організму, призводить до порушення нормального морфогенезу бета-ендокриноцитів підшлункової залози, до підвищення синтезу та секреції інсуліну, а також до розладів нейро-вегетативного та ендокринного балансів. Експериментально доведено патогенетичну роль підвищення рівня стероїдних гормонів та порушень водно-сольового обміну у матері у формуванні артеріальної гіпертензії з комплексом метаболічних та нейроендокринних порушень у нащадків. Встановлено, що артеріальна гіпертензія, яка розвивається спадково, призводить до вегетативно-гормонального дисбалансу, якому притаманна висока активність симпатичного компоненту вегетативної нервової системи із значним зниженням парасимпатичного її компоненту.

Запропоновано нову концепцію розвитку ремоделювання лівого шлуночка серця при спадковій артеріальній гіпертензії через дисбаланс ізоформ фременту NOS в шарах міокарда, доведено патогенетичний зв'язок сформованих фіброзно-гіпертрофічних перебудов геометрії

серця із нейро-вегетативними та гормональними порушеннями. Отримані дані стали теоретичним та експериментальним підґрунтям нової патоморфологічної класифікації патологічного ремоделювання міокарда при артеріальній гіпертензії за типом, у якій враховано переважаючі одного або двох патологічних процесів (апоптозу, гіпертрофії чи фіброзу), що розвиваються в міокарді при серцево-судинних захворюваннях.

За результатами виконаної НДР у 2016 р. опубліковано 7 наукових статей, що входять до міжнародних наукометричних баз даних та 29 тез доповідей. Захищена одна магістерська робота на тему: «Лабораторно-діагностичні критерії оцінки ураження мозку внаслідок експериментальної ішемії та реперфузії». НДР є основою виконання 4 кандидатських дисертацій: «Особливості стану системи монооксиду азоту міокарду лівого шлуночку серця у препубертатному періоді внаслідок дії хронічної пренатальної гіперглікемії», «Особливості функціонального стану системи монооксиду азоту ендо- та екзокринної частин підшлункової залози у щурів із гіпертензією», «Функціональний стан вазопресинергічної системи гіпоталамуса внаслідок дії переривчастої гіпоксичної гіпоксії», «Ремоделювання ендокринного апарату підшлункової залози при експериментальному цукровому діабеті у нормо- та гіпертензивних щурів».

Видано дві методичні рекомендації: «Доклінічне вивчення специфічної активності потенціальних ендотеліопротективних препаратів», «Імуногістохімічна і морфоденситометрична діагностика патологічного ремоделювання міокарду при артеріальній гіпертензії та цукровому діабеті».

Отримано три патенти на корисну модель: «Спосіб моделювання симптоматичної артеріальної гіпертензії у дрібних гризунів», «Спосіб діагностики патологічного ремоделювання міокарду у дрібних гризунів», «Засіб для медикаментозної корекції порушень нітросидергічної системи».

Матеріали НДР висвітлені у монографії «Похідні 4-аміно та 3-тіо-1,2,4-тріазолу як потенційні лікарські засоби», 31 науковій статті (в т.ч. 14 – у виданнях, які входять до міжнародних наукометричних баз даних, 17 – у фахових наукових виданнях України), 32 доповідях на наукових форумах.

• НДР «Кальцифікація коронарних артерій, міокарда, клапанів серця і аорти при серцево-судинних і некоронарогенних захворюваннях» (Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, строки виконання: 2015–2016 роки, № держреєстрації 0217U004323).

Вперше виявлено, що передвісником кальцифікації кардіоміоцитів (КМЦ) є їх гіпертрофія, оглушеність (перескорочення міофібрил), а також гібернація, суть якої полягає у вуглеводній дистрофії КМЦ з нагромадженням гранул глікогену в саркоплазмі. За досліджених некоронарогенних захворювань міокарда (НЗМ) були виявлені усі вищеперераховані форми ремоделювання КМЦ, а також їх гіпоперфузія, котра виникла у результаті ураження мікроциркуляційного русла міокарда. Апоптоз КМЦ та масивна кальцифікація міофібрил часто закінчується їх вторинним некрозом при різних НЗМ.

Вперше виявлено, що найвищий ступінь кальцифікацію коронарних артерій (ККА), а також оклюзія коронарних артерій були виявлені у осіб, які працювали у професійно-шкідливих умовах (підвищена радіація у зоні добування корисних копалин, контакт з кислотами і лугами, зварювання, паяння). Крім того, у обстежених пацієнтів переважно були такі коморбідні захворювання, як артеріальна гіпертензія і/або цукровий діабет 2 типу,

метаболічний синдром або псоріаз, а у деякого – надмірне вживання алкоголю і тютюнопаління.

Отримані результати ультраструктурного дослідження біопсій і експрес-некропсій міокарда лівого шлуночка мають переваги над подібними роботами, які у світі переважно проводяться в експерименті. Вперше у світі зібрано значний експрес-некропсійний матеріал, отриманий після смерті пацієнтів безпосередньо в лікарні. Отримані результати мають значну теоретичну цінність і для подальшого розвитку «фундаментальної» і прикладної кардіології, а також будуть сприяти покращенню профілактики і лікуванню серцево-судинних захворювань і НЗМ.

Результати фундаментального дослідження використані при підготовці інформаційних листів «Визначення мікроальбумінурії у пацієнтів з вторинними дилатаційними кардіоміопатіями», «Спосіб гістохімічної діагностики гібернації кардіоміоцитів при серцево-судинних і некоронарогенних захворюваннях міокарда, а також цукровому діабеті 2 типу»; висвітлені в монографіях «Клініка інтегративної сімейної медицини», «Сімейна медицина» та посібниках «Алкогольна хвороба печінки», «Електрокардіографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології».

До Переліку для впровадження включені нововведення «Спосіб лікування стабільної стенокардії II-III функціональних класів з частотою серцевих скорочень більше 80 уд./хв.», «Спосіб ультраструктурної діагностики незворотної гібернації міокарда при ішемічній хворобі серця», які захищені патентами України. Опубліковано 44 наукові статті (3 у зарубіжних виданнях) та 55 тез у матеріалах наукових форумів.

• НДР «Молекулярно-біохімічні механізми міграції трансплантованих стовбурових клітин в зону гіпоксії на моделі ішемія/реперфузійного синдрому» (Державний заклад «Луганський державний медичний університет», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U008540).

Уперше вивчена можливість впливу апоптотичних агентів на проліферацію і диференціювання клітин, отриманих з кісткового мозку, з подальшим застосуванням їх для корекції ішемічної патології.

У роботі вперше вивчені клінічні проблеми корекції гострої ниркової недостатності мезенхімальними стовбуровими клітинами, культивованими в апоптоз-індукованому оточенні, з позиції біохімічного аналізу репараційних процесів ниркової тканини в умовах експерименту.

Уперше досліджено вплив введення мезенхімальних стовбурових клітин, культивованих в апоптоз-індукованому оточенні, на динаміку апоптозу в ниркової тканини при гострій нирковій недостатності. Дослідження рівня аденілових нуклеотидів вперше дозволило охарактеризувати стан енергетичного обміну в нирковій тканині при гострій нирковій недостатності і пояснити механізм протекторної дії мезенхімальних стовбурових клітин, культивованих в апоптоз-індукованому оточенні, в умовах змодельованого патологічного процесу.

Уперше дослідження рівня показників антиоксидантної системи ниркової тканини дозволило зробити висновок про те, що ішемічний процес перебігає в умовах значного зниження активності ферментів антиоксидантної системи та модулюється введенням мезенхімальних стовбурових клітин, культивованих в апоптоз-індукованому оточенні.

Уперше було встановлено, що апоптотична активність варіює залежно від термінів експерименту і значно знижується на тлі введення мезенхімальних стовбурових клітин, культивованих в апоптоз-індукованому оточенні.

Нова методика заснована на маркуванні стовбурових клітин магнітними наночастками, що дозволяє відстежувати їх за допомогою магніто-резонансної томографії (МРТ). Щоб зробити це можливим, застосовувався спеціалізований контрастний агент – наночастинки леговані рідкоземельним елементом гадолінієм, використовуваним в якості контрасту для МРТ (діаметром трохи менше однієї третини мікрона).

Уперше на великому експериментальному матеріалі за допомогою сучасних методів дослідження виявлені можливості спрямованого впливу на проліферацію, апоптоз і хоумінг мезенхімальних стовбурових клітин.

Виявлені зміни біохімічних показників можуть бути використані для розуміння механізмів впливу агентів апоптозу на проліферацію та диференціювання мезенхімальних стовбурових клітин та можливість їхнього подальшого використання задля корекції ішемічних уражень. Це дозволить обґрунтовано застосовувати клітинну терапію, у поєднанні з індукторами апоптозу, при гострій нирковій недостатності та інших ішемічних захворюваннях. Також вивчені зміни біохімічних показників можуть бути показником ефективності клітинної терапії у клініці.

За результатами НДР: отримані патент на корисну модель «Спосіб виявлення початку порушень енергетичного обміну в ішемізованій м'язовій тканині», «Спосіб діагностики структурно-функціонального стану цитоплазматичних мембран»; опубліковано 14 наукових статей у журналах, що входять до наукометричних баз даних, 11 тез у матеріалах наукових форумів; виконана кандидатська дисертація «Роль апоптозу у модуляції диференціювання і хоумінгу мезенхімальних стовбурових клітин».

Теоретичні дані впроваджено в навчальний процес на кафедрах Луганського державного медичного університету; Вінницького, Одеського, Донецького національних медичних університетів; Дніпропетровської медичної академії, Буковинського та Тернопільського медичних університетів.

• НДР «Розробка стратегії використання епігенетичних механізмів для профілактики та лікування хвороб, пов'язаних із системним запаленням», (Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000784).

Визначено та обґрунтовано концепцію епігенетичного контролю розвитку хронічного системного запалення за умов спільного впливу генотипу та епігеному як основи формування індивідуальних стратегій профілактики. Сформовано стратегію фармакогенетичного контролю на основі генетико-епігенетичної моделі розвитку хронічного системного запалення.

Розроблено спосіб прогнозування розвитку підвищеної маси тіла та ожиріння, який надає можливість прогнозування розвитку підвищеної маси тіла та ожиріння на етапі початкових змін метаболізму та регуляторних систем, які контролюють енергетичний обмін та харчову поведінку, що забезпечить розробку та проведення системних заходів профілактики, які включають обмеження надходження енергії та підвищення фізичної активності.

Розроблено спосіб корекції ендотеліальної дисфункції при ішемічній хворобі серця, що включає застосування біологічно активної добавки, дотримання дієти, дозованих фізичних навантажень та припинення паління, який дозволяє зменшити собівартість та строки лікування, покращити якість життя і може бути використаний у комплексній терапії ішемічної хвороби серця як ефективний ендотеліопротектор.

Розроблено спосіб корекції метаболічних змін у вагітних жінок із ожирінням шляхом застосування L-аргініну та 5 поліненасичених жирних кислот, що сприяє підвищенню ефективності лікування за рахунок позитивних метаболічних змін та зменшенню частоти акушерських ускладнень за рахунок збільшення чутливості клітин до інсуліну та зменшення рівня тригліцеридів у крові, що значно підвищить рівень медичної допомоги.

Розроблено спосіб лікування гострого гнійного лімфаденіту щелепно-лицевої ділянки у дітей із включенням імуномодулятора поліоксидонію до складу комплексної терапії, що дозволяє досягти стійкого зменшення гострого гнійного запалення, покращити ефективність лікування та прискорити термін одужання дітей із гострим гнійним лімфаденітом щелепно-лицевої ділянки, а також покращити реактивність імунної системи дитячого організму.

За матеріалами проведених досліджень: опубліковано 80 наукових статей у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях; виконано 2 кандидатські дисертації: «Індивідуалізація терапії хворих на псоріатичну хворобу та метаболічний синдром з урахуванням показників системного запалення», «Клінічна ефективність та динаміка показників системного запалення і інсулінорезистентності у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу при поєднаному застосуванні метформіну і піоглітазону»; отримано 5 патентів України: «Спосіб моделювання метаболічного синдрому», «Спосіб корекції метаболічних змін у вагітних жінок з ожирінням», «Спосіб лікування гнійного лімфаденіту щелепно-лицевої ділянки у дітей з включенням імуномодулятора поліоксидонію до складу комплексної терапії», «Спосіб прогнозування розвитку підвищеної маси тіла та ожиріння», «Спосіб корекції ендотеліальної дисфункції при ішемічній хворобі серця», подані заявки на отримання 4 патентів; до Переліку для впровадження включено 5 нововведень.

• НДР «Створення супрамолекулярних наноконструкцій направленої дії на патогенні процеси в організмі» (Національний фармацевтичний університет, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U004021).

Створено твердофазні супрамолекулярні комплекси наносрібла з полівінілпіролідом (ПВП) та глюкозаміном. Проведено аналітичні дослідження щодо вивчення комплексів срібла з ПВП, глюкозаміном. Проведено розрахунки взаємодії наносрібла з ПВП. Показано утворення нековалентнозв'язаних супрамолекулярних комплексів наночасток срібла з ПВП та візуалізовано цей процес у часі. Вивчено фізико-хімічні характеристики ліпосомальних форми наносрібла. Виявлено стабілізуючу дію ПВП, який включено до ліпосомальних наноконструкцій. Вивчено взаємодію вуглецевих нанотрубок (ВНТ) з ПВП та показана принципова можливість утворення ВНТ-ПВП – наноконструкцій. Стандартизовано розчини супрамолекулярних комплексів наносрібла з ПВП. Створено нанокон'югати лікарських речовин та наноконструкцій на основі наночасток срібла, що мають бактерицидну дію.

Розроблено дослідні зразки лікарського засобу у м'якій лікарській формі для зовнішнього застосування, що містить наносрібло та глюкозамін. Проведено дослідження щодо виготовлення супрамолекулярних комплексів наносрібла, отриманих методом

електронно-променевого випаровування та конденсації, та визначено основні показники щодо їх стандартизації. Експериментально обґрунтовано вибір допоміжних компонентів для оптимізації складу ранозагоювального гелю, що містить наночастками срібла. Проведено обґрунтування технології одержання лікарської форми. Визначено основні технологічні операції та їх послідовність. Встановлено технологічні параметри виробництва лікарського засобу на основі наносрібла. Виготовлено зразки готової м'якої лікарської форми для зовнішнього застосування. Проведено мікробіологічні дослідження готової лікарської форми лікарського засобу та доклінічні дослідження готової лікарської форми.

За результатами фундаментальних досліджень: отримані патенти «Фармацевтична композиція у формі гелю з наночастками срібла для лікування ран та запальних інфекційних захворювань», «Фармацевтична композиція у формі гелю з наночастками срібла для лікування інфікованих ран та гнійно-запальних процесів»; видано інформаційний лист «Інноваційні перспективи використання нанокompозиту срібла для місцевого лікування інфікованих ран»; опубліковано 7 наукових статей та 9 тез у матеріалах наукових форумів.

• НДР «Визначення комплексу чинників формування клітинного резерву для оптимізації діагностики, профілактики та лікування захворювань» (Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U002225).

Запропонована нова концепція системного підходу до профілактики та лікування ішемічної хвороби серця за визначенням критеріїв вихідного стану організму, співвідношенням показників енергетичного стану, стану мітохондрій, ліпідного, мінерального, амінокислотного обміну, антиоксидантного статусу, запальної відповіді, індексу індукції апоптозу (ІА), як базових критеріїв якості адаптації. Було розроблено експериментальну модель оцінки ефекту дії факторів, у тому числі лікарських засобів, на рівні клітин та цілісного організму людини. Ефективність та достовірність моделі на моноклеарних клітинах та кардіоміоцитах щурів була підтверджена для ряду препаратів. Дієвість експериментальної моделі апробовано на моноклеарних клітинах пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Оцінка змін показників ліпідного та енергообміну, загального антиоксидантного статусу, зниження концентрації С-реактивного білка свідчить про адекватність розробленої моделі для пацієнтів з ішемічною хворобою серця та стабільною стенокардією на дію L-аргініну аспартату та ранолазину.

Запропонована необхідність визначення функціонального резерву клітин організму для адекватної оцінки як вихідного стану пацієнта, так і індивідуального підходу до застосування лікарських засобів. Результатом виконання досліджень стала розробка оригінальної програми автоматичної обробки та аналізу цифрових зображень у мікроскопії для живих клітинних систем в умовах *in vitro* в нормі та патології для оцінки клітинного резерву.

Наукова продукція: опубліковано 6 статей у наукометричних та 2 статті в міжнародних виданнях, 8 тез у матеріалах наукових форумів (3 – на міжнародному рівні), отримано свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір «Комп'ютерна програма «Аналіз цифрових мікроскопічних зображень субстратзалежних клітинних систем *in vitro*».

Отримані результати впроваджені у Київській клінічній лікарні №7 та навчальний процес кафедри вірусології НМАПО імені П.Л. Шупика (програма автоматичної обробки та

аналізу цифрових зображень у мікроскопії «Аналіз цифрових мікроскопічних зображень субстрат залежних клітинних систем in vitro»).

Медична ефективність: застосування досліджуваних лікарських засобів достовірно підвищує показники функціонального резерву у хворих з ішемічною хворобою серця, дозволяє досягти більш високого рівня реабілітації та якості життя пацієнтів. Модель оцінки прогнозує ефективність дії лікарських засобів на клітинному та організменному рівнях для запобігання невиправданим витратам та прогнозовано неефективному лікуванню.

• НДР «Роль гломерулярної патології в розвитку хронічної дисфункції ниркового алотрансплантату» (Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U002440).

На відміну від відомого способу визначення придатності донорської нирки для трансплантації за макроскопічними ознаками, що не завжди відбиває реальний стан нирки, запропоновано удосконалений спосіб визначення придатності донорської нирки для трансплантації шляхом отримання нефробиопсії та мікроскопічного дослідження морфологічних змін у каналцях, судинах, клубочках та стромі. Це сприятиме підвищенню ефективності визначення придатності донорської нирки для трансплантації.

На відміну від відомого способу діагностики пізньої дисфункції ниркового алотрансплантату (НАТ) шляхом визначення концентрації креатиніну в сироватці крові, який є недостатньо ефективним, тому що не дає можливості точно визначити локалізацію та глибину ураження епітелію каналців нирки та визначити, чи триває пошкодження, або мають місце його наслідки, нами розроблено спосіб діагностики дисфункції НАТ, який включає отримання зразків крові реципієнтів НАТ у пізньому післяопераційному періоді та визначення вмісту креатиніну в сироватці крові та паралельно у зразках сечі визначення активності ферменту N-ацетил-β-D-глюкозамінідази (НАГ). При рівні креатиніну в сироватці крові ≥ 150 мкмоль/л та активності лізосомального ферменту НАГ ≥ 34 (нмоль/(с×л)/ммоль/л креатиніну сечі) має місце активна фаза патологічного процесу. Крім того, ці показники, ймовірно, свідчать про глибоке незворотне пошкодження епітелію проксимальних каналців. Це є підставою для подальших активних діагностичних та терапевтичних втручань з метою збереження та відновлення функції ниркового алотрансплантату.

Результати НДР:

– отримані 4 патенти на корисну модель: «Спосіб визначення локалізації патологічного процесу при хронічній дисфункції ниркового алотрансплантату», «Спосіб підготовки до трансплантації нирки від спорідненого (живого) донора з короткою нирковою веною», «Спосіб визначення причин хронічної дисфункції ниркового алотрансплантату», «Спосіб хірургічної профілактики лімфоцеле при трансплантації нирки»;

– опубліковано 7 наукових статей (2 – в закордонних виданнях, 10 тез у матеріалах наукових форумів (8 – в іноземному виданні);

– видані методичні рекомендації «Клініко-морфологічні критерії діагностики гуморального відторгнення ниркових алотрансплантатів» та «Біопсія ниркового алотрансплантату: показання, гістологічна класифікація та характеристика форм патології»;

– висвітлені в монографії «Судинна патологія нирок» та навчальному посібнику «Трансплантологія»;

– виконується одна кандидатська дисертація.

Практична цінність результатів дослідження матиме велике значення, передусім для пацієнтів з трансплантованою ниркою, функція якої буде покращена на відносно довгий проміжок часу за рахунок виключення патології, яка призводить до дисфункції ниркового алотрансплантату. Значно покращиться якість життя пацієнтів з трансплантованою ниркою та їх соціальна адаптація. Економічний ефект від збереження ниркового алотрансплантату внаслідок використання результатів дослідження за п'ять років може скласти понад 1 млн грн на одного пацієнта.

• НДР «Центральні механізми організації та реалізації рухів» (Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, строки виконання: 2015–2016 роки, № держреєстрації 0115U001167).

Під час дослідження були встановлені структурні особливості експресії гена *c-fos* у нейронах головного та спинного мозку під час реалізації оперантного рефлексу, досліджені ймовірні особливості експресії гена *c-fos* у різних шарах моторної кори в процесі формування оперантної рухової навички. Додатково вивчені особливості імпульсної активності нейронів у моторній корі щурів під час вироблення і реалізації рухової навички. Отримані дані дозволяють розширити уявлення про роль моторної кори в процесах навчання новим рухам, про просторові та часові механізми пластичності, про формування енграм пам'яті на рівні окремого нейрона та ансамблів нейронів.

Уперше вивчено структурні особливості експресії гена *c-fos* у нейронах головного та спинного мозку під час реалізації оперантного рефлексу.

Уперше досліджено особливості експресії гена *c-fos* у різних шарах моторної кори в процесі формування оперантної рухової навички.

Уперше встановлено особливості імпульсної активності нейронів у моторній корі щурів під час вироблення і реалізації рухової навички.

Перспективним напрямком запропонованої теми є використання створеної моделі міжнейронної взаємодії у динаміці формування моторних програм. Ці дані можуть бути використані в нейрокібернетиці в системах управління рухами та прийняття рішення при створенні штучного інтелекту.

Отримані результати дозволять поглибити знання про часово-просторові закономірності функціонування нейронних систем мозку та нейронних ансамблів рухових центрів під час формування програми та реалізації моторного компонента оперантного рефлексу в щурів.

Отримані результати дозволять створити моделі міжнейронної взаємодії у динаміці формування моторних програм.

Результати можуть бути використані в навчальному процесі кафедр фізіології медичних та біологічних вищих навчальних закладів при викладанні фізіології центральної нервової системи (матеріали дослідження висвітлені у двох підручниках з курсу нормальної фізіології). Експериментальні дані можуть бути використані в нейрокібернетиці у системах управління рухами та прийняття рішення, при створенні штучного інтелекту.

Встановлені закономірності знайдуть своє використання в медичній практиці: для пояснення патогенезу рухових порушень на супраспінальному рівні у неврологічних хворих, а також механізмів компенсації за рахунок пластичних можливостей нейронів при дитячому церебральному паралічі, у хворих у постінсультний та посттравматичний період.

За результатами фундаментальної НДР опубліковано 9 наукових статей у журналах, що входять до наукометричних баз даних та до переліку наукових фахових видань; отримані 2 патенти України «Спосіб реєстрації електроенцефалограми», подана заявка на отримання патенту «Пристрій для контрольованого локального охолодження ділянки нейронної активності головного та спинного мозку».

Прикладні дослідження та розробки, що виконувалися НДУ та ВМНЗ МОЗ України у 2016 р., продовжували вирішення таких актуальних проблем:

- розробка нових та удосконалення існуючих медичних технологій діагностики, лікування та профілактики найпоширеніших та соціально значущих захворювань, у тому числі серцево-судинних, онкологічних, ендокринних захворювань, цереброваскулярної патології, травм тощо, на засадах доказової медицини;

- вивчення стану здоров'я населення України та розробка пропозицій щодо його збереження;

- наукове обґрунтування комплексів медичної та санаторно-курортної реабілітації, технологій медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів;

- розробка медичних технологій, спрямованих на зниження рівня професійних і виробничо-обумовлених захворювань, несприятливої дії на організм факторів навколишнього середовища;

- наукове обґрунтування розвитку епідемічного процесу при небезпечних та особливо небезпечних інфекціях і розробка протиепідемічних та профілактичних медичних технологій.

Усього у 2016 р. виконувалося 149 прикладних НДР (завершено – 69), які фінансувалися за рахунок коштів державного бюджету.

Результати їх виконання висвітлені у 37 монографіях, 28 підручниках та посібниках, 1190 наукових статтях, 1109 тезах наукових форумів, 50 методичних рекомендаціях, 89 інформаційних листах, отримано 140 охоронних документів на об'єкти промислової власності. Подано 147 пропозицій до Переліку для впровадження.

Результати деяких прикладних НДР:

- НДР «Дослідження інвазивно-метастатичних властивостей пухлин і їх раннє прогнозування в біоптатах хворих» (Запорізький державний медичний університет, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000967).

Уперше для раннього прогнозування перебігу раку запроваджені молекулярно-генетичні дослідження транскрипційної активності генів пухлинних клітин, що зазнали мутацій на неінвазивному етапі раку підшлункової залози і тіла матки, а також трансляційної активності кодованих ними білків, які забезпечують проліферативну і міграційну активність ракових пухлин цих органів. Запроваджені патоморфологічні дослідження раку на ранньому етапі його розвитку.

Визначена інтенсивність росту пухлинних клітин раку печінки, підшлункової залози, шлунку, легень, матки та менінгіом із застосуванням кількісної оцінки рівня експресії імуногістохімічних маркерів регуляторів клітинного циклу (p16, p21^{WAF1}, p53), проліферації та апоптозу (Ki-67, каспаза-3).

За результатами виконаної НДР у 2016 р. опубліковано 62 наукові статті (38 – у виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз даних, 2 – у збірниках

конференцій) та 44 тези доповідей; видано 2 методичні рекомендації – «Патогістологічна і імуногістохімічна діагностика атипової гіперплазії ендометрію та ендометріюїдної аденокарциноми тіла матки», «Імуногістохімічна та морфо-денситометрична діагностика патологічного ремоделювання міокарду при артеріальної гіпертензії та цукровому діабеті». Отримано 5 патентів України на корисну модель: «Спосіб прогнозування рецидиву менінгіоми головного мозку», «Спосіб виявлення двовалентного заліза в біопсійному матеріалі», «Спосіб визначення ступеня стеатозу в біоптатах печінки», «Спосіб фотоцифрової морфометрії імуногістохімічних препаратів», «Спосіб забарвлення імуногістохімічних препаратів». Подано до Переліку для впровадження 2 заявки – «Спосіб виявлення двовалентного заліза в біопсійному матеріалі», «Спосіб прогнозування рецидиву менінгіоми головного мозку».

Результати дослідження впроваджено в практичну діагностику Дніпропетровського, Запорізького, Одеського та Львівського обласних патологоанатомічних бюро, лабораторій патоморфології профільних наукових установ, у навчальний процес на профільних кафедрах вищих медичних навчальних закладів.

За матеріалами НДР виконано докторську дисертацію «Удосконалення хірургічного та комплексного лікування хворих на рак легені I-II стадії та розробка методів прогнозування перебігу захворювання» і 4 кандидатські дисертації: «Рак печінки: мікроскопічні і імуногістохімічні диференційні та прогностичні характеристики», «Патоморфологічна диференційна діагностика основних гістологічних варіантів менінгіом головного мозку», «Оптимізація лікування хворих раком шлунка з урахуванням імуно-гістохімічного статусу пухлин», «Патоморфологічна і молекулярно-генетична характеристика інвазивно-метастатичних властивостей ендометріюїдної аденокарциноми матки».

Медико-соціальна ефективність: підвищення якості ранньої клініко-морфологічної діагностики найбільш поширених злоякісних новоутворень, зменшення показників смертності населення від онкозахворювань при їх ранньому індивідуалізованому лікуванні.

• НДР «Дослідження динаміки стану імунітету, встановлення критеріїв його порушення та розробка своєчасної їх корекції у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень в процесі інтенсивної фази лікування» (Запорізький державний медичний університет, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000969).

Встановлено критерії порушення стану імунітету у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень (ХРТБ легень) за даними рівнів цитокінового профілю у сироватці крові та визначено параметри прогнозування перебігу ХРТБ.

Розроблено метод своєчасної корекції порушення стану імунітету за рівнем цитокінового профілю у сироватці крові хворих на ХРТБ легень шляхом застосування у комплексному лікуванні імуномодулятора глутаміл-цистеїніл-гліцин динатрію.

Обґрунтовано доцільність застосування у хворих на ХРТБ легень у комплексному лікуванні імуномодулятора глутаміл-цистеїніл-гліцин динатрію для корекції імунологічних змін та усунення ознак вторинної ендогенної інтоксикації, з метою профілактики та зменшення побічних реакцій внаслідок дії протитуберкульозних препаратів, що сприяє підвищенню ефективності лікування на 33,3%, покращує переносимість протитуберкульозної хіміотерапії (зменшення кількості побічних реакцій у 3,1 разу).

Результати дослідження впроваджено в практичну роботу 6 протитуберкульозних диспансерів, ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського

НАМН України», а також у навчальний процес на кафедрі фтизіатрії і пульмонології університету.

За результатами виконаної НДР у 2016 р. видано методичні рекомендації «Спосіб покращення переносимості протитуберкульозної поліхіміотерапії у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень».

До Переліку для впровадження включено 6 нововведень: «Спосіб діагностики ендогенної інтоксикації у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень», «Спосіб оцінки адаптаційно-приспосувальних реакцій організму у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень», «Спосіб корекції цитокінового профілю крові у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень», «Спосіб лікування хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз», «Спосіб лікування хворих на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень, ускладнений ендобронхіальною патологією», «Спосіб прогнозування перебігу хіміорезистентного туберкульозу легень»; подано нововведення «Спосіб діагностики порушень стану імунітету у хворих на хіміо-резистентний деструктивний туберкульоз легень».

Видано 5 методичних рекомендацій: «Спосіб прогнозування перебігу хіміорезистентного туберкульозу легень», «Спосіб діагностики вторинної ендогенної інтоксикації у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень», «Спосіб діагностики порушень стану імунітету у хворих на хіміо-резистентний туберкульоз легень», «Спосіб корекції порушень стану імунітету у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень», «Спосіб покращення переносимості протитуберкульозної поліхіміотерапії у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень».

Результати досліджень висвітлені у монографії «Імунологічні особливості хіміорезистентного туберкульозу легень», навчальних посібниках «Паліативна та хоспісна допомога хворим на туберкульоз», «Позалегеновий і міліарний туберкульоз у хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ», «Форми туберкульозу, які зустрічаються рідко».

Отримано 6 патентів України на корисну модель: «Спосіб корекції цитокінового профілю крові у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень», «Спосіб діагностики порушень стану імунітету у хворих на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень», «Спосіб прогнозування перебігу хіміорезистентного туберкульозу легень», «Спосіб профілактики побічних реакцій внаслідок дії протитуберкульозних препаратів II ряду у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень», «Спосіб корекції вторинної ендогенної інтоксикації у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень», «Спосіб прогнозування ризику невдачі лікування у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ»; опубліковано 17 наукових статей (14 – у виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз даних, 5 – у зарубіжному виданні). Захищено докторську та кандидатську дисертації.

Медична ефективність: покращення якості лікування хворих на основі удосконалення діагностики стану імунітету та включення до комплексного лікування індивідуалізованої коригуючої терапії, зниження показників захворюваності і смертності, збереження працездатності, підвищенні якості життя хворих.

• НДР «Спрямований пошук біологічно активних сполук серед заміщених триазинохіназолінів та створення кандидатів у лікарські препарати на їх основі»

(Запорізький державний медичний університет, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000968).

Вперше розроблені методи синтезу конденсованих похідних [1,2,4]триазино [2,3-с]хіназоліну, удосконалено існуючі та розроблено нові методи синтезу заміщених похідних [1,2,4]триазино [2,3-с]хіназоліну, що дозволило вводити різноманітні фрагменти в положення 6 названої гетероциклічної системи. Уперше одержані результати системного дослідження фізико-хімічних та біологічних властивостей конденсованих та заміщених [1,2,4]триазино[2,3-с]хіназоліну. Одержана сполука, яка за своєю протизапальною активністю та параметрами безпеки перевищує існуючі лікарські засоби. Одержані перспективні гіпоглікемічні та гіполіпідемічні агенти, які за рівнем активності наближені до існуючих препаратів. У 2016 р. досліджено синтезовані сполуки на наявність протиракової, протимікробної та протигрибкової дії. Одержано експериментальний препарат «Хінабут» з протизапальною дією, що рекомендується для подальших досліджень та в майбутньому може бути використаний як активний фармацевтичний інгредієнт. Одержані результати кореляції «хімічна будова – біологічна дія» дозволять значно спростити та здешевити пошук біологічно активних агентів серед хіназолінів та його конденсованих похідних.

Проведені ретельні дослідження параметрів безпеки перспективної лікарської субстанції з протизапальною дією «Хінабут» та таблетованої лікарської форми на її основі. Встановлено, що і субстанція, і таблетки за такими параметрами, як гостра токсичність, хронічна токсичність та кумулятивна дія, повністю відповідають вимогам, що ставляться до кандидатів у лікарські препарати.

За результатами виконаної НДР отримано 3 патенти України на винахід: «Застосування N-циклоалкіл- або N-циклоалкаріл-2-[(8-R1-9-R2-10-R3-3-R-2-оксо-2H-[1,2,4]триазино[2,3-с]хіназолін-6-іл)тіо]ацетамідів як активної основи лікарських препаратів противірусної дії щодо штамів influenza virus типів А та В»; «6-Моно- та 6,6-дизаміщені 3-R-8-R3-9-R4-10-R5-11-R6-6,7-дигідро-2H-[1,2,4]триазино[2,3-с]хіназолін-2-они»; «1,2,2-Триметил-3-(3-R-2-оксо-2H-[1,2,4]триазино[2,3-с]хіназолін-біл)циклопентан-1-карбонові кислоти, що проявляють гіпоглікемічну активність» та 2 патенти України на корисну модель: «2-[(8-R3-9-R4-10-R5-3-R1-2-оксо-2H-[1,2,4]триазино[2,3-с]хіназолін-6-іл)тіо]-N-(4-R2-1,3-тіазол-2-іл)ацетаміди, що виявляють протипухлинну активність»; «Застосування S-заміщених 3-R-6-тіооксо-6,7-дигідро-2H-[1,2,4]триазино[2,3-с]хіназолін-2-онів як активної основи лікарських засобів з кардіопротекторною, протиішемічною і антиоксидантною дією»; опубліковано 20 наукових статей (5 – у закордонних виданнях; 15 – у фахових виданнях) та 18 тез доповідей. До Переліку для впровадження подано 4 нововведення.

Захищено 2 кандидатські дисертації. Виконуються 1 докторська та 2 кандидатські дисертації.

Результати дослідження впроваджено в навчальний процес профільних кафедр вищих медичних навчальних закладів.

Ефективність: створення нових фармакотерапевтичних засобів для лікування різноманітних патологічних станів, імпортозаміщення лікарських препаратів, що використовуються для фармакотерапії захворювань.

• НДР «Розробити технологію виготовлення антигенних препаратів для діагностики та епідеміологічного нагляду за особливо небезпечними рикетсійними захворюваннями в

Україні» (Державна установа «Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U003034).

Проаналізовано сучасну епідемічну ситуацію з рикетсійних інфекцій та доведено актуальність розробки вітчизняних антигенних препаратів для лабораторної діагностики цих захворювань.

Розроблено сучасний алгоритм технології отримання діагностичних препаратів; виготовлено ексериментальні взірці високоспецифічних антигенних рикетсійних препаратів та створено проект аналітично-нормативної документації для їх вітчизняного виробництва.

Визначено методологічні принципи вивчення біологічної активності штамів патогенних рикетсій.

Отримано нові дані про:

- біологічну активність штамів патогенних рикетсій після їх тривалого зберігання при низькій температурі;
- епідемічно активні осередки гарячки Ку в Одеській області;
- збереження популяції збудників рикетсіозів у стадії резервації в міжепідемічний період.

Доведено збереження в Україні висипнотифозного потенціалу з небезпекою епідемічного ускладнення у зв'язку з наявністю осіб, перехворілих на висипний тиф, та одежного і змішаного (одежного та головного) педикульозу серед дітей та дорослих з можливістю виникнення його рецидивної форми.

Доведено необхідність удосконалення системи епідеміологічного нагляду на основі повної лабораторної діагностики персистентної та латентної інфекції із застосуванням сучасних високочутливих методів: ПЛР, імуноферментний аналіз та відповідних рикетсійних антигенних препаратів.

Видано інформаційний лист «Спосіб виділення *Coxiella burnetii* – збудника гарячки Ку». Отримано патент «Спосіб виділення *Coxiella burnetii* – збудника гарячки Ку». Зареєстровано заявку на патент «Удосконалення способу виділення RICKETTSIA PROWASEKII».

Подано заявку для включення наукового повідомлення до Переліку для впровадження «Сучасний алгоритм виявлення *Rickettsia prowazekii* та *Bartonella quintana* у вошах *Pediculus humanus*», «Удосконалення способу виділення *Coxiella burnetii* – збудника гарячки Ку».

Підготовлені аналітично-інформаційні огляди «Про епідемічну ситуацію з гарячки Ку у 2015 році», «Про епідемічну ситуацію з висипного тифу та ураженість населення педикульозом у 2015 році».

Опубліковано 3 наукові праці, зроблено 1 доповідь на науковій конференції. Отримано 41 акт впровадження.

• НДР «Встановити медико-біологічні закономірності поширення менінгітів та розробити комплексну програму біологічної безпеки населення щодо збудників бактеріальних менінгітів», (Державна установа «Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U003035).

Встановлені залежності у розвитку гнійних бактеріальних менінгітів та стану забруднення атмосферного повітря хімічними ксенобіотиками антропогенного походження.

Вперше при бактеріологічному дослідженні слизової оболонки верхніх дихальних шляхів у хворих на гнійний бактеріальний менінгіт визначені потенційні збудники гнійних бактеріальних менінгітів – *S. aureus*, гриби роду *Candida*, *N. meningitidis* та *S. pneumoniae*.

Проведено порівняльне вивчення характеру мікроценозу слизової оболонки носоглотки хворих та осіб з вогнища захворювання та встановлено переважаюча у контактних осіб ідентичність у видовому складі умовно-патогенних мікроорганізмів – потенційних збудників гнійних бактеріальних менінгітів.

Встановлено групи ризику виникнення захворювання на гнійний бактеріальний менінгіт та проведено корекцію мікроценотичних порушень носоглотки та фекалій з метою нормалізації мікроценозу та зниження захворюваності на гнійні бактеріальні менінгіти.

Уперше з використанням інформаційних технологій розроблена геоінформаційна система карт районів та міст Львівської області для контролю у просторі та часі за захворюваністю населення на гнійні бактеріальні менінгіти та гігієнічним станом атмосферного повітря.

Уперше в Україні проведені наукові дослідження з проблеми запобігання розвитку менінгітів бактеріальної етіології на основі вивчення мікроценотичних та імунологічних змін в організмі хворих на менінгіт, контактних осіб з вогнища захворювання на менінгіт та осіб з групи ризику з урахуванням хімічних чинників довкілля в регіоні з розробкою антибактеріальної та пробіотичної схеми запобігання виникненню бактеріальних менінгітів та їх усунення, розробкою профілактичних та протиепідемічних заходів.

Розроблена комплексна програма біологічної безпеки населення щодо збудників менінгітів.

Видано інформаційний лист «Характеристика антибіотико-резистентності штамів мікроорганізмів – потенційних збудників гнійних бактеріальних менінгітів»; подано заявку на включення до Переліку для впровадження нововведень: «Визначення фактору ризику розвитку захворюваності на бактеріальні менінгіти», «Особливості мікроценозу верхніх дихальних шляхів у хворих на гнійний бактеріальний менінгіт та контактних осіб з вогнища захворювання».

Опубліковано 4 наукові роботи, зроблено 2 доповіді на наукових фору-мах. Отримано 19 актів впровадження.

- НДР «Відновлення репродуктивної функції безплідних пар шляхом розробки та впровадження сучасних алгоритмів в діагностиці та лікуванні жіночого та чоловічого безпліддя» (Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U002226).

У процесі виконання НДР науково обґрунтоване та запропоновано нове рішення актуальної проблеми сучасної гінекології – відновлення імплантаційної здатності ендометрію, покращення його рецептивності та підвищення ефективності допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя (ТПБ), відновлення репродуктивної функції чоловіків.

Розроблена схема патогенезу порушень рецептивності ендометрію у пацієнток з ТПБ, на підставі якої розроблена комплексна диференційована система післяопераційної реабілітації жінок з ТПБ залежно від стану рецептивності ендометрію, оцінена ефективність її впровадження.

Уперше на підставі результатів обстеження чоловіків на первинному етапі звернення з приводу безпліддя у шлюбі встановлено частоту та основні причини розладів чоловічої репродуктивної функції в українській популяції. Уперше одержано дані щодо стану фертильності у чоловіків, які планують народження дитини. Науково обґрунтовано і розроблено медичні заходи з профілактики порушень репродуктивного здоров'я у чоловіків, спрямовані на ретельне спостереження за станом чоловічого здоров'я на різних етапах життя, починаючи з народження, своєчасну діагностику патології, адекватне її лікування та проведення диспансерного нагляду.

Запропоновано удосконалення організації первинної медичної допомоги парам, передусім чоловікам, з неплідністю у шлюбі при акушерсько-гінекологічних установах обласного рівня, в основі якої має бути скоординована дія двох фахівців – акушера-гінеколога та андролога.

До застосування у закладах охорони здоров'я акушерсько-гінекологічного та репродуктологічного профілю пропонується комплексна диференційована система післяопераційної реабілітації жінок з ТПБ залежно від стану рецептивності ендометрію.

Одержані дані про частоту і причини порушень репродуктивної функції у чоловіків з непліддям у шлюбі можуть лягти в основу обґрунтування напрямків розвитку андрологічної служби в Україні. Пропозиції, що витікають з результатів проведеного дослідження, можуть бути використаними для покращення організації надання медичної допомоги парам з непліддям у шлюбі. Впровадження в широку клінічну практику розроблених заходів з профілактичного спостереження за станом чоловічого здоров'я на різних етапах життя надасть можливість попередити у них порушення фертильності і зменшити кількість безплідних шлюбів.

Результати НДР висвітлені: в інформаційних листах – «Сучасні шляхи профілактики розвитку субінволюції матки у породіль», «Профілактика анемії у пацієток з фізіологічним перебігом вагітності», «Нові терапевтичні підходи до лікування жінок з дисплазією епітелію шийки матки, обумовленою папіломавірусною інфекцією»; методичних рекомендаціях «Серцево-легенева реанімація у вагітних»; підручниках та навчальних посібниках – «Еталони практичних навичок», «1+1=3. Біотехнологія запліднення ін вітро (одна з методик ДРТ)», «Акушерство і гінекологія», «Актуальні питання акушерства у практиці сімейного лікаря».

За тематикою НДР виконані докторська дисертація «Вагітність після допоміжних репродуктивних технологій при захворюваннях гепатобіліарної системи: прогнозування, профілактика та лікування ускладнень» та кандидатські дисертації – «Диференційований підхід до хірургічної тактики лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку», «Корекція репродуктивного здоров'я при йоддефіцитних захворюваннях», «Нові підходи лікування міоми матки», «М'які стимуляції фолікулів росту в програмах запліднення in vitro – альтернатива стандартним протоколам», «Оптимізація процесу визначення та оцінки об'єму крововтрати в послідовому та післяпологовому періодах»; отримані патенти «Спосіб діагностики стану порожнини матки», «Спосіб лікування плоскоепітеліальної та залозистої інтраепітеліальної дисплазії в цервікальному каналі шийки матки», «Спосіб діагностики та лікування плоскоепітеліальної ендоцервікальної дисплазії епітелію шийки матки», «Спосіб катетеризації периферичних вен», «Спосіб прогнозування прееклампсії у вагітних групи

високого ризику». Оpubліковано 70 наукових праць, з них 8 – у незалежних міжнародних видання.

• НДР «Удосконалити та впровадити реконструктивні втручання на аортальному клапані у пацієнтів різного віку» (Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U001833).

Представлене дослідження є першим в Україні, спрямованим на покращення діагностики та хірургічного лікування дітей різного віку за допомогою реконструктивних втручань при патології аортального клапана.

Уперше в Україні розроблено та впроваджено програму діагностики аортальних вад з метою відновлення компетенції клапана за рахунок збереження власних тканин. З метою оцінки ефективності різних методів хірургічної реконструкції аортального клапана проведено аналіз безпосередніх і віддалених результатів. Запропоновано свій запатентований спосіб інтраопераційної оцінки аортального клапана, яким вимірюють геометричні параметри (геометричну та ефективну висоти) стулки аортального клапана, та на основі оцінки отриманих параметрів виконують хірургічну корекцію вад кожної зі стулок. Розроблена в експерименті, а потім успішно застосована у хворих, методика протезування аортальних стулок аутоперикардом.

Пластика аортального клапана може розглядатись як хірургія вибору у дітей. Визначення ефективної висоти стулок аортального клапана після корекції є важливою прогностичною ознакою якості оперативного лікування. Хірургічні підходи потребують подальшого вивчення і стандартизації. Повне протезування аортального клапана аутоперикардом є альтернативою реконструктивних втручань у випадках з несприятливими анатомічними формами вади.

Впровадження результатів дозволило значно підвищити якість кардіохірургічної допомоги дітям різного віку з вадами аортального клапана за рахунок оптимізації більшості етапів лікувально-діагностичного процесу. Застосування трансторакальної і трансезофагіальної ехокардіографії дозволило більш точно оцінювати анатомічні особливості вади, на основі чого приймалось рішення про використання того чи іншого методу реконструкції аортального клапана.

При хірургічному лікуванні пацієнтів із критичним стенозом аортального клапана для забезпечення адекватного захисту міокарда було застосовано вдосконалену методику штучного кровообігу (ШК) з максимальним скороченням інтервалу часу між підключенням ШК і початком кардіоплегії.

Використання вдосконаленої методики комісуротомії аортального клапана у новонароджених і немовлят сприяло отриманню добрих безпосереднього і середньовіддалених результатів. Завдяки впровадженню способу визначення ефективної висоти стулок аортального клапана досягнуто підвищення якості реконструкції аортального клапана у дітей старшого і підліткового віку.

Ефективність: зменшення кількості ускладнень та зменшення терміну перебування в стаціонарі пацієнтів з аортальними вадами серця та раціонального впровадження оптимізованих протоколів діагностики та методів реконструкції аортального клапана.

Результати дослідження були впроваджені в практику ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», відділення вроджених та

набутих вад серця у підлітків та дорослих ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», відділення кардіохірургії Львівський обласний клініко-діагностичний кардіологічний центр. Оновлені матеріали курсів тематичного удосконалення для лікарів на кафедрі дитячої кардіології та кардіохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

За тематикою НДР виконано докторську дисертацію «Хірургічне лікування конотрункальних вад серця з великими аорто-легеневими колатеральними артеріями» і кандидатську дисертацію «Реінфузія відмитих аутологічних еритроцитів при кардіохірургічних втручаннях в умовах штучного кровообігу у новонароджених».

Отримано патент України «Спосіб інтраопераційної оцінки аортального клапана», опубліковано 25 наукових статей (5 – у зарубіжних виданнях).

• НДР «Ендоваскулярні втручання у дітей, що перенесли кардіохірургічні операції з приводу складних вроджених вад серця» (Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000792).

Уперше обґрунтована концепція використання ендоваскулярної хірургії для усунення залишкової патології у дітей та дорослих після кардіохірургічних операцій з приводу природжених вад серця (ПВС).

Узагальнено досвід ендоваскулярних втручань при різних видах залишкової патології після кардіохірургічної корекції ПВС, розроблені строки, показання та протипоказання до ендоваскулярних процедур після кардіохірургічних операцій.

Уперше розроблені алгоритми ендоваскулярних втручань у ранньому післяопераційному періоді, розроблена методика виконання ендоваскулярних втручань після кардіохірургічної корекції ПВС з урахуванням виду залишкової патології та особливостей попередньої операції.

Уперше розроблені показання до гібридного втручання для усунення залишкової патології після кардіохірургічних операцій з приводу ПВС.

Уперше розроблені протоколи та алгоритми ендоваскулярного усунення залишкової патології після кардіохірургічних операцій з приводу ПВС.

За рахунок удосконалення методів ендоваскулярного лікування підвищена ефективність кардіохірургічної допомоги та покращена якість життя пацієнтам у різні строки післяопераційного періоду. Завдяки скороченню стаціонарного лікування і зменшенню повторних хірургічних втручань відбувається збільшення рентабельності лікування при ПВС. Особливо це стосується випадків, коли пацієнт потребує корекції у декілька етапів.

Завдяки розробці та впровадженню способу хірургічної корекції стенозу легеневих вен (інформаційний лист, патент на корисну модель) покращили ефективність проведення подальших ендоваскулярних втручань.

Застосування методу рентгенендоваскулярної оптимізації легеневого кровотоку шляхом стентування відкритої артеріальної протоки (патент на корисну модель) дозволило зменшити кількість етапів хірургічних втручань при дуктус-залежних ПВС. Завдяки практичному використанню результатів роботи зменшено смертність при ПВС, кількість ускладнень після кардіохірургічних операцій з приводу ПВС, кількість повторних кардіохірургічних втручань. Збільшені тривалість і якість життя пацієнтів з ПВС та

рентабельність лікування завдяки скороченню стаціонарного лікування і зменшенню повторних втручань при ПІВС.

За тематикою НДР отримані патенти на корисну модель «Спосіб рентгеноваскулярної діагностики аномального відходження коронарних артерій від легеневої артерії», «Спосіб проведення стентування відкритої артеріальної протоки», «Спосіб хірургічної корекції стенозу легеневих вен»; видано 2 інформаційні листи. Опубліковано 14 наукових статей у фахових виданнях.

Результати дослідження впроваджено у відділеннях рентгенхірургічних методів діагностики і лікування захворювань серця і судин ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», хірургії та інтенсивної терапії, рентгенангіографії та ендovasкулярної хірургії ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», на кафедрі дитячої кардіології та кардіохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

• НДР «Наукове обґрунтування принципів організації та функціонування відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги (emergency department) у лікарнях інтенсивного лікування та багатопрофільних лікарнях» (Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U002643).

Проаналізовано, у порівняльному аспекті, структуру ресурсного та кадрового забезпечення, функціонування відділень екстреної медичної допомоги (emergency department) у провідних системах охорони здоров'я світу.

Визначено реальний обсяг та структурну потребу в наданні екстреної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі в Україні.

Проведено науковий аналіз матеріально-технічної та ресурсної бази приймальних відділень та інших структур, що задіяні у наданні медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі.

У результаті комплексного інтегрального структурного аналізу, із застосуванням методики моделювання, було визначено найбільш оптимальну для реальних умов України модель структури ресурсного забезпечення та принципів функціонування раннього госпітального етапу в наданні екстреної медичної допомоги хворим та постраждалим.

Розроблені науково обґрунтовані структури матеріального та кадрового ресурсів функціональні засади emergency department у лікарнях інтенсивного лікування як компоненти системи екстреної медичної допомоги для реалізації завдань раннього госпітального етапу надання медичної допомоги хворим та постраждалим.

Проведено детальний аналіз структури та діяльності діючої мережі лікарень швидкої медичної допомоги (ЛШМД).

Розроблено проект методики індивідуального розрахунку штатних нормативів emergency department ЛШМД та проекти відповідних нормативних наказів щодо її впровадження.

Створення emergency department у складі ЛШМД дозволить значно оптимізувати процес їх реорганізації у ЛЛ.

Вперше в Україні проведено науковий аналіз стану раннього госпітального етапу надання стаціонарної екстреної медичної допомоги (ЕМД) в стаціонарних лікувальних закладах та мобільних госпіталах зони АТО, що дозволяє науково обґрунтувати шляхи

оптимального впровадження сучасних технологій та організації системи відділень emergency department в державі за більш короткий порівняно з передовими державами термін та дозволяє радикально змінити на більш досконалу концепцію надання ЕМД на ранньому госпітальному етапі.

Результати НДР висвітлені у 43 наукових статтях, монографії «Інноваційні технології хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч»; методичних рекомендаціях «Методика розрахунку штатної чисельності відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільної лікарні»; збірнику протоколів диспетчеризації екстреної медичної допомоги; інформаційних листах «Принципи надання медичної допомоги постраждалим з холодовою травмою у воєнно-польових та позалікарняних умовах», «Протокол прийняття клініко-організаційного рішення щодо виконання оперативних втручань при лікуванні переломів довгих кісток у постраждалих з політравмою внаслідок дорожньою транспортних пригод»; навчально-методичних посібниках «Медичне страхування», «Окремі питання організації медичного страхування», «Організація роботи медичного пункту військової частини на мирний час», «Анестезіологія та інтенсивна терапія», «Відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільних лікарень досвід та перспективи впровадження в Україні», докторських дисертаціях тощо.

• НДР «Розробити гігієнічні засоби та обґрунтувати способи їх застосування для профілактики і лікування променевих уражень слизової оболонки порожнини рота в хворих при променевої терапії» (Одеський національний медичний університет, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0113U002275).

У процесі виконання НДР розроблена рецептура, способи виготовлення засобів для догляду за порожниною рота гелів «Апіор-1» і «Апіор-2», обґрунтовані способи їх застосування у хворих з новоутвореннями в ділянці голови і шиї, які при протипухлинному лікуванні отримували променево терапію. На підставі результатів експериментальних досліджень розроблена нормативна документація та отримані позитивні висновки державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України.

Засоби «Апіор», завдяки пролонгованому протекторному ефекту сукупності властивостей складових біологічно-активних речовин, виявляють виразну радіопротекторну, антиоксидантну, протизапальну, протимікробну, регенеративну, імуностимулюючу дію, що зумовлює захист тканин ротової порожнини від факторів опромінення та швидку їх постпроменево репарацію.

Включення в схему комплексного лікування онкохворих місцевого застосування новостворених гігієнічних засобів сприяє покращенню стоматологічного статусу, балансу про- і антиоксидантної активності, цитокінового профілю ротової рідини, відновленню місцевого імунітету, нормалізації мікробіоценозу порожнини рота при дії на організм факторів променевої терапії.

За результатами НДР:

– до Переліку для впровадження включені нововведення: «Спосіб лікування променевих реакцій слизової оболонки порожнини рота», «Спосіб профілактики та лікування променевих ускладнень слизової оболонки порожнини рота при променевої терапії в ділянці голови і шиї», «Спосіб лікування уражених променевою терапією тканин слизової оболонки порожнини рота», «Ефективність лікування генералізованого парадонтиту при місцевому застосуванні апігеля і магнітотерапії»;

– видано інформаційні листи «Спосіб місцевого лікування реакцій слизової оболонки порожнини рота на проведену променевою терапією», «Спосіб лікування уражених променевою терапією тканин слизової оболонки порожнини рота»;

– отримані патенти України: «Гель для лікування реакцій слизової оболонки порожнини рота на променевою терапією», «Спосіб лікування реакцій слизової оболонки порожнини рота на проведену променевою терапією», «Спосіб профілактики та лікування запальних ускладнень періімплантатних тканин при дентальній імплантації», «Гель «Апіор» для місцевої профілактики та лікування ускладнень уражених тканин порожнини рота, що виникли в результаті променевої терапії», «Спосіб лікування уражених променевою терапією тканин слизової оболонки порожнини рота»;

– опубліковано 20 наукових статей у провідних фахових виданнях (4 – у виданнях, що входять до наукометричних баз даних, 1 – зарубіжному), 17 тез у матеріалах наукових форумів.

Розроблені способи лікування уражених променевою терапією тканин шляхом застосування засобів «Апіор» зі знеболювальним, радіопротекторним, протизапальним, антимікробним, ранозагоювальним, імуномодельючим ефектами та магнітотерапії з низькочастотним електромагнітним полем створюють умови для прискореного безболісного загоювання та усунення уражень.

• НДР «Роль епігенетичної модифікації генів WNT регуляторного шляху (*GHSR*, *TUSC5*, *WIF1*, *DKK4* і *SFRP5*) в диференційній діагностиці гіперпроліферативних та неопластичних процесів молочної залози і матки» (Одеський національний медичний університет, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000774).

Під час виконання НДР вперше доведено, що вміст метильованої ДНК генів *GHSR*, *DKK4*, *SFRP5* і *TUSC5* у зразках тканини аденокарцином достовірно вищий, ніж у нормальній тканині молочної залози, що може використовуватися як маркер для диференціальної діагностики та прогнозування ризику розвитку раку молочної залози у цієї групи хворих.

Також вперше в Україні було доведено гіперметилування ДНК генів *GHSR* і *TUSC5* у хворих з гіперпроліферативними та онкологічними захворюваннями ендометрія. Це дозволяє з високим ступенем точності, на ранніх етапах захворювання прогнозувати ризик виникнення раку ендометрія.

Уперше в Україні запропоновано метод кількісної оцінки вмісту метилування генів у пухлинах для диференціальної діагностики пухлинних процесів молочної залози і матки, що сприятиме більш ефективній терапії та зменшенню економічних витрат на лікування жінок з пухлинними захворюваннями молочної залози та матки.

Впровадження результатів НДР у клінічну практику сприятиме поліпшенню диференціальної діагностики пухлинних процесів молочної залози і матки та прогнозу перебігу цих захворювань.

За тематикою НДР:

– видано інформаційний лист та до Переліку для впровадження включено нововведення «Спосіб раннього прогнозування ризику розвитку раку молочної залози у жінок з доброякісними пухлинами»;

– виконана кандидатська дисертація «Удосконалення діагностики та прогнозування проліферативних захворювань молочної залози шляхом оцінки стану метилування генів DKK4 та GSHR»;

– отримано патент України «Спосіб раннього прогнозування ризику розвитку раку молочної залози у жінок з доброякісними пухлинами» та подані заявки на отримання патентів «Спосіб раннього прогнозування ризику розвитку раку тіла матки в жінок із гіперпроліферативними процесами ендометрія», «Спосіб раннього прогнозування ризику розвитку раку тіла матки в жінок із гіперпроліферативними процесами ендометрія»;

– опубліковано 8 наукових статей у фахових журналах (з них 4 – у виданнях, що входять до наукометричних баз даних).

• НДР «Патофізіологічне обґрунтування та розробка органозберігаючих реконструктивно-пластичних операцій при вадах респіраторної системи у новонароджених та дітей раннього віку» (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000507).

Розроблено діагностичний та лікувальний протокол для різних нозологічних одиниць. Вперше систематизовано і патогенетично обґрунтовано сучасний науковий підхід до діагностики і лікування природжених вад розвитку на базі багатопрофільної лікарні за участі мультидисциплінарної команди спеціалістів.

Уперше в Україні систематизовано та конкретизовано показання до хірургічної корекції органічних, компресійних та функціональних стенозів дихальних шляхів. Розроблено та удосконалено способи хірургічних операцій для корекції різних нозологічних форм стенозів дихальних шляхів, зокрема при варіантах судинного кільця, трахеомалаяції, органічних стенозах трахеї, починаючи з періоду новонародженості.

Уперше на теренах Східної Європи розроблено діагностику та хірургічну корекцію різних типів трахеомалаяції з використанням динамічної трахеобронхоскопії, варіантів аортпексії та трахеопластики з вивченням віддалених результатів при використанні різних варіантів оперативних втручань.

Уперше в Україні розроблено ендоскопічний метод лікування стенозів трахеї за допомогою стентування з використанням стентів власної конструкції.

Уперше в світі створено нову концепцію патогенезу аплазії легені, патогенетично обґрунтовано можливість і доцільність хірургічної корекції аплазії легені у дітей, розроблено спосіб хірургічного лікування шляхом операції транслокації діафрагми. Обґрунтовано доцільність застосування транслокації діафрагми для попередження та корекції ускладнень резекції легень.

Уперше визначено роль судинного компонента в патогенезі вродженої емфіземи легені та обґрунтовано доцільність сегментарної резекції легені із застосуванням органозберігаючого принципу.

Уперше в Україні обґрунтовано доцільність застосування симультанних операцій при корекції складних вад респіраторної системи, поєднаних із вадами інших систем організму, у тому числі із застосуванням штучного кровообігу.

Оптимізовано хірургічну тактику у дітей з вадами розвитку респіра-торної системи з урахуванням даних пренатальної та постнатальної діагностики.

Визначено принципи хірургічної корекції великих дефектів діафрагми у дітей з природженими діафрагмальними грижами із застосуванням торакального доступу,

використанням синтетичних матеріалів для пластики куполу діафрагми та принципу «торакалізації» черевної порожнини.

Розроблено способи діагностики та хірургічної корекції ізольованої трахеостравохідної нориці.

За результатами НДР опубліковано 8 наукових статей (1 – у зарубіжних виданнях) і 24 тез у матеріалах наукових форумів; отримані патенти: «Спосіб корекції лійкоподібної деформації грудної клітки», «Спосіб хірургічного лікування трахеомалії у дітей», «Спосіб корекції неповної вродженої розщілини груднини». Для впровадження у сферу охорони здоров'я запропоновані такі нововведення: «Спосіб корекції неповної вродженої розщілини груднини», «Сегментарна резекція легені при вродженій емфіземі у дітей», «Спосіб корекції лійкоподібної деформації грудної клітки», «Спосіб хірургічного лікування трахеомалії у дітей», «Метод стентування в лікуванні стенозів дихальних шляхів у дітей».

Матеріали НДР висвітлені у навчальних підручниках: «Діафрагмальні грижі у дітей. Проблемні питання діагностики і лікування», «Вади розвитку дихальної системи. Атлас», «Хірургія дитячого віку».

- НДР «Новітні технології медикаментозної та хірургічної профілактики інсульту та серцево-судинних ускладнень в хворих на артеріальну гіпертензію та з атеросклеротичними ураженнями різних судинних басейнів» (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000509).

У роботі розроблений комплексний підхід до підвищення ефективності антигіпертензивної терапії у пацієнтів з неускладненою артеріальною гіпертензією (АГ), котрий поєднує спрощений покроковий алгоритм призначення антигіпертензивної терапії на базі фіксованої медикаментозної комбінації, прийнятний для застосування у клінічній практиці.

Обґрунтовані оптимальні режими визначення домашнього артеріального тиску (АТ) для оцінки ефективності антигіпертензивної терапії та визначення фенотипів АГ, зокрема їх відмінності на різних етапах систематичного алгоритмізованого антигіпертензивного лікування.

Обґрунтовано потребу обов'язкової оцінки прихильності до лікування в пацієнтів з АГ, неконтрольованою попри антигіпертензивну терапію, зокрема в осіб з ймовірно резистентною АГ, перед проведенням її корекції та у подальшому не пізніше, ніж через 6 місяців.

Визначено клінічне значення варіабельності домашнього АТ та обґрунтовано доцільність її визначення з метою оцінки ефективності антигіпертензивної терапії щодо контролю домашнього АТ на подальших етапах лікування.

Уперше в Україні на основі отриманих даних динаміки церебрального кровотоку і клінічної картини захворювання після консервативного та оперативного лікування запропонована удосконалена діагностична та лікувальна тактика для хворих з компресійним синдромом хребтової артерії залежно від характеру клінічної картини та гемодинамічних порушень. Визначені показання до виконання хірургічних втручань у хворих з компресійним синдромом хребтової артерії.

За результатами НДР опубліковано 77 наукових статей і тез (у 2016 р. – 20 наукових статей, 6 – у зарубіжних виданнях і 9 тез у матеріалах наукових форумів); отримані патенти: «Спосіб блокади шийного симпатичного сплетіння», «Спосіб лікування хворих із синдромом

хребтових артерій та вертебробазиллярної недостатності», «Спосіб оперативного доступу до сонних та хребтових артерій», «Спосіб оперативного доступу до сонних та хребтових артерій»; видані методичні рекомендації «Діагностика і хірургічне лікування хворих з синдромом хребтової артерії, спричиненого екстравазальною компресією».

Матеріали НДР висвітлені у навчальному підручнику: «Топографічна анатомія і оперативна хірургія голови та шиї».

Практичні результати, що ґрунтуються на основних положеннях дослідження, впроваджені у практику роботи ряду кардіологічних, інфарктних відділень та відділень кардіологічної реабілітації.

• НДР «Оптимізувати діагностику ураження органів-мішеней та лікувальну стратегію у пацієнтів з артеріальною гіпертензією молодого віку» (Харківський національний медичний університет, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U003386).

Інноваційними рисами результатів НДР є визначення інформативних ранніх маркерів ремоделювання серця і судин, визначення їх порогових величин для хворих 18–40 років з анамнезом підвищення АТ. Дослідження структурно-геометричних змін магістральних судин та морфо-функціональних показників лівого шлуночка спрямоване на уточнення патогенетичних механізмів розвитку ураження органів-мішеней при артеріальній гіпертензії.

Впровадження алгоритму обстеження осіб молодого віку з анамнезом підвищення АТ з метою виявлення субклінічного ураження органів-мішеней дозволить покращити на 25% діагностику прихованої АГ та проводити профілактичні і більш ефективні терапевтичні заходи у таких хворих, а також сприятиме оптимальному вибору лікарських засобів, зменшенню побічних реакцій та, відповідно, кращій прихильності хворих до лікування.

Розроблено диференційовану лікувальну стратегію використання антигіпертензивних препаратів у хворих з неускладненою АГ 1 і 2 ступеня, спрямовану на підвищення ефективності лікування і зменшення кількості небажаних реакцій. Розроблено критерії комплексної оцінки ефективності антигіпертензивної терапії у хворих на гіпертонічну хворобу молодого віку та алгоритми персоналізованого лікування.

Запропоновано новий спосіб визначення ранніх маркерів ремоделювання серця і судин для чоловіків 18–25 років з анамнезом підвищеного АТ різних фенотипів.

Розроблено систему моніторингу ефективності тривалої антигіпертензивної терапії у хворих з АГ молодого віку на підставі визначення показників жорсткості судинної стінки через 3 місяці без подальшої динаміки через 12 місяців лікування.

Розроблено та запропоновано новий спосіб корекції дефіциту магнію серед молодих чоловіків з АГ.

Розроблено та запропоновано новий спосіб лікування пацієнтів з АГ і вегетативними розладами, який спрямований на зменшення ступеня психоемоційних проявів, гіпертензивної енцефалопатії та когнітивних порушень, а також поліпшення якості життя, разом із нормалізацією циркадного ритму АТ і його варіабельності.

За результатами дослідження: опубліковано 36 наукових статей у спеціалізованих фахових виданнях і 45 тез у матеріалах наукових форумів; отримано патенти на винахід: «Спосіб визначення ранніх маркерів ремоделювання серця і судин для чоловіків 18–25 років з анамнезом підвищеного артеріального тиску різних фенотипів», «Спосіб лікування артеріальної гіпертензії у молодих чоловіків з клінічними ознаками дефіциту магнію»,

«Спосіб корекції жорсткості судин у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та метаболічними порушеннями»; до Переліку для впровадження запропоноване нововведення «Спосіб визначення ранніх маркерів ремоделювання серця і судин для чоловіків 18–25 років з анамнезом підвищеного артеріального тиску різних фенотипів», видано 3 інформаційні листи. Матеріали НДР висвітлені у монографії «Профілактика неінфекційних захворювань» та двох навчальних посібниках.

Медична ефективність полягає у покращенні діагностики та лікування АГ в осіб молодого віку, апробації та клінічному впровадженню лікувальних стратегій щодо цієї когорти хворих, зниженні кардіоваскулярного ризику в межах 25–35%.

• НДР «Створити систему раннього виявлення, корекції та профілактики посттравматичних стресових розладів у населення України в сучасних умовах» (Харківський національний медичний університет, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0115U000273).

Уперше на основі системного підходу до оцінки результату комплексних клініко-психопатологічних, біохімічних та психодіагностичних досліджень посттравматичного стресового розладу встановлено причинно-наслідковий взаємозв'язок біологічних, соціально-психологічних та клініко-психопатологічних факторів, що визначають формування суїцидальної поведінки при посттравматичних стресових розладах в сучасних умовах. Виділено тривожний, астеничний, дисфоричний, іпохондричний та змішаний варіанти психопатологічної симптоматики в клінічній картині посттравматичних стресових розладів.

Показано роль дисбалансу в системі біогенних амінів у розвитку посттравматичного стресового розладу, описано метаболічні порушення, що створюють нейрогормональний фон для розвитку суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад. Проведено дослідження генетичної асоціації при суїцидальній поведінці у хворих на посттравматичний стресовий розлад. Розроблена модель формування суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад.

Проведено комплексне дослідження специфіки клінічної картини посттравматичних стресових розладів у сучасних українських умовах, визначено ефективність комплексу клініко-психопатологічних та психодіагностичних методик для раннього виявлення та визначення ступеня виразності суїцидальних проявів у хворих на посттравматичний стресовий розлад.

Уперше на основі отриманих результатів було розроблено систему раннього виявлення, корекції та профілактики суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад, проведена оцінка її ефективності.

Створена та апробована система раннього виявлення, корекції та профілактики суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад, проведена оцінка її ефективності.

Розроблено та запропоновано новий метод лікування посттравматичного стресового розладу, який включає комплексне використання методів психофармакотерапії (інгібітора зворотного захвату серотоніну-сертраліну), психотерапії та психоосвітніх програм.

За результатами НДР: опубліковано 53 наукові статті у фахових виданнях, отримано патент на винахід «Спосіб корекції психоемоційних розладів у військовослужбовців-офіцерів у поза бойовій обстановці», видано інформаційний лист «Метод лікування

посттравматичного стресового розладу», виконано кандидатську дисертаційну роботу «Механізми формування та система психопрофілактики суїцидальної поведінки при депресії у хворих молодого віку».

Результатом впровадження вказаної системи виявлення, корекції та профілактики посттравматичного стресового розладу є скорочення витрат на лікування та підвищення якості життя хворих на посттравматичний стресовий розлад, запобігання суїцидальних дій серед хворих, зниження смертності, зменшення медико-психологічних наслідків суїцидальних дій.

Медична ефективність полягає в оптимізації комплексного лікування та психосоціальної реабілітації хворих з посттравматичними стресовими розладами в стаціонарній і амбулаторній практиці.

• НДР «Вивчити інформативність інноваційних методів променевої діагностики в контролі ефективності лікування хворих на найбільш розповсюджені форми злоякісних новоутворень органів жіночої репродуктивної системи» (Національний інститут раку, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації: 0114U001060).

Вивчено та систематизовано променеві ознаки злоякісних новоутворень органів жіночої репродуктивної системи з урахуванням інноваційних методик променевих методів досліджень: ультразвукової еластографії, високопольної магнітно-резонансної та рентгенівської мультиспіральної томографії та стереотаксичної біопсії.

Визначено роль та місце кожного променевого методу, послідовність їх застосування для отримання найбільш інформативних та достовірних результатів у період проведення лікування. Доведена значущість динамічних променевих досліджень пацієнтів із новоутвореннями шийки матки.

Отримані результати підтверджують доцільність застосування комплексу променевих методів досліджень, спрямованого на визначення основних променевих ознак розповсюдження пухлинного процесу.

Розроблено та складено оптимальні алгоритми із впровадженням у комплекс досліджень інноваційних методик для діагностики та оцінки ефективності лікування хворих на злоякісні новоутворення органів жіночої репродуктивної системи.

У цьому дослідженні вперше в Україні впроваджено застосування ультразвукового дослідження, із застосуванням методики еластографії для дослідження злоякісних новоутворень органів жіночої репродуктивної системи, а саме раку шийки матки та раку грудної залози.

На основі отриманих результатів НДР та розробки діагностичних алгоритмів можливе внесення доповнень у Національні стандарти діагностики та лікування онкологічних хворих.

Практична цінність результатів НДР:

– впровадження в практичну діяльність розроблених методик променевих методів досліджень дозволило визначити нові променеві ознаки, що уточнюють поширеність злоякісного процесу та підвищують рівень діагностики хворих із злоякісними новоутвореннями грудної залози та органів жіночої репродуктивної системи;

– розробка та впровадження інноваційних методик дозволили отримати результати з високим ступенем достовірності. Результати проведених досліджень дозволили визначити інформативність застосованих методів діагностики, їх діагностичну точність, специфічність

та чутливість у пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями грудної залози та раком шийки матки.

За тематикою НДР:

– виконані 2 кандидатські дисертації – «Застосування еластографії в комплексному ультразвуковому дослідженні хворих на рак шийки матки», «Комплексне променеве дослідження у діагностиці та динамічному спостереженні вузлових форм фіброаденоматозу грудної залози»;

– видані методичні рекомендації: «Алгоритм променевої діагностики та динамічного спостереження вузлових форм фіброаденоматозу грудної залози», «Застосування компресійної еластографії у комплексному ультразвуковому дослідженні хворих на рак шийки матки»;

– отримано патенти «Спосіб визначення об'єму пухлини у хворих на рак шийки матки», «Виявлення інвазії рака шийки матки в параметрії за допомогою компресійної еластографії»;

– опубліковано 46 наукових статей.

Матеріали НДР висвітлені у підручнику «Клиническая рентгенология с основами КТ-анатомии».

За результатами впровадження результатів НДР було отримано 10 актів впровадження.

• НДР «Розробити методи конформної променевої терапії резистентних форм раку шийки матки» (Національний інститут раку, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U001062).

Розроблено програму контролю якості лінійного прискорювача електронів «Clinac 2100 CD» для конформної променевої терапії (ПТ) хворих на резистентні місцево поширені форми раку шийки матки (МП РШМ).

Розроблені оптимальні методики конформної ПТ при лікуванні на лінійному прискорювачі електронів хворих на резистентні форми МП РШМ з використанням хіміорадіомодифікаторів або режиму прискореного мультифракціонування дози опромінення.

Визначені етапи і послідовність топометричної підготовки хворих на резистентні форми МП РШМ до конформної ПТ на радіотерапевтичному комплексі Clinac 2100 CD.

Визначений алгоритм досліджень (клінічних, сонографічних, радіологічних) для моніторингу ефективності поєднаного променевого лікування за розробленими методами конформної ПТ хворих на резистентні форми МП РШМ.

Визначені засоби профілактики можливих токсичних ускладнень конформної ПТ, проведеної з використанням хіміорадіомодифікаторів або за режимом прискореного мультифракціонування дози іонізуючого випромінювання при поєднаному променевому лікуванні хворих на резистентні форми МП РШМ.

Застосування розроблених методів конформної променевої терапії у хворих на резистентні форми МП РШМ сприяє посиленню регресії пухлин без збільшення загальних і місцевих токсичних проявів лікування і частоти променевих реакцій з боку критичних органів порівняно з контрольною групою на 16,6% при застосуванні класичного режиму фракціонування дози опромінення з використанням хіміорадіомодифікаторів і на 20,1% – режиму прискореного мультифракціонування дози опромінення.

Аналіз віддалених результатів лікування хворих на резистентні місцево поширені форми раку шийки матки свідчить про ефективність використання розроблених методів конформної ПТ: показники загальної трирічної виживаності хворих збільшились на 15,6% (при застосуванні класичного режиму фракціонування дози опромінення з використанням хіміорадіомодифікаторів) і на 19,2% (при використанні режиму прискореного мультифракціонування дози опромінення) порівняно з контрольною групою.

Встановлено, що використання розроблених методів конформної ПТ в основних групах хворих підвищує показники безрецидивної трирічної виживаності хворих на 12,4% при застосуванні класичного режиму фракціонування дози опромінення на фоні хіміорадіомодифікаторів і на 15,1% – при використанні режиму прискореного мультифракціонування дози опромінення.

Встановлені показання та протипоказання до застосування розроблених методів конформної ПТ для хворих на резистентні форми МП РШМ.

Впровадження в практику охорони здоров'я України розроблених методів конформної ПТ на сучасних лінійних прискорювачах електронів сприятиме більш комфортному для пацієнток проведенню лікувального процесу, скороченню терміну лікування (на 10 діб) і підвищенню ефективності променевої терапії хворих на резистентні форми МП РШМ. Вищезазначене є підставою для внесення доповнень у протоколи лікування хворих на місцево поширені форми раку шийки матки в Національних стандартах діагностики і лікування онкологічних хворих.

За тематикою НДР:

- виконані 2 кандидатські дисертації «Застосування еластографії в комплексному ультразвуковому дослідженні хворих на рак шийки матки», «Комплексне променеве дослідження в діагностиці та динамічному спостереженні вузлових форм фіброаденоматозу грудної залози»;

- видані методичні рекомендації «Методи конформної променевої терапії при лікуванні поширених форм раку шийки матки» та інформаційний лист «Застосування радіомодифікаторів при конформній променевій терапії резистентних форм раку шийки матки»;

- отримано 3 патенти – «Спосіб визначення об'єму пухлини у хворих на рак шийки матки», «Спосіб лікування хворих на рак шийки матки», «Спосіб лікування хворих на радіорезистентні форми раку шийки матки»;

- опубліковано 57 наукових праць (25 – у фахових журналах).

- НДР «Розробити алгоритм гістологічного дослідження для визначення прогнозу при аденокарциномах товстої кишки з урахуванням зціплення морфологічних, гістохімічних та імуногістохімічних ознак» (Національний інститут раку, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U001061).

Уперше оцінено клітинний спектр аденокарциноми товстої кишки (АКТК) за вмістом ДНК у ядрах пухлинних клітин. Показана можливість і розроблено спосіб непрямого визначення плоідності клітин за каріометричними показниками у рутинній патогістологічній практиці без застосування складних методів забарвлення.

Розроблено метод визначення різних морфо-функціональних типів пухлинних клітин у складі АКТК. Доведено, що окремо взяті ознаки стану ядер клітин аденокарцином (кількість ДНК, стан ядерцевих організаторів, експресія Ki-67, Vcl-2 і p53) не є значущими

при самостійному використанні в якості прямих критеріїв для уточнення диференціювання пухлини та прогнозу її розвитку. У той самий час похідні від низки зазначених ознак можуть слугувати достовірно значущими критеріями. Аденокарциноми товстої кишки різного ступеня диференціювання якісно відрізняються між собою, а для уточнення ступеня їх диференціювання необхідні різні математичні моделі, які мають різні коефіцієнти рівняння регресії та набір параметрів.

Розроблено алгоритм гістологічного дослідження аденокарцином товстої кишки і визначення пухлини як сприятливого або несприятливого гістологічного типу.

Перевагою отриманих результатів над аналогами є те, що вперше на основі багатофакторного аналізу та рівня зціплення фенотипових ознак розроблені: математичні моделі об'єктивного визначення диференціювання АДТК та виживаності пацієнтів з цією патологією. Комплексний аналіз отриманих даних дав можливість побудувати алгоритм гістологічного дослідження АДТК.

Вперше на основі багатофакторного аналізу та рівня зціплення фенотипових ознак розроблені: математичні моделі об'єктивного визначення диференціювання АДТК та виживаності пацієнтів з цією патологією.

Практична цінність результатів НДР: підвищення достовірності та інформативності гістологічної діагностики злоякісних пухлин і прогнозу перебігу захворювання (на 10–15%), що є передумовою покращення ефективності лікування.

За тематикою НДР:

– подані заявки на включення наукового повідомлення до Переліку для впровадження: «Методика визначення частки функціонально активних клітин у складі епітеліальних пухлин товстої кишки», «Методика комп'ютерної картометрії на цифрових зображеннях гістологічних препаратів», «Методика прогнозування виживаності при аденокарциномі товстої кишки», «Методика визначення ступеня диференціювання аденокарциноми товстої кишки»;

– виконана кандидатська дисертація «Оптимізація визначення диференціювання аденокарциноми товстої кишки та моделювання виживаності на основі багатофакторної оцінки гістологічних критеріїв»;

– прийнято до видання інформаційний лист «Визначення ступеня диференціювання аденокарцином товстої кишки за кількісними параметрами стану ядерного апарату пухлинних клітин»;

– отримано 3 патенти: «Спосіб комп'ютерної каріометрії на цифрових зображеннях гістологічних препаратів», «Спосіб визначення частки функціонально активних клітин у складі епітеліальних пухлин товстої кишки», «Спосіб прогнозування виживаності при аденокарциномі товстої кишки», подані 2 заявки на отримання патентів України;

– опубліковано 28 наукових праць, з них: 6 статей (1 – у незалежних міжнародних експертних виданнях), 18 тез (з них 1 – у незалежних міжнародних експертних виданнях).

Матеріали НДР висвітлені у навчальному посібнику для студентів ВМНЗ «Практикум з гістології, цитології та ембріології». Отримано 19 актів впровадження.

• НДР «Науково-методичний супровід регіоналізації перинатальної допомоги» (ДУ «Український інститут стратегічних досліджень», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U006051).

За результатами виконання НДР розроблено, апробовано і впроваджено відповідну принципам ВООЗ національну систему моніторингу та оцінки регіоналізації перинатальної допомоги та програму обробки даних моніторингу та оцінки (МіО); здійснено оцінку слабкостей і можливостей регіоналізації перинатальної допомоги (РПД) із застосуванням розробленої технології проведення SWOT-аналізу (Strengths – сильні сторони, Weaknesses – слабкі сторони, Opportunities – можливості, Threats – загрози) РПД; отримано результати з доведеною ефективністю впливу системи РПД на доступність пацієнтам різних рівнів перинатальної допомоги залежно від ступеня перинатального ризику.

Уперше в Україні розроблена відповідно до принципів ВООЗ національна система моніторингу та оцінки регіоналізації перинатальної допомоги та програма обробки даних МіО діяльності закладів перинатальної допомоги різних рівнів.

На відміну від існуючих методів оцінки діяльності сфери охорони здоров'я в цілому та її окремих служб розроблена система оцінки регіоналізації перинатальної допомоги із застосуванням МіО і SWOT-аналізу РПД дозволяє оцінити доступність спеціалізованої і високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги залежно від потреби пацієнтів у ній, показники ефективності та якості перинатальної допомоги залежно від рівнів закладів перинатальної допомоги, виявити вплив регіоналізації на основні показники діяльності служби перинатальної допомоги, сили і слабкості регіоналізації. Отримані дані аналізу та оцінки можуть бути використані і для забезпечення управління впровадженням регіоналізації та її стратегічного планування.

Наукові результати НДР представлені у методичних рекомендаціях «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини – Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах»; 2 галузевих нововведеннях: «Методика моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги», «Технологія SWOT – регіоналізації перинатальної допомоги»; 8 наукових статтях; 5 публікаціях у матеріалах наукових форумів.

• НДР «Розробка нових та вдосконалення існуючих технологій в діагностично-лікувальному забезпеченні хірургії ендокринних залоз (щитоподібної, прищитоподібних та надниркових) на основі власних клінічних досліджень» (Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0113U006384).

Уперше розроблено протокол комплексної оцінки та тривалого моніторингу функції гортані після операцій на щитоподібній залозі, запропоновано методику індивідуалізованого вибору розташування ендопортів для лапароскопічних втручань на наднирковій залозі, розроблено метод диференційної діагностики малосимптомного первинного гіперпаратиреозу та гіпопаратиреозу, викликаного дефіцитом вітаміну D, запропоновано методику діагностики післяопераційного парезу зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва, розроблено оригінальну методику фіксації селезінки при лівобічній лапароскопічній адреналектомії.

За результатами НДР:

– до Переліку для впровадження включені наукові повідомлення (нововведення): «Спосіб вибору точок розташування ендоскопічних портів при правобічній лапароскопічній адреналектомії», «Спосіб вибору точок розташування ендоскопічних портів при лівобічній лапароскопічній адреналектомії», «Спосіб лієнопексії в процесі виконання лапароскопічної лівобічної адреналектомії», «Спосіб диференційної діагностики первинного гіперпара-

тиреозу та вторинного гіперпаратиреозу, що викликаний дефіцитом вітаміну D, шляхом призначення масляного розчину ергокальциферолу перорально», «Спосіб інтраопераційної ідентифікації зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва», які захищені патентами України;

– видано монографію «Стандарти надання медичної допомоги хворим з патологічними станами щитоподібної залози в умовах дії негативних чинників довкілля»;

– виконано докторську дисертацію «Шляхи попередження та лікування нервово-м'язових розладів в хірургії щитоподібної залози» та 2 кандидатські дисертації – «Методи попередження та лікування пошкоджень верхнього гортанного нерва у хірургії щитоподібної залози», «Вдосконалення діагностики та лікування первинного гіперпаратиреозу у хворих із патологією щитоподібної залози»;

– опубліковано 56 наукових статей (5 – у іноземних виданнях), зроблено 31 доповідь на конференціях (7 – на міжнародних).

Основні результати роботи впроваджено у клінічних підрозділах Центру, міській клінічній лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя, Львівській обласній клінічній лікарні, міській клінічній лікарні № 2 м. Кривий Ріг, Київському міському центрі ендокринної хірургії, Полтавській обласній клінічній лікарні тощо. Матеріали НДР внесено до навчальних програм курсів стажування та інформації.

Ефективність: підвищено ефективність діагностики найбільш поширених форм хірургічної патології ендокринних залоз, покращено безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування первинного гіперпаратиреозу, пухлин щитоподібної залози, гіперпластичних захворювань надниркових залоз.

Результати дослідження значно вплинуть на ефективність практичної роботи ендокринних хірургів, лікарів-ендокринологів, кардіологів, терапевтів, рентгенологів-радіологів, які надають медичну допомогу хворим на первинний альдостеронізм та пухлини надниркових залоз.

• НДР «Механізми формування обмежень життєдіяльності внаслідок когнітивної дисфункції при артеріальній гіпертензії» (Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U003047).

На підставі системного дослідження патофізіологічних та патопсихологічних механізмів формування обмежень життєдіяльності внаслідок когнітивної дисфункції при артеріальній гіпертензії (АГ) удосконалено модель дослідження психологічних функцій хворих на АГ, що ґрунтується на Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я; встановлено предиктори сприятливого та несприятливого прогнозу перебігу когнітивної дисфункції при АГ; удосконалено програми психологічної корекції хворих на АГ та надана оцінка її ефективності; розроблені підходи до заповнення й проведення психолого-педагогічної складової індивідуальних програм реабілітації хворих на АГ у відділеному періоді після перенесеного інсульту.

Розроблені за результатами НДР інформаційні технології аналізу захворюваності/інвалідності внаслідок АГ та цереброваскулярних хвороб і психокорекції когнітивної дисфункції при цій патології сприяли підвищенню якості надання медико-соціальної допомоги, удосконаленню критеріїв оцінки когнітивної дисфункції в обмеженні життєдіяльності, поліпшенню якості реабілітації інвалідів (за рахунок впровадження

психологічної корекції на тлі медикаментозного лікування). Поліпшення функціонування та відновлення порушеної життєдіяльності хворих, що перенесли інсульт, за рахунок підвищення якості надання медико-експертної та медико-психологічної допомоги, поліпшення якості їхнього життя та успішної інтеграції у суспільство, сприяє зниженню економічних витрат держави на необґрунтовані виплати коштів за рахунок удосконалення визначення ступеня обмеження життєдіяльності.

Результати НДР висвітлені у монографії «Інвалідність: первинна, скрита, прогнозована», навчально-методичних посібниках «Інформаційна технологія аналізу динаміки інвалідності» та «Нозогенії при артеріальній гіпертензії», 25 наукових статтях (9 – у журналах, що входять до наукометричних баз даних), у 19 тезах матеріалів наукових форумів.

Видано методичні рекомендації: «Когнітивні функції в практиці медико-соціальної експертизи», «Психологічна допомога учасникам бойових дій в рамках індивідуальної програми реабілітації інваліда», аналітико-інформаційні довідники «Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2014 та 2015 роки».

Розроблені інформаційні технології аналізу захворюваності/ інвалідності внаслідок АГ й цереброваскулярних хвороб та психокорекції когнітивної дисфункції при цій патології сприяли підвищенню якості надання медико-соціальної допомоги, удосконаленню критеріїв оцінки когнітивної дисфункції в обмеженні життєдіяльності, поліпшенню якості реабілітації інвалідів.

• НДР «Розробити стандарти медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів внаслідок захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози країни» (Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U003048).

Отримана епідеміологічна характеристика первинної та накопиченої інвалідності внаслідок хронічних дифузних захворювань печінки (гепатити та цирози печінки) та підшлункової залози (фіброзний панкреатит, вірсунголітіаз, кісти підшлункової залози) за 2013–2015 рр. у динаміці за різними регіонами та в цілому по Україні.

Запропонована методика малоінвазивної технології хірургічного лікування кіст підшлункової залози, яка дозволяє ефективно проводити лікування псевдо- і справжніх кіст підшлункової залози, запобігає розвитку рецидивів кіст підшлункової залози та завдяки малоінвазивності супроводжується низькою частотою післяопераційних ускладнень.

Удосконалено та науково обґрунтовано критерії обмеження життєдіяльності та встановлення груп інвалідності при захворюваннях гепатобіліарної системи та підшлункової залози згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та урахуванням сучасних можливостей діагностики та контролю перебігу захворювання.

Результатом проведення НДР стала розробка сучасних стандартів медико-соціальної експертизи при захворюваннях гепатобіліарної системи та підшлункової залози.

Використання сучасних стандартів медико-соціальної експертизи та розробленої удосконаленої технології проведення медико-соціальної реабілітації інвалідів внаслідок захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози сприятиме підвищенню якості

надання медико-експертної та реабілітаційної допомоги, відновленню порушеної життєдіяльності та працездатності хворих.

Оновлені курси тематичного удосконалення «Актуальні питання організації медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих та інвалідів при внутрішніх захворюваннях», «Сучасне мініінвазивне лікування кіст підшлункової залози» для лікарів, лікарів-інтернів, сімейних лікарів на кафедрах ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». Проведена апробація результатів роботи в обласних центрах медико-соціальної експертизи 25 регіонів України.

За результатами НДР опубліковано: 12 статей (2 – у журналах, що входять до наукометричних баз даних), 3 тези у матеріалах наукових форумів; подано до друку 2 методичні рекомендації – «Стандарти медико-соціальної експертизи при хронічному гепатиті та цирозі печінки» та «Стандарти медико-соціальної експертизи при хронічному панкреатиті»; отримано патент на корисну модель «Спосіб мініінвазивного хірургічного лікування кіст підшлункової залози».

• НДР «Особливості непсихотичних психічних розладів у пацієнтів в умовах соціально-економічної трансформації та розробка моделі комплексної медичної та медико-психологічної допомоги» (Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000991).

На основі аналізу потенційно стресогенних стимулів, що є пусковими факторами непсихотичних психічних розладів, було розроблено та впроваджено модель комплексної медичної та медико-психологічної допомоги, лікування та реабілітації пацієнтів з непсихотичними психічними розладами. Удосконалено діагностику та лікування пацієнтів з непсихотичними психічними розладами в умовах соціально-економічної трансформації. Розроблено та валідизовано Шкалу оцінки якості життя CQLS.

Результати НДР за звітний період висвітлені у 2 методичних рекомендаціях, 2 монографіях, 9 наукових статтях (у т.ч. у незалежних міжнародних експертних виданнях – 1), 2 клінічних протоколах та Адаптованій клінічній настанові. Захищено 2 кандидатські дисертації: «Клінічний поліморфізм хронічного больового синдрому у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами (діагностика, принципи терапії)», «Тривожно-депресивні розлади у пацієнтів з хронічним больовим синдромом і фіброміалгією».

Результати НДР впроваджено в медичну практику у вигляді двох Адаптованих клінічних настанов та двох протоколів (накази МОЗ України від 25.12.2014 № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» та від 23.02.2016 № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі»):

– «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія) / Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

– «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом)»/ Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах.

– Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

– Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Посттравматичний стресовий розлад».

Ефективність результатів НДР полягає: в удосконаленні діагностики та лікування пацієнтів з неспсихотичними психічними розладами в умовах соціально-економічної трансформації; формуванні адаптивних механізмів для пом'якшення впливу на пацієнта несприятливих соціально-економічних факторів, що сприятиме поліпшенню його соціальної адаптації; зменшенні тривалості непрацездатності пацієнта, у зв'язку із підвищенням якості надання медико-психологічної допомоги.

• НДР «Розробка принципів реформування системи медичного менеджменту в галузі охорони психічного здоров'я населення України» (Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U000992).

На основі отриманих результатів розроблено та обгрунтовано проект Концепції державної програми охорони психічного здоров'я населення України; розроблено та обгрунтовано функціонально-організаційну систему психіатричної допомоги в межах проведення реформування системи охорони здоров'я України: запропоновані основи організації спільнотних служб охорони психічного здоров'я як перспективний напрям розвитку психіатричної служби України; розроблені рекомендації щодо організації служби охорони психічного здоров'я у госпітальних округах (на прикладі Білоцерківського госпітального округу Київської області).

Зроблено вартісну оцінку різних форм надання психіатричної медичної допомоги та проведено оцінку прибутковості закладів охорони психічного здоров'я на прикладі центру денного догляду для хворих на деменцію порівняно з відповідним стаціонарним закладом охорони здоров'я.

За результатами виконаної НДР опубліковано аналітично-статистичний довідник «Психічне здоров'я населення України», 9 наукових статей. У рамках НДР виконується кандидатська дисертація «Паліативна допомога хворим на деменцію у позалікарняних умовах».

За період виконання НДР до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сфері охорони здоров'я, включено 2 нововведення «Графічна візуалізація основних показників психіатричної та наркологічної допомоги населенню України», «Аналіз динаміки надання спеціалізованої медичної допомоги особам з розладами психіки та поведінки»; методичні рекомендації «Менеджмент медико-соціальних проблем пацієнтів з розумовою відсталістю на рівні первинної ланки медичної допомоги».

Медична та соціальна ефективність результатів НДР полягає в удосконаленні діагностики та лікування пацієнтів з неспсихотичними психічними розладами в умовах соціально-економічної трансформації.

• НДР «Комплексна оцінка ризику розвитку найбільш поширених професійних захворювань у працівників гірничо-металургійної галузі України» (Державна установа

«Український науково-дослідний інститут промислової медицини МОЗ України», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0116U002285).

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає у тому, що вперше в Україні:

- визначені ключові проблемні питання ризику розвитку професійної патології у працівників гірничо-металургійної галузі в сучасних соціально-економічних умовах і обґрунтовані шляхи їх вирішення з досягненням позитивних медико-соціальних результатів;
- надана комплексна гігієнічна оцінка умовам праці основних технологічних процесів при видобуванні та переробці залізної руди на сучасному етапі;
- на підставі епідеміологічних досліджень визначено рівень захворюваності та поширеність загальних і професійних захворювань у працівників гірничо-металургійної галузі України;
- оцінено ступінь причинно-наслідкового зв'язку порушень здоров'я працівників гірничо-металургійної галузі з умовами праці.

Результати проведених досліджень стануть науковим підґрунтям для розробки і впровадження комплексної системи управління ризиком розвитку професійної патології, спрямованої на зниження рівня як загальної, так і професійної патології, профілактику професійних захворювань та збереження здоров'я працівників і подовження періоду активної працездатності, що матиме значний соціальний, медичний та економічний ефект.

За матеріалами завершеної НДР видано:

- інформаційний лист «Метод розрахунку балів для визначення класу і ступеня важкості та напруженості трудового процесу»;
- методичні рекомендації «Оцінка професійного ризику при аналізі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності працівників гірничо-металургійного виробництва».

До Переліку для впровадження подано 2 нововведення: «Критерії діагностики хронічного обструктивного захворювання легень, асоційованого з пневмоконіозом, у працівників гірничорудної промисловості України», «Лікування пневмоконіозу в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень у працівників гірничорудної промисловості України».

У рамках НДР виконана кандидатська дисертаційна робота «Керування ризиками розвитку професійної пилової патології легень у працівників сучасного металургійного виробництва».

Результати НДР використані при підготовці «Керівництва з визначення і оцінки важкості та напруженості трудового процесу», посібника для лікарів «Принципи та критерії діагностики професійних захворювань».

• НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування природних та преформованих фізичних чинників у лікуванні кардіоваскулярної патології, що коморбідна з остеоартрозом» (Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U002259).

Уперше розроблено алгоритм інтегральної оцінки функціонального стану означеної категорії хворих, що дозволяє диференційовано призначати лікувально-реабілітаційні комплекси, а при оцінці функціонального стану в динаміці додатково дозволяє оцінити ефективність проведеного лікування.

Уперше розроблено послідовні багаторівневі диференційовані залежно від ступеня кардіоваскулярного ризику лікувально-реабілітаційні комплекси для відновлювального лікування хворих на серцево-судинну патологію у поєднанні з остеоартрозом колінних суглобів, що включають магнітотерапію сегментарних зон серця, методи пелоїдотерапії, аплікації бішофіту, лазеротерапію, на які отримано чотири патенти.

Вивчено віддалені результати відновлювального лікування хворих на коморбідну патологію із застосуванням розроблених лікувально-реабілітаційних комплексів. Впровадження розроблених лікувально-реабілітаційних комплексів сприяє підвищенню рівня фізичного та соціального функціонування хворих (зменшення прийому нестероїдних протизапальних засобів, що несприятливо впливають на перебіг серцево-судинної патології та знижують ефективність антигіпертензивної терапії), зменшенню кількості днів непрацездатності, профілактиці розвитку ускладнень, підвищенню якості життя хворих із зазначеною патологією.

За темою оформлено 5 нововведень: «Спосіб лікування артрозу у хворих на серцево-судинні захворювання», «Спосіб відновлювального лікування хворих на серцево-судинні захворювання»; «Спосіб корекції тазового болю у хворих на хронічний простатит на тлі метаболічного синдрому», «Спосіб корекції простатичного больового синдрому у хворих на хронічний простатит на тлі метаболічного синдрому», «Спосіб лікування хворих на хронічний простатит на тлі метаболічного синдрому»; опубліковано 3 методичні рекомендації: «Санаторно-курортне лікування остеоартрозу колінних суглобів у хворих на кардіоваскулярну патологію», «Комплексне санаторно-курортне лікування хворих на ішемічну хворобу серця із застосуванням функціонального харчування» та «Комплекси санаторно-курортної реабілітації хворих з ішемічною хворобою серця після хірургічної реваскуляризації міокарду з супутньою патологією (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гонартроз)»; 4 інформаційні листи – «Спосіб відновлювального лікування есенціальної артеріальної гіпертензії при супутньому остеохондрозі поперекового відділу хребта», «Спосіб лікування гонартрозу у хворих на кардіоваскулярну патологію», «Застосування функціонального харчування у хворих на серцево-судинні захворювання на санаторно-курортному етапі лікування» та «Інтегральна оцінка функціонального стану організму хворих на серцево-судинну патологію у поєднанні з гонартрозом»; отримано 4 патенти – «Спосіб лікування артрозу у хворих на серцево-судинні захворювання», «Спосіб відновлювального лікування хворих на серцево-судинні захворювання», «Спосіб реабілітації хворих після хірургічної реваскуляризації міокарду в сполученні з остеоартрозом», «Спосіб інтегральної оцінки функціонального стану хворих на серцево-судинну патологію у поєднанні з остеоартрозом»; надруковано 19 наукових статей, 13 тез у матеріалах наукових форумів.

• НДР «Розробка методик диференційованої комплексної імунореабілітації дітей з рецидивуючими бронхітами та часто хворіючих дітей на основі галоаерозольтерапії» (Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U001380).

Виявлені особливості клініко-функціональної характеристики, метаболічних порушень та змін імунної реактивності дітей з рецидивними бронхітами та дітей, що часто хворіють, які лягли в основу нових комплексів відновлювального лікування з використанням галоаерозольтерапії. Опрацьований інформативний комплекс імунологічних

та біохімічних обстежень для підвищення рівня діагностичного процесу та об'єктивізації контролю за перебігом захворювання і процесом лікування. Розроблені та патогенетично обґрунтовані диференційовані методики лікування дітей з рецидивними бронхітами та дітей, що часто хворіють, на основі дозованого використання аерозольних середовищ кам'яної солі в комбінації з валкіон-терапією або ж вітафон-терапією.

За результатами НДР:

- опубліковано 56 наукових праць, у т.ч. 12 – у фахових наукових виданнях (з них 7 – у журналах, що входять до міжнародних наукометричних баз даних);

- видано 2 інформаційні листи – «Особливості розвитку метаболічних порушень та ендогенної інтоксикації у дітей з рецидивуючими бронхітами та часто хворіючих дітей», «Можливості комплексної галоаерозольної терапії у відновлювальному імунореабілітаційному лікуванні часто хворіючих дітей»;

- підготовлені до видання методичні рекомендації «Диференційоване застосування методик відновлювального лікування на основі галоаерозольної терапії в етапній реабілітації дітей, хворих на рецидивуючий бронхіт, та часто хворіючих дітей»;

- запропоновано 3 наукові повідомлення до Переліку для впровадження;

- одержано 2 патенти на корисну модель – «Спосіб визначення ендогенної інтоксикації у часто хворіючих дітей», «Спосіб відновлювального лікування часто хворіючих дітей та дітей хворих на рецидивуючий бронхіт»; подано 3 заявки на винахід та корисну модель: «Спосіб відновлювального лікування часто хворіючих дітей та дітей хворих на рецидивуючий бронхіт», «Спосіб імунореабілітаційного лікування часто хворіючих дітей та дітей хворих на рецидивуючий бронхіт», «Спосіб імунореабілітаційного лікування часто хворіючих дітей та дітей хворих на рецидивуючий бронхіт».

- НДР «Функціонально-метаболічне обґрунтування застосування природних мінеральних вод в профілактиці та лікуванні порушень внутрішньосекреторної функції підшлункової залози при патології органів травлення» (Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України, строки виконання: 2014–2016 роки, № держреєстрації 0114U001381).

На основі дослідження особливостей порушень функціонального стану підшлункової залози уточнені закономірності розвитку її секреторної недостатності при хронічній патології органів травлення. Розроблений і апробований новий патогенетичний підхід до раннього виявлення порушень інкреторної функції підшлункової залози при хронічній патології органів травлення. Досліджені особливості панкреатотропних ефектів природних мінеральних вод різного складу та опрацьовані принципові підходи до тактики превентивної корекції секреторної панкреатичної недостатності і профілактики вторинного панкреатогенного цукрового діабету. Патогенетично обґрунтовані та розроблені диференційовані методики бальнеологічної корекції дисфункціональних станів панкреатичної секреції при хронічних захворюваннях травної системи.

За результатами НДР:

- опубліковано 39 наукових праць, у т.ч. 6 – у фахових наукових виданнях (з них 3 – у незалежних міжнародних експертних виданнях);

- видано 2 інформаційні листи «Неінвазивний метод діагностики дисфункціональних станів підшлункової залози», «Методика виявлення порушень внутрішньосекреторної функції підшлункової залози»;

– підготовлені до видання методичні рекомендації «Використання природних мінеральних вод в ранній корекції і профілактиці функціональної недостатності підшлункової залози у хворих з патологією органів травлення»;

– запропоновано 3 наукових повідомлення до Переліку для впровадження: «Спосіб діагностики секреторних порушень підшлункової залози», «Спосіб виявлення порушень внутрішньосекреторної функції підшлункової залози», «Методика застосування природних мінеральних вод в ранній корекції і профілактиці функціональної недостатності підшлункової залози у хворих з патологією органів травлення»;

– одержано патент на корисну модель «Спосіб діагностики секреторних порушень підшлункової залози»;

– окремі фрагменти НДР, що стосуються застосованих у лікуванні хворих природних мінеральних вод, відображені в дисертаційній роботі на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук «Клініко-патогенетичне обґрунтування комплексного реабілітаційного лікування хворих на псоріатичну хворобу з ураженням травної системи на амбулаторному етапі».

Запропонована неінвазивна технологія діагностики секреторних порушень підшлункової залози дозволяє виявляти ранні стадії функціональних порушень підшлункової залози, забезпечувати контроль за перебігом процесу лікування.

Комплексний вплив мінеральних вод на всю систему травлення, у т.ч. функціональну систему детоксикації, дозволяє вплинути на основні патогенетичні механізми хронічного панкреатиту при хронічній патології органів травлення та підвищити ефективність лікування хворих.

Програми і проекти у сфері міжнародного наукового і науково-технічного співробітництва

Міжнародне співробітництво ВМНЗ та НДУ МОЗ України у 2016 р., як і у попередні роки, було спрямоване на подальшу інтеграцію з міжнародним науковим медичним співтовариством, ознайомлення з передовими науковими технологіями, поширення досягнень вітчизняної медичної науки, пошук можливих джерел фінансової підтримки тих наукових досліджень, що можуть становити інтерес для світової наукової медичної громадськості.

Міжнародне науково-технічне співробітництво здійснювалося як на міждержавному рівні, так і на рівні договорів між науковими установами, навчальними закладами, факультетами, окремими кафедрами, клініками, лабораторіями, центрами, госпіталями, фірмами тощо.

Основними формами міжнародного співробітництва є: участь вітчизняних вчених у роботі міжнародних організацій; створення та реалізація спільних наукових проектів; стажування на базах профільних наукових центрів, установ, клінік тощо; участь у роботі міжнародних конгресів, з'їздів, симпозіумів, конференцій; обмін науковими та інформаційними виданнями; взаємодопомога при розробці та впровадженні в практику нових методів діагностики, лікування та профілактики найбільш поширених та соціально значущих захворювань, а також нових або удосконалених технологій організації медичної допомоги та управління охороною здоров'я.

У різних формах міжнародного науково-технічного співробітництва брали участь майже всі ВМНЗ та НДУ МОЗ України.

Зокрема Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України отримано підтвердження про готовність до співпраці та партнерства у рамках «Горизонт-2020» від таких університетів, як Університет в Самсуні (Туреччина), Вроцлавський медичний університет (Польща), Талліннський коледж охорони здоров'я (Естонія), Медичний університет у Пловдиві (Болгарія), Університет в Оставі (Чехія) та Медичний університет в Білостоці (Польща).

Запорізьким державним медичним університетом (Університет) отримано підтвердження про готовність до співпраці та партнерства у рамках «Горизонт-2020» від таких університетів, як Університет в Самсуні (Туреччина), Вроцлавський медичний університет (Польща), Талліннський коледж охорони здоров'я (Естонія), Медичний університет у Пловдиві (Болгарія), Університет в Оставі (Чехія) та Медичний університет в Білостоці (Польща). Налагоджено контакти з Національними контактними пунктами за проектом «Горизонт-2020» у Києві, Ужгороді та Одесі.

Університет є учасником колективного гранту Strengthening the transversal capacity of health actors in the fight against tuberculosis and multi-drug resistance in Zaporozhye region, Ukraine (SHAFTB-UA) – «Посилення потенціалу органів охорони здоров'я у боротьбі с туберкульозом та полірезистентним туберкульозом у Запорозькій області» – з фонду Мер'є (Франція). У 2016 р. з Франції за грантом отримано наукове обладнання для забору матеріалу для генотипування на суму 452 тис. 807 гривень. З березня 2016 р. на кафедрі фтизіатрії і пульмонології та кафедрі мікробіології Університету за цим грантом реалізується проект «Оцінка впровадження GenoType MTBDR plus для ранньої діагностики мультирезистентних форм туберкульозу у Запорізькій області, Україна».

У 2016 р. кафедрами інфекційних хвороб і дитячих інфекційних хвороб Університету отримано грант Євросоюзу ЕРБ СПТБ «Нові підходи до діагностики основних клінічних форм ентеровірусної інфекції у дорослих та дітей» на суму 12 тис. доларів США з обґрунтування клініко-лабораторних критеріїв ранньої діагностики відповідної форми ентеровірусної інфекції і прогнозом розвитку форм з ураженням нервової системи та ускладненнями захворювань.

З 2015 р. реалізується проект № 561583-EPP-1-2015-1-KZ-EPPKA2-SVNE-JP (2015-2944 / 001-001) TAME-training against medical error (Навчання на медичних помилках) програми Erasmus + KA2. Загальна вартість проекту становить 27 650 000,00 грн. У 2016 р. Університет для реалізації цього проекту отримав 16565 €.

Науковці Харківського національного медичного університету беруть участь в наступних міжнародних програмах та проектах: «Програма міжнародного дослідження астми та алергії серед дітей ISAAC та гранту Intas, «Програма «International Children`s Heart Foundation» (Канада, Сполучені Штати Америки) щодо лікування хворих на вроджені та набуті вади серця», «Програма Національної Асамблеї інвалідів України (ВООЗ) щодо сприяння інтеграційній політиці та послугам для людей з інвалідністю в Україні», «Програма Психіатричної клініки м. Мюстерлінген (Швейцарія) щодо тренінгів для медичних сестер та лікарів-психіатрів «Менеджмент агресії та аутоагресії у психіатрії», яка включає у себе розробку програм покращення якості надання психіатричної допомоги, Програма Інституту мультифазних процесів Університету імені Вільгельма Лейбниця (Німеччина) щодо вивчення впливу гравітації на мукоциліарний кліренс носової порожнини й верхніх дихальних шляхів через математичне моделювання й розробку лабораторних установок.

Включає у себе розробку натурних моделей й програмного забезпечення для здобуття фахівцями практичних навичок з діагностики й хірургії.

Аспірант кафедри внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб Буковинського державного медичного університету К.В. Вілігорська виграла грант у рамках участі в програмі академічної мобільності «Еразмус+» в Університеті Аристотеля в Салоніках (Греція), де проводить докторське дослідження, отримуючи щомісячну стипендію у розмірі 800 євро.

Науково-педагогічними працівниками Івано-Франківського національного медичного університету отримано 148 грантів із міжнародних фондів. Виконано 106 фрагментів НДР у рамках міжнародного науково-технічного співробітництва.

Одеським національним медичним університетом у 2016 р. отриманий грант від Турецького агентства зі співробітництва та координації (ТІКА) в Україні для допомоги в поновленні та модернізації медичного та наукового обладнання університету (сума гранту 35480 доларів США).

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця бере участь у реалізації науково-освітнього українсько-шведського проекту з епідеміології спільно з Каролінським інститутом (проведення спільних наукових епідеміологічних досліджень, освітніх курсів для аспірантів і молодих учених з актуальних питань епідеміології).

Науковці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика беруть участь у виконанні україно-швейцарської програми «Здоров'я матері та дитини», програми «Здоров'я жінок України» – USAID, проекту «Репродуктивне здоров'я України» за підтримки Агенції США з міжнародного розвитку.

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин продовжує пошукові розробки з проблем патогенезу раку щитоподібної залози у співробітництві з науковцями медичного центру Пентагону та Національного інституту здоров'я, Вашингтон, США.

Упродовж 2016 р. науковцями Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького спільно з Лілльським університетом науки та технологій (Франція), Рурським університетом у м. Бохум (Німеччина), Фрідріх-Олександр університетом Ерланген-Нюрнбергу (Німеччина), Університетом Гьотебургу (Швеція), науково-дослідними лабораторіями Graphenea (Естонія), LSO Medical (Франція), RS Research (Туреччина) реалізовувався проект Pathogen and Graphene (PANG), що співфінансується Європейським Союзом у рамках Програми досліджень та інновацій «Горизонт-2020».

Технічне забезпечення наукової бази та придбання обладнання

У 2016 р. МОЗ України не було передбачено коштів загального фонду Державного бюджету на придбання наукового обладнання та на капітальний ремонт приміщень. Слід зазначити, що, як і в минулі роки, обсяги фінансування із Державного бюджету не задовольняли повної потреби щодо оновлення основних фондів, придбання наукової апаратури, реактивів, капітального будівництва тощо.

У минулому році наукові установи та ВМНЗ здійснювали оновлення матеріально-технічної бази за рахунок позабюджетних коштів та інших надходжень.

Національне надбання

Згідно з постановами Кабінету Міністрів України від 19.12.2001 № 1709 та від 22.09.2004 № 1241, розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 № 655, до наукових об'єктів МОЗ України, що становлять національне надбання, віднесені:

- дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України»; колекція штамів рикетсій та арбовірусів Державної установи «Львівський науково-
- колекція штамів мікроорганізмів Державної установи «Український науково-дослідний протичумний інститут імені І.І. Мечнікова МОЗ України»;
- колекції та архів протоколів автопсій Музею хвороб людини Інституту клінічної патології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Розвиток інфраструктури

Система охорони здоров'я має розгалужену мережу державних науково-дослідних установ, навчальних медичних закладів та значний науковий кадровий потенціал. У підпорядкуванні МОЗ України функціонує:

- 20 наукових установ (8 науково-дослідних установ, 7 науково-практичних медичних центрів, 5 державних підприємств);
- наукові підрозділи 17 вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та закладів післядипломної освіти (науково-дослідні інститути, навчально-наукові інститути, навчально-науково-практичні об'єднання, центральні та проблемні наукові лабораторії).

У 2016 р. продовжувалася робота з подальшого розвитку інфра-структури наукових установ. Зокрема Запорізьким державним медичним університетом:

- введена в експлуатацію нова лабораторія функціональної патофізіології, оснащена сучасним обладнанням для функціонального обстеження лабораторних тварин;
- створено науково-лікувальний Центр молекулярно-генетичного скринінгу та екстракорпорального запліднення, розташований на кафедрі акушерства, гінекології та репродуктивної медицини;
- створена нова фітохімічна лабораторія, оснащена сучасними науково-лабораторним обладнанням;
- відкрита нова міжкафедральна лабораторія морфологічних досліджень, оснащена сучасним гістологічним обладнанням та сучасними мікроскопами.

Харківським національним медичним університетом продовжено роботу із розширення переліку акредитованих (атестованих) напрямків діяльності Центральної науково-дослідної лабораторії університету, яка на цей час атестована на право проведення вимірювань у сфері поширення державного метрологічного нагляду в галузі охорони здоров'я до 2019 р., на право проведення гігієнічного регламентування потенційно небезпечних факторів хімічного, біологічного та фізичного походження до липня 2018 р.; ПЛР-лабораторія ЦНДЛ має дозвіл на роботу зі збудниками III–IV груп патогенності та рекомбінантними молекулами ДНК до 2017 року.

В Українській медичній стоматологічній академії створено міжкафедральну науково-дослідно-навчальну морфологічну лабораторію.

Наукові форуми

Важливе значення для активізації інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я, формування інноваційної культури фахівців медичної галузі мають медичні наукові форуми (з'їзди, конгреси, симпозиуми, науково-практичні конференції, медичні виставки тощо), на яких обговорюються досягнення медичної науки та рекомендації з їх впровадження.

У 2016 р. було проведено 306 наукових форумів: 9 з'їздів, 15 конгресів, 10 симпозиумів, 272 науково-практичні конференції.

Організаторами та співорганізаторами зазначених наукових форумів виступали вищі медичні навчальні заклади МОЗ України, науково-дослідні установи МОЗ і НАМН України, профільні професійні асоціації (наукові товариства) України, регіональні ЗОЗ.

Більшість наукових форумів відбулася з міжнародною участю. Учасниками наукових медичних форумів розглядалися актуальні питання реалізації інноваційних процесів у медицині, впровадження у практику новітніх медичних технологій, розробки стандартів та протоколів діагностики та лікування, реформування сфери охорони здоров'я та медичної освіти тощо.

З метою інформування спеціалістів про новітні досягнення медицини у 2016 р. було організовано ряд міжнародних та національних виставок за тематикою, що відповідає пріоритетам розвитку сфери охорони здоров'я.

Зазначені заходи були спрямовані на активацію впровадження інновацій шляхом налагодження взаємодії науково-дослідних установ, ВМНЗ, ЗОЗ різних форм власності, громадських недержавних організацій, професійних асоціацій, фармацевтичних і промислових підприємств, що спеціалізуються на виробництві лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Випуск та придбання друкованої продукції

У великому спектрі представлених на інформаційному ринку комунікаційних засобів провідне місце займають наукові медичні видання. Ряд фахових медичних журналів включено до міжнародних наукометричних і бібліографічних баз.

З 2014 р., відповідно до наказу МОЗ та НАМН України від 13.11.2013 № 969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я» (zareestrowanogo в Міністерстві юстиції України від 05.12.2013 р за № 2068/24600), за результатами виконання НДР формується Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначений для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. У 2016 р. сформовано та видано другий випуск Переліку, який містить 877 повідомлень про наукову продукцію, отриману за результатами наукової діяльності НДУ і ВМНЗ МОЗ України. Доступ до матеріалів Переліку для впровадження забезпечено через офіційний веб-сайт МОЗ України.

Для інформаційного забезпечення реалізації нововведень видаються відповідні засоби наукової комунікації (методичні рекомендації та інфор-маційні листи).

Підготовка наукових кадрів

МОЗ України здійснює заходи із забезпечення підготовки наукових і науково-педагогічних кадрів не тільки у розрізі окремих установ, але й наукових спеціальностей, що забезпечить формування і підтримку визнаних наукових шкіл.

На кінець 2016 р. в НДУ та ВМНЗ МОЗ України виконувалося 306 докторських і 1293 кандидатські дисертаційні роботи, затверджено 119 докторських і 521 кандидатську дисертацію, 107 докторських і 467 кандидатських дисертацій захищено у спеціалізованих вчених радах, 61 докторська і 336 кандидатських дисертаційних робіт знаходилися на розгляді у спеціалізованих вчених радах.

У 2016 р. в аспірантурі за державним замовленням навчалось 1149 осіб (684 з відривом від виробництва і 465 без відриву від виробництва). Закінчили аспірантуру 288 осіб. Зараховано до аспірантури 310 осіб, з них 220 за очною формою навчання.

Державні премії та державні стипендії в галузі науки і техніки

Державну премію України в галузі науки і техніки 2015 року (Указ Президента України від 11 жовтня 2016 року № 440/2016) присуджено за цикл наукових праць «Мініінвазивні хірургічні втручання при захворюваннях печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози». Серед лауреатів – науковці підвідомчих МОЗ установ:

– Каштальян Михайло Арсеньевич – доктор медичних наук, завідувач кафедри Одеського національного медичного університету;

– Шудрак Анатолій Анатолійович – доктор медичних наук, заступник головного лікаря Національного інституту раку.

Премію Президента України для молодих учених у 2016 р. присуджено доценту кафедри фтизіатрії та пульмонології Харківського національного медичного університету Дмитру Бутову.

Відповідно до постанов Комітету з Державних премій України в галузі науки і техніки, 27 молодих учених НДУ та ВМНЗ МОЗ України отримували у минулому році стипендії Кабінету Міністрів України для молодих учених.

Пропозиції щодо вдосконалення нормативно-правового забезпечення для підвищення результативності виконання замовлення та ефективності впровадження наукової (науково-технічної) продукції

Для забезпечення подальшого розвитку медичної науки, підвищення результативності виконання науково-дослідних розробок та ефективності впровадження нововведень необхідно:

– прискорити імплементацію Закону України «Про наукову і науково-технічну діяльність»;

– продовжити подальше впровадження принципів доказової медицини у виконання наукових досліджень та при аналізі базових показників здоров'я населення;

– продовжити оптимізацію інноваційної інфраструктури наукового потенціалу галузевої медичної науки шляхом формування раціональної мережі науково-дослідних установ (у тому числі наукових установ подвійного підпорядкування), створення навчально-науково-виробничих комплексів, дослідницьких університетів, центрів колективного користування науковим обладнанням тощо;

– розробити стратегію оновлення матеріально-технічної бази наукових установ, передбачити фінансування розвитку наукової інфраструктури та матеріально-технічної бази наукової діяльності;

- запровадити ефективні механізми трансферу технологій та комерціалізації результатів наукових розробок у сфері охорони здоров'я, умови для стимулювання і підтримки інноваційної діяльності у практичних ЗОЗ;
- підвищити роль університетських клінік, як центрів інноваційної діяльності, апробації та впровадження інноваційних розробок у галузі медицини;
- підвищити соціальний статус науковця та мотивацію до наукової діяльності, що дозволить суттєво вплинути на омолодження кадрового потенціалу науки;
- розширити підготовку фахівців з управління інвестиційною та інноваційною діяльністю у сфері охорони здоров'я.

5.2. Фінансування та економічні механізми управління галуззю в умовах її реформування

Упродовж останніх років важливу роль у сфері зміцнення систем охорони здоров'я в контексті реалізації політики Здоров'я-2020 у Європейському регіоні ВООЗ відігравали питання щодо фінансової стійкості та ефективності в охороні здоров'я, особливо стосовно розмежування понять ефективності та стримування витрат².

Залучення коштів у сектор охорони здоров'я виходить з основоположних принципів підтримки зусиль щодо зміцнення діяльності систем охорони здоров'я (ВООЗ, 2010). До таких належать забезпечення достатніх рівнів державного фінансування для підтримки фінансової безпеки (таким чином, щоб населенню не доводилося стикатися з фінансовими втратами у разі виникнення необхідності споживання її послуг), стабільності потоків доходів для підтримки якості і доступності послуг охорони здоров'я, забезпечення прозорості фінансування та ефективності їх адміністрування.

Як свідчить досвід багатьох країн, що відчували наслідки фінансової та економічної кризи у 2008–2013 рр., важливим елементом політики у забезпеченні діяльності системи охорони здоров'я, включаючи стан здоров'я населення, визнано здатність країни підтримувати або збільшувати рівень державного фінансування на охорону здоров'я.

Представлений нижче аналіз системи фінансування охорони здоров'я ґрунтується на даних НРОЗ³, що дозволяє узагальнити економічні результати функціонування цієї сфери, дослідити динаміку змін фінансових потоків, взаємовідносин між джерелами фінансування, постачальниками та видами медичних послуг, провести порівняння з міжнародними даними, а також даними Державної казначейської служби України Міністерства фінансів України, МОЗ України.

У 2015 р. джерелами фінансування системи охорони здоров'я в Україні залишалися, як і в попередні роки, кошти державного, місцевих бюджетів та соціального страхування, приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства; кошти міжнародних донорських організацій, які спрямовані в систему охорони здоров'я України (так звані «кошти іншого світу» за

² Health systems strengthening in the context of Health 2020: challenges and priorities in the WHO European Region. / Expert meeting Barcelona, Spain, 3–4 November 2014 // Division of Health Systems and Public Health, World Health Organization, 2015. – P. 3–4.

³ Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюллетень / Державна служба статистики України, 2017. – 144 с.

класифікацією НРОЗ). Основним обов'язковим джерелом фінансування національної системи охорони здоров'я виступають кошти державного та місцевих бюджетів (табл. 5.2.1).

Таблиця 5.2.1

Розподіл загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування у 2010–2015 рр., %

Найменування	Рік					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Державні (включаючи соціальне страхування)	56,3	55,3	57,2	56,2	51,82	48,85
Приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства	43,4	44,4	42,6	43,6	47,93	50,78
Донори	0,26	0,27	0,24	0,23	0,25	0,37

Слід зазначити, що вперше, починаючи з моменту запровадження в Україні інструменту НРОЗ, зафіксовано зростання частки приватних витрат на охорону здоров'я у структурі загальних витрат (з 41,5% у 2003 р. до 50,8% у 2015 р.) із відповідним зростанням тягаря цих витрат домогосподарствами з 38,5% у 2003 р. до 48,8% у 2015 р. (рис. 5.2.1).

Водночас українська система фінансування охорони здоров'я може залучити лише 1% витрат домогосподарств у вигляді добровільного страхування ризику. Решта витрачається на базі самостійних виплат і це створює фінансові бар'єри доступу населення, зазвичай для малозабезпечених його верств. Занепокоєння викликає й той факт, що основні витрати на фармацевтичні товари та інші медичні товари нетривалого використання здійснювалися переважно домогосподарствами – 99,7%, а не ЗОЗ (для порівняння: у розвинутих європейських країнах від 30% до 60%), що свідчить про необхідність спрямування зусиль держави у галузі охорони здоров'я на розробку відповідних програм та стратегій щодо захисту найвразливіших верств населення⁴.

Ці дані кореспондуються з результатами окремих досліджень, зокрема компанії «МедЕксперт» (2014, 2015), які стосуються базового розрахунку обсягу ринку медичних послуг України, так званого «живого потоку» від пацієнтів, які включають витрати населення за надані медичні послуги у приватному та державному секторі охорони здоров'я. За цими розрахунками, у 2015 р. обсяг ринку медичних послуг (консультації лікарів, діагностичні обстеження, пологи, операції, перебування на стаціонарному лікуванні) склав 44,002 млрд грн⁵ (для порівняння: 2014 р. – 27,037⁶ млрд грн). Слід також відмітити, що порівняно з 2014 р. ціни у приватних ЗОЗ зросли на 25% порівняно з попереднім роком.

Аналізуючи такий показник, як загальні витрати на охорону здоров'я (ЗВОЗ), слід зазначити, що у 2015 р. він досяг рівня 7,81% від ВВП (на рівні показника 2009 р.) при рівні витрат на охорону здоров'я у світі в цілому 9,9%⁷ (2014), що було на рівні або вище країн, які

⁴ Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюллетень / Державна служба статистики України., 2017. – С. 15.

⁵ Розрахунок обсягу ринку медичних послуг в Україні у 2015 році від компанії "МедЕксперт" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-zaklad/rozrakhunok-obsiagu-rinku-medichnih-poslug-v-2015-rotsi>.

⁶ Розрахунок обсягу ринку медичних послуг в Україні у 2014 році від компанії "МедЕксперт" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://medexpert.ua/meditsinskoe-uchrezhdenie/11-meditsinskoe-uchrezhdenie/rozrakhunok-obsiagu-rinku-medichnih-poslug-ukrajini-v-2014-rotsi-mln-grn>

⁷ Дані 2014 р. (джерело інформації : http://www.who.int/gho/health_financing/total_expenditure/en)

стали членами ЄС після 2004 р. (у середньому близько 7,0%). Для порівняння: у Сінгапурі, система охорони здоров'я якого визнана однією з найкращих за рейтингом Bloomberg, витрачається 4,9% від ВВП на охорону здоров'я (рис. 5.2.2).

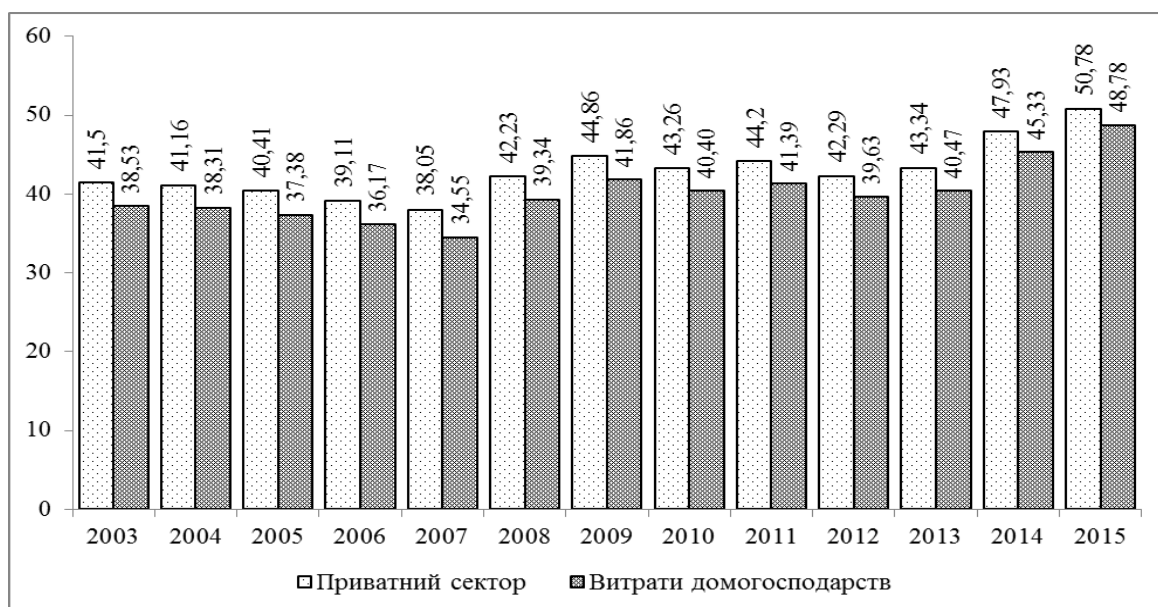
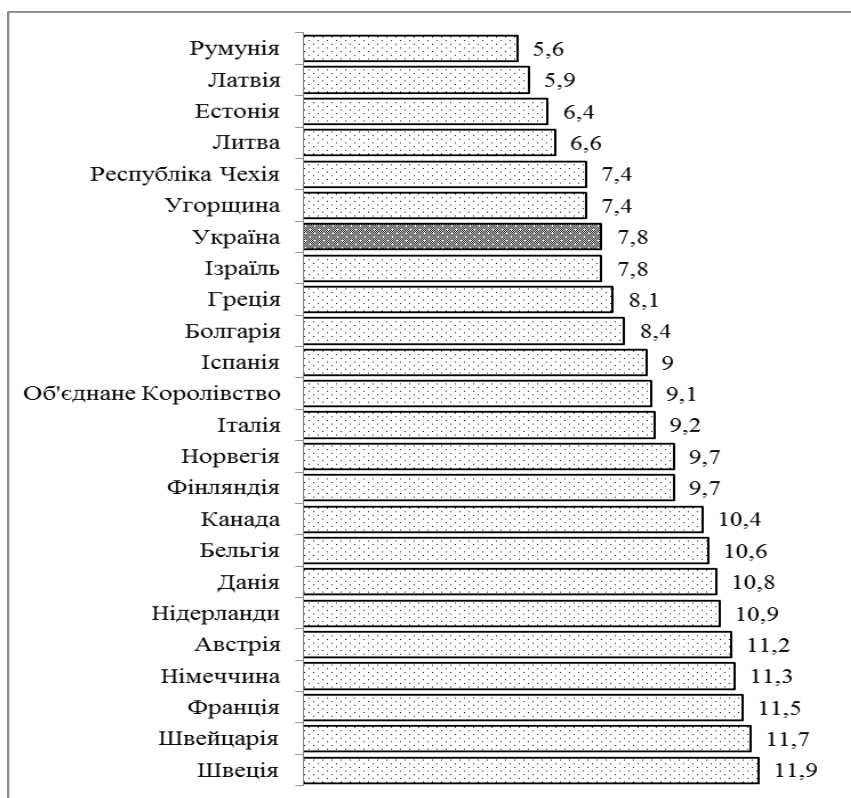


Рис. 5.2.1. Динаміка змін частки приватних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я, %



Примітка: Україна – 2015 р.; інші країни – 2014 р.

Рис. 5.2.2. Загальні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП в Україні порівняно з країнами Європейського регіону (побудовано за даними ВООЗ)⁸

⁸ Global Health Expenditure Database / Total Health Expenditure (THE)% Gross Domestic Product (GDP) [Electronic resource]. – URL : <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.

Серед країн колишнього Радянського Союзу найвищі рівні загальних витрат від ВВП зафіксовано, як і в попередні роки, у Республіці Молдова (відповідно 10,3%). Друге місце в рейтингу після України посідає Грузія (7,4%), третє – Російська Федерація (7,1%), четверте – Таджикистан (6,9%). Решта країн витрачають від 2,1% (Туркменістан) до 6,5% ВВП (Киргизстан) (рис. 5.2.3).



Примітка: Україна – 2015 р.; інші країни – 2014 р.

Рис. 5.2.3. Загальні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП в Україні порівняно з пострадянськими країнами (за даними ВООЗ)

Щодо ЗВОЗ у розрахунку на одного жителя відносно обмінного курсу національної валюти, то цей показник в Україні становив 166 дол. США (для порівняння: у світі в цілому вони становили 1058 дол. США). Це найнижчий показник за період з 2007 р., що пов'язано як із інфляційними процесами, так і зі зростанням обмінного курсу національної валюти (рис. 5.2.4).

Аналіз витрат населення у розрахунку на одного жителя за паритетом купівельної спроможності⁹, який вимірює розходження «в просторі» у купівельній спроможності валют різних країн, засвідчив, що в Україні щорічно на душу населення витрачалося від 527 (PPP int. \$)¹⁰ у 2010 р. до 584 (PPP int. \$) у 2015 р. Це відбувалося синхронно зі зростанням загальних подушових витрат за курсом національної валюти в доларовому еквіваленті (за період 2003–2015 рр. середній офіційний курс гривні до долара США, встановлений Національним банком України, зріс з 5,33 до 24,84 у 2015 р., НРОЗ, 2015).

⁹ Purchasing Power Parity Rate – PPP Rate

¹⁰ Там же

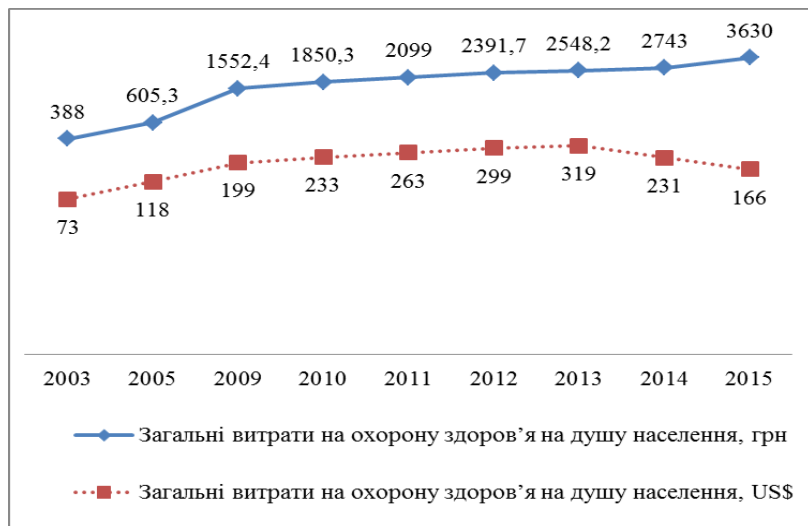
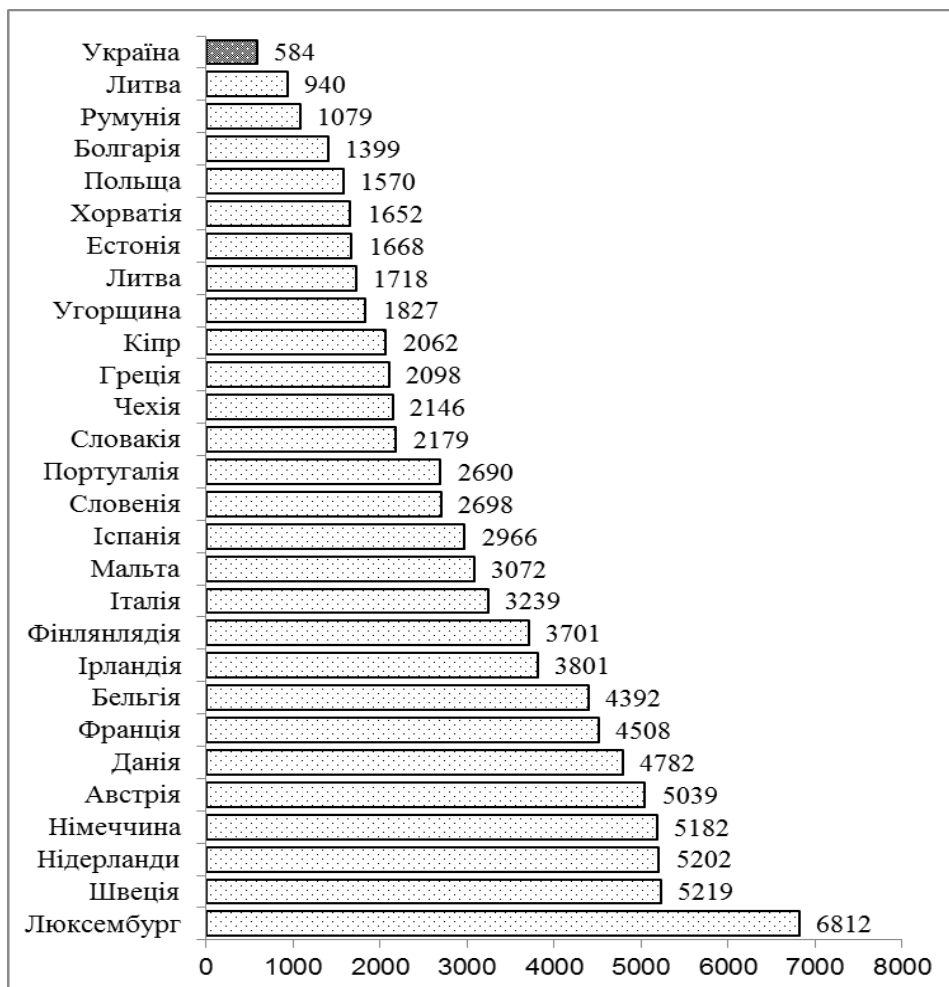


Рис. 5.2.4. Динаміка змін загальних витрат на охорону здоров'я на душу населення в Україні, грн та US\$

Для порівняння: подушовий рівень витрат на охорону здоров'я в (PPP int. \$) в європейських країнах має значні коливання: від 940 (Литва) до 6812 (Люксембург) міжн. дол. (PPP int. \$). Порівняно з країнами Європейського регіону в Україні цей показник нижчий у рази, у світі в цілому – у 1,8 разу (1058 міжн. дол.).



Примітка: Україна – 2015 р.; інші країни – 2014 р.

Рис. 5. Загальні витрати на охорону здоров'я за паритетом купівельної спроможності на душу населення в Україні порівняно з країнами Європейського Регіону (за даними ВООЗ)

У цілому подушовий рівень загальних витрат на охорону здоров'я за паритетом купівельної спроможності (PPP int. \$) залишається в країні нижчим у 2–3,1 разу, ніж у країнах пострадянського простору (Азербайджан – 1047 міжн. дол., Білорусь – 1031, Казахстан – 1068, РФ – 1836) (табл. 5.2.2).

Таблиця 5.2.2

Загальні та державні витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення (PPP int. \$) у країнах колишнього Радянського Союзу*

Країна	PPP int. \$ (Purchasing Power Parity)	
	ЗВОЗ на душу населення	Державні видатки на ОЗ
Російська Федерація	1836	958
Азербайджан	1047	214
Казахстан	1068	581
Білорусь	1031	678
Грузія	628	131
Україна	584	166
Республіка Молдова	514	264
Вірменія	362	156
Узбекистан	340	181
Туркменістан	320	209
Киргизія	215	121
Таджикистан	185	53

Примітка: Україна – 2015 р., країни-члени СНД – 2014 р.

Одним з індикаторів системи фінансування, який характеризує забезпечення універсального доступу до послуг системи охорони здоров'я, є частка державних витрат на охорону здоров'я (ДВОЗ).

У більшості країн основна частина витрат на охорону здоров'я припадає на державні витрати. Найвищі рівні цього показника серед країн-членів ВООЗ зафіксовано у Нідерландах (87%), Данії (85%), Великій Британії (83%), Люксембургу (84%), Швеції (84%); серед країн-членів ЄС після травня 2004 р. – Чехії (85%), Румунія (80%), Хорватії (82%), Польщі (71%), Естонії (79%), Литві (68%) (рис. 5.2.6).

За даними Державної казначейської служби України, у 2016 р. із зведеного бюджету України на охорону здоров'я було спрямовано 75408,5 млн грн¹¹ (зростання видатків на 6,2% порівняно з 2015 р.), у т.ч. з Державного бюджету – 12456,3 млн грн (всі міністерства і відомства, включаючи МОЗ України); з місцевих бюджетів – 66002,5 млн грн^{12,13} (табл. 5.2.3), при цьому споживчі ціни в цілому зросли порівняно з попереднім роком на 12,4%, а в охороні здоров'я – на 1,4%.

¹¹ Загальний і спеціальний фонди

¹² Дані без АР Крим, Луганської, Донецької областей і м. Севастополя (дані Державної казначейської служби України)

¹³ Показники виконання Зведеного та Державного бюджетів України за січень-грудень 2012–2016 рр. (дані Державної казначейської служби України)

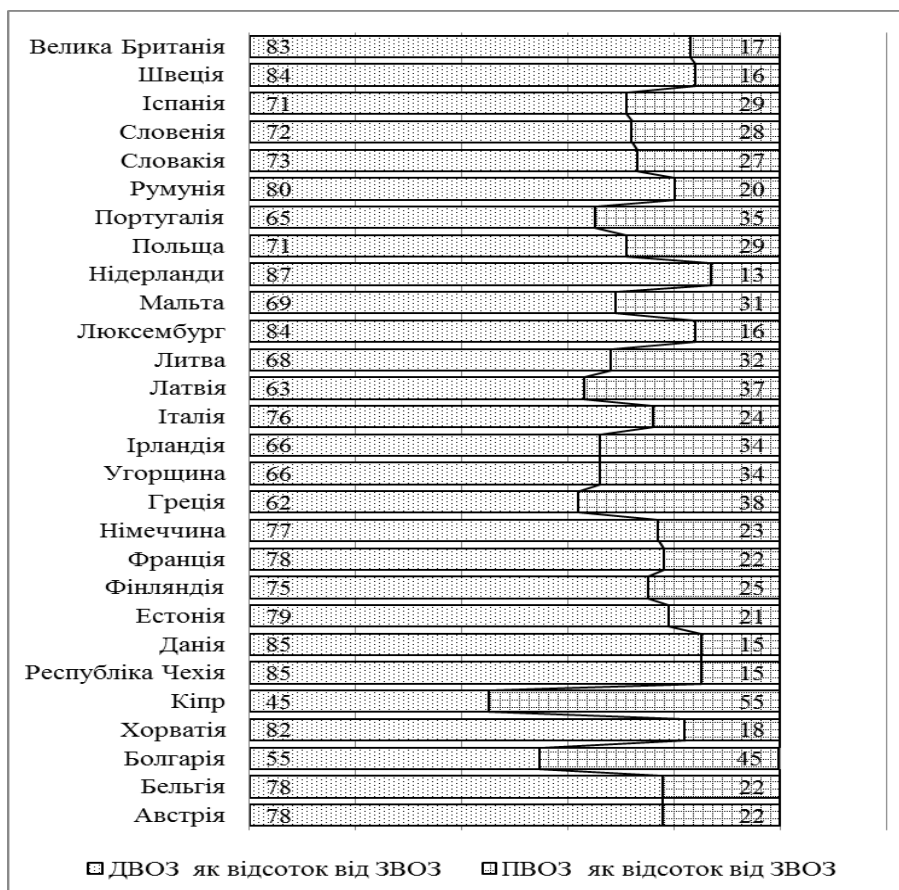


Рис. 5.2.6. Загальні витрати на охорону здоров'я та ПВОЗ як відсоток від загальних витрат на охорону здоров'я в окремих країнах Європейського Регіону (дані ВООЗ, 2014)

Таблиця 5.2.3

Видатки на охорону здоров'я в Україні за 2010–2016 рр.

Показник	Рік						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я (млн грн)	44745,4	48961,6	58453,9	61568,8	57150,1	70991,4	75408,5
Видатки на охорону здоров'я у загальному фонді зведеного бюджету (млн грн), у .ч.:							
– видатки на охорону здоров'я у загальному фонді державного бюджету МОЗ України	4397	4862	9646,2	11141,2	8482,6	8461,4	9244,9
– видатки на охорону здоров'я у загальному фонді місцевих бюджетів	33347,5	34527,1	42326,2	45266,2	42726,3	48938,2	53298,6
Індекси споживчих цін (рік до попереднього року)	109,4	108	100,6	99,7	112,1	148,7	112,4
Індекси споживчих цін на товари і послуги охорони здоров'я (рік до попереднього року)	107,9	106,7	103,7	102,3	116,5	137,6	101,4

При порівнянні динаміки змін ДВОЗ на душу населення у національній валюті за (2010–2016 рр.), встановлено що їх обсяги зросли в 1,6 разу (з 1045,1 грн у 2010 р. до 1763,5 грн у 2016 р.). При цьому динаміка цих показників у гривневому та доларовому еквіваленті носила різновекторний характер (аналогічно і ЗВОЗ). У період 2010–2013 рр. обсяги державного фінансування охорони здоров'я щорічно зростали як у номінальному, так і в доларовому еквіваленті; у 2014 р. – відбулося одночасне зменшення показника і у гривневому, і у доларовому еквіваленті, що було пов'язано з макроекономічною ситуацією в країні, і насамперед, зі стрімким зростанням курсу долара по відношенню до гривні і знеціненню національної грошової одиниці; у 2015–2016 рр. номінальні обсяги державного фінансування охорони здоров'я зростають при одночасному зменшенні витрат у доларовому еквіваленті (табл. 5.2.4).

Таблиця 5.2.4

Динаміка змін державних витрат на охорону здоров'я у гривневому і доларовому еквіваленті, обмінного курсу національної валюти, 2010–2016 рр.

Показник	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ДВОЗ на душу населення, грн	1045,1	1165,5	1373,2	1439	1258,1	1653,7	1763,5
ДВОЗ на душу населення, US\$ за курсом національної валюти	131,6	146,2	171,9	180,1	105,8	68,9	64,9
Обмінний курс US\$ 1 = UAH	7,94	7,97	7,99	7,99	11,89	21,84	27,19

Найбільшим адміністратором (розпорядником бюджетних коштів) центрального бюджету залишається, як і в попередні роки, Міністерство охорони здоров'я. Решта коштів розподілялися Національною академією медичних наук та іншими центральними фінансовими посередниками. Зменшення частки видатків із Державного бюджету в окремих відомствах пов'язано із передачею окремих ЗОЗ у комунальну власність, починаючи з 2015 р., наприклад тих, що входили до сфери оперативного управління Державної адміністрації залізничного транспорту.

У 2016 р. МОЗ України контролювало 77,5% коштів Державного бюджету (видатки за програмною класифікацією), НАМН України – 11,6%, Міністерство оборони (12,6%), Міністерство внутрішніх справ (6,7%) (табл. 5.2.5).

Таблиця 5.2.5

Обсяги фінансування системи охорони здоров'я з Державного бюджету за програмною класифікацією видатків у 2015–2016 рр. (загальний і спеціальний фонди), грн¹⁴

Найменування	Загальний фонд	Спеціальний фонд	Разом	Частка у витратах Державного бюджету на охорону здоров'я, %
	Виконано за січень-грудень			
Державне управління справами				
	2015			
Надання медичних послуг медичними закладами	335 084 178,68	66 736 403,34	401 820 582,02	2,58
	2016			
	371 394 408,45	74 891 221,01	446 285 629,46	2,8
Міністерство внутрішніх справ України				
Медичне забезпечення працівників,	2015			

¹⁴ За даними звіту про видатки за програмною класифікацією видатків та кредитування державного бюджету у 2015, 2016 р. (Державна казначейська служба України)

Найменування	Загальний фонд	Спеціальний фонд	Разом	Частка у витратах Державного бюджету на охорону здоров'я, %
	Виконано за січень-грудень			
осіб рядового і начальницького складу органів внутрішніх справ	466 291 341,51	104 281 414,15	570 572 755,66	3,67
	2016			
	944 968 264,13	108 075 845,16	1 053 044 109,29	6,7
Міністерство соціальної політики України				
Комплексне медико-санітарне забезпечення та лікування онкологічних захворювань із застосуванням високовартісних медичних технологій громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи	2015			
	59 948 661,69	x	59 948 661	0,39
	2016			
	14 171 346,95	414 874,13	14 586 221,08	0,1
Міністерство оборони України				
Медичне лікування, реабілітація та санаторне забезпечення особового складу Збройних Сил України, ветеранів військової служби та членів їхніх сімей, ветеранів війни	2015			
	1 087 401 441,30	347 967 340,71	1 435 368 782,01	9,23
	2016			
	1 416 720 207,57	577 403 311,77	1 994 123 519,34	12,6
Міністерство охорони здоров'я України	2015			
	8 461 364 243,25	247 351 187,66	109 348 761 222,91	70,28
	2016			
	9 244 863 951,19	3 002 786 55,94	122 476 446 07,13	77,5
Міністерство інфраструктури України				
<i>Державна адміністрація залізничного транспорту</i>				
Медичне обслуговування працівників та пасажирів залізничного транспорту	2015			
	206 753 146,52	137 375 563,55	344 128 710,07	2,21
	2016			
	x	12 954,58	12 954,58	0,0001
Служба безпеки України				
Медичне обслуговування і оздоровлення особового складу та утримання закладів дошкільної освіти Служби безпеки України	2015			
	63 640 899,94	59 305 402,61	122 946 302,55	0,79
	2016			
	63 403 498,98	67 965 902,72	131 369 401,70	0,8
Національна академія наук України				
Медичне обслуговування працівників Національної академії наук України	2015			
	37 363 184,27	1 552 015,33	38 915 199,60	0,25
	2016			
	39 317 697,09	1 851 515,92	41 169 213,01	0,3
Національна академія медичних наук України	2015			
	1 255 092 664,71	448 075 475,82	1 703 168 140,53	10,95
	2016			
	1 373 284 017,72	462 807 913,63	1 836 091 931,35	11,6

У цілому обсяги фінансування охорони здоров'я (закладів і установ, які знаходяться у підпорядкуванні МОЗ України) з Державного бюджету та їх структура за 2015–2016 рр. наведені у табл. 5.2.6.

У 2016 р. забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру з Державного бюджету профінансовано в обсязі 3,9499 млрд грн, або 32,3% від обсягів видатків на охорону здоров'я МОЗ України (2015 р. – 3,6969 млрд грн, або 33,8%; 2014 р. – 3,13 млрд грн). Враховуючи суттєве зростання цін на лікарські засоби і товари медичного призначення, заходи програм з протидії захворюванню на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатит, програма з імунопрофілактики дітей, лікування онкологічних хворих, реалізації прав важкохворих дітей на життя та здоров'я були профінансовані в межах видатків 2014–2015 рр.

Таблиця 5.2.6

Обсяги фінансування охорони здоров'я (закладів і установ, які знаходяться у підпорядкуванні МОЗ України) з Державного бюджету та їх структура

Найменування	Загальний фонд		Спеціальний фонд	Разом	Частка у витратах на охорону здоров'я з Державного бюджету, %:
	Виконано за січень-грудень				
Міністерство охорони здоров'я України	2015	8 461 364 243,25	2 473 511 879,66	10 934 876 122,91	100
	2016	9 244 863 951,19	3 002 780 655,94	12 247 644 607,13	100
<i>Апарат Міністерства охорони здоров'я України</i>	2015	7 348 841 924,77	2 170 608 599,10	9 519 450 523,87	87,06
	2016	9 196 634 496,66	3 002 577 483,55	12 199 211 980,21	99,6
Керівництво та управління у сфері охорони здоров'я	2015	26 231 386,74	5 277 620,67	31 509 007,41	0,29
	2016	33 260 492,52	1 906 325,65	35 166 818,17	0,29
Дослідження, наукові і науково-технічні розробки, виконання робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням, підготовка та підвищення кваліфікації наукових кадрів у сфері охорони здоров'я, фінансова підтримка розвитку наукової інфраструктури та об'єктів, що становлять національне надбання	2015	36 494 261,26	46 512 810,25	83 007 071,51	0,76
	2016	41 376 122,54	52 445 183,74	93 821 306,28	0,77
Підготовка і підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних, наукових та науково-педагогічних кадрів вищими навчальними закладами III і IV рівнів акредитації	2015	743 748 418,08	1 683 483 236,25	2 427 231 654,33	22,20
	2016	802 950 333,84	2 155 007 152,56	2 957 957 486,40	24,2
Підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних кадрів та підготовка наукових і науково-педагогічних кадрів у сфері охорони здоров'я	2015	151 176 609,01	88 178 718,48	239 355 327,49	2,19
	2016	160 258 283,37	101 515 053,84	261 773 337,21	2,14
Методичне забезпечення діяльності медичних (фармацевтичних) вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти	2015	1 268 046,05	30 590,60	1 298 636,65	0,01
	2016	1 341 915,72	83 832,95	1 425 748,67	0,01
Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	2015	733 863 814,00	129 830 770,56	863 694 584,56	7,90
	2016	772 473 776,91	195 992 995,46	968 466 772,37	7,91
Підготовка медичних і фармацевтичних кадрів вищими	2015	4 757 163,00	50 273 049,83	55 030 212,83	0,50

Найменування	Загальний фонд		Спеціальний фонд	Разом	Частка у витратах на охорону здоров'я з Державного бюджету, %:
	2016	2015			
навчальними закладами І і II рівнів акредитації	4 441 758,80	4 441 758,80	48 761 427,83	53 203 186,63	0,43
Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих медичних навчальних закладах Міністерства охорони здоров'я України	791 472 620,05	763 304 115,73	101 776 637,10	899 110 682,67	7,91
Санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків із соматичними захворюваннями	299 666 350,48	299 666 350,48	12 604 164,53	312 270 515,01	2,86
Спеціалізована консультативна амбулаторно-поліклінічна та стоматологічна допомога, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я	312 395 405,83	312 395 405,83	12 467 092,08	324 862 497,91	2,65
Виконання консультативна амбулаторно-поліклінічна та стоматологічна допомога, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я	82 638 117,33	82 638 117,33	12 671 002,60	95 309 119,93	0,87
Виконання боргових зобов'язань за кредитами, залученими ДП «Укрмедпостач» під державні гарантії, для реалізації інвестиційного проекту, оплата податкових зобов'язань (з урахуванням штрафних санкцій), що виникли в рамках реалізації інвестиційного проекту	97 543 057,12	97 543 057,12	16 510 045,61	114 053 102,73	0,93
Організація і регулювання діяльності установ та окремі заходи у системі охорони здоров'я	320 963 525,54	320 963 525,54		320 963 525,54	2,94
Лікування громадян України за кордоном	355 902 770,03	355 902 770,03		355 902 770,03	2,91
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	124 940 111,95	124 940 111,95	33 524 098,85	158 464 210,80	1,45
Функціонування Національної наукової медичної бібліотеки, збереження та популяризація історії медицини	124 749 695,73	124 749 695,73	40 273 168,43	165 022 864,16	1,35
Заходи з реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч у Міжнародній клініці відновного лікування	201 787 979,29	201 787 979,29		201 787 979,29	1,85
Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей	387 444 318,03	387 444 318,03		387 444 318,03	3,16
	3 696 859 487,44	3 696 859 487,44		3 696 859 487,44	33,81
	3 949 972 356,67	3 949 972 356,67		3 949 972 356,67	32,3
	18 793 205,77	18 793 205,77	3 672 544,34	22 465 750,11	0,21
	19 104 078,49	19 104 078,49	5 126 481,08	24 230 559,57	0,2
	11 142 775,00	11 142 775,00		11 142 775,00	0,10
	11 142 246,00	11 142 246,00		11 142 246,00	0,09
			2 773 355,04	2 773 355,04	0,03

Найменування	Загальний фонд		Спеціальний фонд	Разом	Частка у витратах на охорону здоров'я з Державного бюджету, %:
	2016	2015			
	Виконано за січень-грудень				
	2016	2015	10 781 909,65	10 781 909,65	0,09
Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит»	2016	2015	131 206 558,10	131 206 558,10	1,20
Комплексне медико-санітарне забезпечення та лікування онкологічних захворювань із застосуванням високоякісних медичних технологій громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи	2016		364 388 721,91	364 388 721,91	2,98
Реконструкція і розширення Національного інституту раку	2016		0,00	0,00	0,00
<i>Державна служба України з лікарських засобів</i>	2015		36 699 119,52	36 699 119,52	0,34
<i>Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками</i>	2016		48 229 454,53	48 229 454,53	0,39

Слід зазначити, що, починаючи з 2015 р., змінено систему міжбюджетних трансфертів (коштів, які безоплатно і безповоротно передаються від одного бюджету до іншого). У рамках реформи міжбюджетних відносин¹⁵ запроваджено новий вид трансфертів для охорони здоров'я з державного бюджету місцевим бюджетам – медичну субвенцію.

Відповідно до норм Бюджетного кодексу України видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я враховано у складі видатків МОЗ України, як головного розпорядника бюджетних коштів, у відповідній бюджетній програмі, також визначено порядок та умови надання коштів медичної субвенції (табл. 5.2.7).

Таблиця 5.2.7

Обсяги фінансування загальнодержавних видатків МОЗ України (субвенції), грн

Найменування		Загальний фонд	Спеціальний фонд	Разом	Частка у витратах на охорону здоров'я з Державного бюджету,%
		Виконано за січень-грудень			
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії	2015	18 274 802,57		18 274 802,57	0,04
	2016	18 435 091,50		18 435 091,50	0,04
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої медичної допомоги	2015	135 630 015,69		135 630 015,69	0,29
	2016	136 142 656,57		136 142 656,57	0,3
Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	2015	46177023597,67		46177023597,67	99,56
	2016	44 433692584,90		44433692584,90	99,3
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Львівської області на завершення реконструкції Львівського обласного перинатального центру	2015	45 000 000,00		45 000 000,00	0,10
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	2015		6 364 431,77	6 364 431,77	0,01
	2016		179714983,17	179 714 983,17	0,4

¹⁵ Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин : Закон України №79-VIII від 28.12.2014 р. [Електронний ресурс] // Офіційний вісник України. – 2015. – № 3. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/card/79-19>. – Назва з екрану.

Обсяги медичної субвенції за касовими видатками становили 45 446,8 млн грн¹⁶, (2015 р. – 46 177,02 млн грн), крім того, як і в попередні роки, субвенції виділялися на придбання витратних матеріалів для ЗОЗ та лікарських засобів для інгаляційної анестезії (2016 р. – 18,4 млн грн, 2015 р. – 18,3 млн грн), забезпечення екстреної медичної допомоги (2016 р. – 136,1 млн грн, 2015 р. – 135,6 млн грн) (табл. 5.2.8).

Таблиця 5.2.8

Обсяги медичної субвенції у регіональному розрізі, тис. грн

Адміністративно-територіальна одиниця	Розпис за 2016 рік	Направлено відкритих асигнувань	Касові видатки
Україна	44 433 709,8	44 433 709,8	45 446 803,2
<i>Область</i>			
Вінницька	1 783 181,2	1 783 181,2	1 824 993,7
Волинська	1 135 868,9	1 135 868,9	1 155 685,4
Дніпропетровська	3 732 578,5	3 732 578,5	3 867 813,0
Донецька	2 599 092,0	2 599 092,0	2 415 115,0
Житомирська	1 402 674,5	1 402 674,5	1 432 021,0
Закарпатська	1 375 839,5	1 375 839,5	1 393 569,7
Запорізька	2 092 278,5	2 092 278,5	2 160 815,5
Івано-Франківська	1 585 289,1	1 585 289,1	1 656 434,5
Київська	1 931 744,5	1 931 744,5	1 971 559,2
Кіровоградська	1 103 593,6	1 103 593,6	1 147 034,8
Луганська	964 498,8	964 498,8	948 891,7
Львівська	2 801 501,8	2 801 501,8	2 847 473,2
Миколаївська	1 305 705,0	1 305 705,0	1 352 922,8
Одеська	2 647 940,7	2 647 940,7	2 666 699,3
Полтавська	1 628 104,0	1 628 104,0	1 652 353,1
Рівненська	1 245 118,1	1 245 118,1	1 270 405,3
Сумська	1 284 583,5	1 284 583,5	1 341 201,0
Тернопільська	1 167 282,6	1 167 282,6	1 213 754,3
Харківська	3 153 131,8	3 153 131,8	3 270 431,5
Херсонська	1 185 599,0	1 185 599,0	1 223 805,2
Хмельницька	1 460 372,8	1 460 372,8	1 510 707,1
Черкаська	1 442 838,6	1 442 838,6	1 507 459,9
Чернівецька	983 827,3	983 827,3	1 018 116,8
Чернігівська	1 215 646,5	1 215 646,5	1 256 248,0
м. Київ	3 205 419,0	3 205 419,0	3 341 292,4

Крім того, заходи з розбудови регіональних систем охорони здоров'я у 8 обраних регіонах (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська і Рівненська області) у рамках реалізації спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»¹⁷ профінансовані в обсязі 17,9 млн грн (2015 р. – 6,3 млн грн), або 53,9% від запланованих. Згідно з паспортом¹⁸ цієї бюджетної програми, кошти планувалося спрямувати на реалізацію наступних заходів (планований обсяг асигнувань на 2016 р. – 33,2 млн грн):

– розробка архітектури та технічних стандартів електронної охорони здоров'я, навчання учасників, що задіяні у Проекті «Поліпшення охорони здоров'я на службі у

¹⁶ Касові видатки за даними Державної казначейської служби України

¹⁷ Угода про позику (Проект "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей") між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку від 19.03.2015 № 8475-UA

¹⁸ Паспорт бюджетної програми на 2016 рік (джерело інформації : http://www.moz.gov.ua/docfiles/bp_2016_2301610.pdf)

людей», центрального та обласного рівнів щодо застосування міжнародних стандартів з інформаційних технологій у системі охорони здоров'я;

- поточний ремонт приміщення для забезпечення роботи Центру електронної охорони здоров'я;

- розробка та пілотне впровадження нової системи фінансування ЗОЗ на основі діагностично-споріднених груп;

- забезпечення технічної та консультаційної підтримки МОЗ України у впровадженні заходів з реформування системи громадського здоров'я;

- проведення інформаційно-комунікаційних заходів з метою інформування населення щодо реформування системи охорони здоров'я;

- розробка та запровадження системи безперервного професійного навчання управлінців у сфері охорони здоров'я, надання технічної підтримки для зміцнення управління системою охорони здоров'я на загальнодержавному і регіональному рівнях;

- надання технічної підтримки з моніторингу та оцінювання на загальнодержавному і регіональному рівнях медичної інформації та організація навчання з питань стану впровадження та досягнення показників Проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» обласного та регіонального рівня;

- підтримка реалізації Проекту;

- закупівля комп'ютерної техніки та офісного обладнання.

Як і в попередні роки, суттєву роль у розподілі коштів на охорону здоров'я продовжували відігравати регіональні та місцеві органи управління. Місцеві урядові структури у 2016 р. розподіляли 83,5% суспільних фондів (для порівняння: у 2010 р. – 75,1%, 2011 р. – 79,1%, 2012 р. – 80,6%, 2013 – 79,8%, 2014 р. – 81,5%, 2015 р. – 83,9%). У цілому у 2016 р. з місцевих бюджетів було профінансовано видатки на охорону здоров'я в обсязі 62952, 2 млн грн (2015 р. – 59514,08 млн грн), у т.ч. загальний фонд – 53298,6 млн грн, спеціальний – 9653,7 млн гривень.

Показники виконання місцевих бюджетів за функціональною класифікацією видатків та їх структуру у 2016 р. подано у табл. 5.2.9¹⁹.

У 2016 р. кінцеве споживання фінансових коштів системи охорони здоров'я з місцевих бюджетів забезпечувалося переважно на рівні двох основних постачальників медичних послуг: лікарень – 66,0% (для порівняння: 2009 р. – 76,9%, 2010 р. – 77,2%, 2011 р. – 76,8%, 2012 р. – 70,26%, 2013 р. – 65,7%, 2014 р. – 67,36%, 2015 р. – 69,8%); закладів, що надавали амбулаторно-поліклінічну, швидку та невідкладну медичну допомогу – 24,2% (для порівняння: 2009 р. – 15,5%, 2010 р. – 15,48%, 2011 р. – 15,2%, 2012 р. – 18,41%, 2013 р. – 23,26%, 2014 р. – 25,09%, 2015 р. – 22,8%). Тобто можна говорити про збереження тенденцій останніх років щодо зміщення структури видатків у бік амбулаторної ланки за рахунок зменшення ліжкового фонду лікарень, перепрофілювання дільничних лікарень, а також втрати частини мережі ЗОЗ, чисельність якої змінилася у зв'язку з тимчасовою окупацією території АР Крим, м. Севастополя та частини зони проведення АТО.

¹⁹ Дані Державної казначейської служби України

**Показники виконання місцевих бюджетів за функціональною класифікацією видатків та їх структура у 2015–2016 рр.,
грн/відсотків від видатків місцевих бюджетів**

Показник	Загальний фонд		Спеціальний фонд		Разом		Загальний фонд		Спеціальний фонд		Разом									
	Виконано за січень-грудень 2016 р.						2015		2016		2015		2016							
	53 298 568095,50	9 653 673 445,10	1 890 698 998,57	198 425 971,62	1 863 067 332,49	2 515 579 598,98	3 385 211 718,24	71 420 110,68	13 055 228,49	6 648 616 880,74	567 719 799,64	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	67,0	65,3	82,5	69,8	69,8	66,0
Охорона здоров'я	53 298 568095,50	9 653 673 445,10	1 890 698 998,57	198 425 971,62	1 863 067 332,49	2 515 579 598,98	3 385 211 718,24	71 420 110,68	13 055 228,49	6 648 616 880,74	567 719 799,64	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	67,0	65,3	82,5	69,8	69,8	66,0
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога	13 689 311887,03	1 890 698 998,57	1 890 698 998,57	198 425 971,62	1 863 067 332,49	2 515 579 598,98	3 385 211 718,24	71 420 110,68	13 055 228,49	6 648 616 880,74	567 719 799,64	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	67,0	65,3	82,5	69,8	69,8	66,0
Поліклініки загального профілю та амбулаторії	1 664 641 360,87	198 425 971,62	198 425 971,62	198 425 971,62	1 863 067 332,49	2 515 579 598,98	3 385 211 718,24	71 420 110,68	13 055 228,49	6 648 616 880,74	567 719 799,64	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	67,0	65,3	82,5	69,8	69,8	66,0
Спеціалізовані та стоматологічні поліклініки	1 813 603 760,56	701 975 838,42	701 975 838,42	701 975 838,42	1 863 067 332,49	2 515 579 598,98	3 385 211 718,24	71 420 110,68	13 055 228,49	6 648 616 880,74	567 719 799,64	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	67,0	65,3	82,5	69,8	69,8	66,0
Станції швидкої та невідкладної допомоги	3 385 211 718,24	71 420 110,68	71 420 110,68	71 420 110,68	1 863 067 332,49	2 515 579 598,98	3 385 211 718,24	71 420 110,68	13 055 228,49	6 648 616 880,74	567 719 799,64	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	67,0	65,3	82,5	69,8	69,8	66,0
Фельдшерсько-акушерські пункти	177 238 166,62	13 055 228,49	13 055 228,49	13 055 228,49	1 863 067 332,49	2 515 579 598,98	3 385 211 718,24	71 420 110,68	13 055 228,49	6 648 616 880,74	567 719 799,64	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	67,0	65,3	82,5	69,8	69,8	66,0
Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги	6 648 616 880,74	567 719 799,64	567 719 799,64	567 719 799,64	1 863 067 332,49	2 515 579 598,98	3 385 211 718,24	71 420 110,68	13 055 228,49	6 648 616 880,74	567 719 799,64	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	67,0	65,3	82,5	69,8	69,8	66,0
Лікарні та санаторно-курортні заклади	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	6 739 508 698,46	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	41 565 096433,13	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	6 739 508 698,46	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	34 825 587734,67	6 739 508 698,46	41 565 096433,13	67,0	65,3	82,5	69,8	69,8	66,0

Показник	Загальний фонд		Спеціальний фонд		Разом		Загальний фонд		Спеціальний фонд		Разом	
	Виконано за січень-грудень 2016 р.						Структура, відсотків від загального обсягу видатків місцевих бюджетів					
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Лікарні загального профілю	25 081 712926,88	4 710 052 922,23	29 791 765849,11	48,5	47,1	66,8	48,8	51,7	47,3			
Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади	7 628 802 127,82	1 540 759 021,97	9 169 561 149,79	14,5	14,3	12,5	16,0	14,2	14,6			
Пологові будинки	1 445 869 305,94	356 812 660,19	1 802 681 966,13	2,7	2,7	2,2	3,7	2,6	2,9			
Санаторно-курортні заклади	669 203 374,03	131 884 094,07	801 087 468,10	1,3	1,3	1,0	1,4	1,3	1,3			
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	33 728 614,43	1 710 848,62	35 439 463,05	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1			
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	4 749 939 859,37	1 359 856 949,17	6 109 796 808,54	7,6	8,9	6,8	14,1	7,4	9,7			
Будинки дитини	484 095 394,11	41 554 332,86	525 649 726,97	0,9	0,9	0,4	0,4	0,8	0,8			
Станції переливання крові	291 686 363,48	78 822 071,32	370 508 434,80	0,6	0,5	0,8	0,8	0,6	0,6			
Інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я	3 974 158 101,78	1 239 480 544,99	5 213 638 646,77	6,1	7,5	5,5	12,8	6,0	8,3			

Виділення окремої функції «Центри первинної медичної (медико-санітарної допомоги)» у функціональній класифікації видатків і кредитування бюджету дає змогу простежувати дані про обсяги видатків на надання медичної допомоги у ЦПМСД. У цілому видатки на їх фінансування зростають щорічно і становили 11,5% проти 10,4% у 2015 р. від загального обсягу фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів.

Частка видатків у структурі місцевих бюджетів на фінансування екстреної медичної допомоги за функцією «Станції швидкої та невідкладної допомоги» становила 5,5%. (2015 р. – 55,6%, 2014 р. – 6,28%, 2013 р. – 5,1% 2012 р. – 3,43%; 2011 р. – 2,7%).

Щодо економічної класифікації видатків ЗОЗ, які фінансувалися із загального фонду місцевих бюджетів, у їх структурі переважали видатки на оплату праці з нарахуваннями (2010 р. – 72,0%; 2011 р. – 75,0%, 2012 р. – 73,5%, 2013 р. – 74,4%, 2014 р. – 66,68%; 2015 р. – 70,6%, 2016 р. – 65,2%²⁰). Водночас частку видатків у загальному обсязі фінансування з місцевих бюджетів на медикаменти та перев'язувальні матеріали зафіксовано на рівні 7,7% (2010 р. – 7,9%; 2011 р. – 7,8%, 2012 р. – 7,5%, 2013 р. – 7,1%, 2014 р. – 7,22%, 2015 р. – 8,6%), харчування – 1,8% (2010 р. – 3,0%; 2011 р. – 2,7%, 2012 р. – 2,3%, 2013 р. – 2,2%, 2014 р. – 1,9%, 2015 р. – 2,1%). Регіональні показники фінансування захищених видатків наведені у табл. 5.2.10

Таблиця 5.2.10

Фінансування захищених видатків у 2016 р. (медична субвенція)

Адміністративно-територіальна одиниця	Видатки медичної субвенції на фінансування захищених видатків			Частка витрат на фінансування захищених видатків у медичній субвенції		
	2100 Оплата праці і нарахування на заробітну плату	2220 Медикаменти та перев'язувальні матеріали	2230 Продукти харчування	2100 Оплата праці і нарахування на заробітну плату	2220 Медикаменти та перев'язувальні матеріали	2230 Продукти харчування
	тис. грн			відсотків		
Україна	29640799,5	3498499,0	798527,2	65,2	7,7	1,8
<i>Область</i>						
Вінницька	1328381,3	187 166,0	34 240,2	72,8	10,3	1,9
Волинська	894 733,0	106 468,1	23 993,1	77,4	9,2	2,1
Дніпропетровська	995 114,9	204 180,2	55 523,3	25,7	5,3	1,4
Донецька	1677121,2	227 489,1	46 867,1	69,4	9,4	1,9
Житомирська	1059676,3	105 147,5	36 845,2	74,0	7,3	2,6
Закарпатська	915 792,9	205 164,1	45 281,7	65,7	14,7	3,2
Запорізька	1088156,6	7 850,0	1 663,7	50,4	0,4	0,1
Івано-Франківська	1214789,2	139 597,5	32 045,1	73,3	8,4	1,9
Київська	530 819,9	115 934,5	27 255,3	26,9	5,9	1,4
Кіровоградська	849 036,7	31 772,9	18 244,2	74,0	2,8	1,6
Луганська	673 683,4	50 902,3	4 090,6	71,0	5,4	0,4
Львівська	1993148,8	360 510,4	68 470,2	70,0	12,7	2,4
Миколаївська	983 035,9	104 310,7	37 287,4	72,7	7,7	2,8
Одеська	1775374,4	254 642,3	67 958,5	66,6	9,5	2,5
Полтавська	1263177,8	102 200,8	28 709,8	76,4	6,2	1,7
Рівненська	997 391,4	78 112,0	21 138,8	78,5	6,1	1,7
Сумська	970 548,2	107 527,0	23 729,3	72,4	8,0	1,8
<i>Область</i>						

²⁰ За рахунок коштів медичної субвенції

Адміністративно-територіальна одиниця	Видатки медичної субвенції на фінансування захищених видатків			Частка витрат на фінансування захищених видатків у медичній субвенції		
	2100 Оплата праці і нарахування на заробітну плату	2220 Медикаменти та перев'язувальні матеріали	2230 Продукти харчування	2100 Оплата праці і нарахування на заробітну плату	2220 Медикаменти та перев'язувальні матеріали	2230 Продукти харчування
	тис. грн			відсотків		
Тернопільська	879 647,8	97 923,0	22 853,3	72,5	8,1	1,9
Харківська	2275427,3	174 213,7	55 474,8	69,6	5,3	1,7
Херсонська	939 679,1	81 909,7	19 694,0	76,8	6,7	1,6
Хмельницька	971 423,1	128 505,3	41 907,0	64,3	8,5	2,8
Черкаська	1027132,6	126 833,9	20 678,9	68,1	8,4	1,4
Чернівецька	741 415,2	86 913,8	17 253,3	72,8	8,5	1,7
Чернігівська	907 230,6	59 963,7	25 482,6	72,2	4,8	2,0
м. Київ	2 688 861,8	353 260,5	21 839,7	80,5	10,6	0,7

Слід зазначити, що місцеві ради при прийнятті відповідних бюджетів додатково понад обсяги субвенції планували та здійснювали з місцевих бюджетів оплату поточних видатків ЗОЗ (табл. 5.2.9–5.2.11), а також програм у галузі охорони здоров'я. Однак майже у всіх областях обсяги як медичної субвенції, так затверджених місцевих бюджетів не забезпечували повну потребу регіональних систем охорони здоров'я у коштах для покриття захищених видатків.

Щодо використання цільових видатків для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет та хворих на хронічну ниркову недостатність методом гемодіалізу, слід зазначити, що ці видатки були використано в обсягах 1,13 млрд грн і 1,485 млрд грн відповідно. У цілому потреби у коштах для місцевих бюджетів з метою забезпечення лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет були профінансовані на 98,9%, хворих на хронічну ниркову недостатність методом гемодіалізу – на 78,7%. Коштом місцевих бюджетів додатково було витрачено 179,8 млн грн на лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет (за винятком Донецької, Житомирської, Івано-Франківської, Одеської, Рівненської, Херсонської та Чернівецької областей, у яких ці витрати покривалися коштом медичної субвенції)²¹. Щодо видатків з місцевих бюджетів для забезпечення лікування хворих на хронічну ниркову недостатність методом гемодіалізу, то на ці цілі з місцевих бюджетів було витрачено 108,3 млн грн (зокрема додаткові кошти були виділені у місцевих бюджетах Волинської, Дніпропетровської, Донецької, Київської, Одеської, Сумської, Черкаської областей та м. Києва) (табл. 5.2.12).

З місцевих бюджетів були профінансовані і відповідні програми та заходи, передбачені за бюджетною програмою КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» в обсязі 1,27 млрд гривень. Детально дані про фінансування з місцевих бюджетів на ці цілі представлено у табл.5.2.13.

²¹ Попередні дані Департаменту економіки та фінансової політики МОЗ України

Фінансування захищених видатків у 2016 р. – оплата праці і нарахування: фінансування з місцевих бюджетів і за рахунок медичної субвенції

Адміністративно-територіальна одиниця	2100 Оплата праці і нарахування на заробітну плату									
	Потреба на 2016 рік	Затверджено місцевими радами у 2016 році	У т.ч. за рахунок медичної субвенції	% забезпеченості МБ від потреби	Використано коштів у 2016 році	У т.ч. за рахунок медичної субвенції	% використання коштів місцевих бюджетів	У т.ч. медичної субвенції		
Україна	48 989 684,4	34 017 714,7	30 808 810,7	69,4	33 489 273,9	29 640 799,5	98,4	96,2		
<i>Область</i>										
Вінницька	1 982 346,0	1 403 703,1	1 334 908,1	70,8	1 397 153,1	1 328 381,3	99,5	99,5		
Волинська	1 383 366,1	916 135,1	896 209,5	66,2	913 407,8	894 733,0	99,7	99,8		
Дніпропетровська	3 092 387,4	1 077 277,8	1 031 314,0	34,8	1 048 355,8	995 114,9	97,3	96,5		
Донецька	2 286 190,2	1 830 206,8	1 760 646,1	80,1	1 738 322,4	1 677 121,2	95,0	95,3		
Житомирська	1 778 026,0	1 179 819,2	1 064 940,9	66,4	1 174 263,1	1 059 676,3	99,5	99,5		
Закарпатська	1 392 508,3	1 014 810,8	927 437,0	72,9	1 011 917,0	915 792,9	99,7	98,7		
Запорізька	2 065 525,5	1 965 309,5	1 847 713,8	95,1	1 948 696,6	1 088 156,6	99,2	58,9		
Івано-Франківська	1 854 797,0	1 344 072,6	1 216 157,9	72,5	1 339 287,6	1 214 789,2	99,6	99,9		
Київська	2 114 846,4	542 723,8	531 259,2	25,7	541 784,1	530 819,9	99,8	99,9		
Кіровоградська	1 506 511,5	914 555,2	850 045,5	60,7	913 364,3	849 036,7	99,9	99,9		
Луганська	2 124 963,6	840 479,4	787 731,1	39,6	733 795,9	673 683,4	87,3	85,5		
Львівська	3 111 851,5	2 269 157,2	2 016 764,2	72,9	2 245 029,6	1 993 148,8	98,9	98,8		
Миколаївська	1 425 290,6	1 056 155,2	989 076,9	74,1	1 047 806,1	983 035,9	99,2	99,4		
Одеська	2 565 637,9	1 960 557,1	1 820 600,7	76,4	1 881 252,2	1 775 374,4	96,0	97,5		
Полтавська	1 821 231,3	1 434 657,7	1 282 087,5	78,8	1 408 554,8	1 263 177,8	98,2	98,5		
Рівненська	1 193 710,5	1 119 433,7	998 565,1	93,8	1 118 301,9	997 391,4	99,9	99,9		
Сумська	1 514 162,8	1 082 574,8	973 708,7	71,5	1 076 854,4	970 548,2	99,5	99,7		
Тернопільська	1 424 420,7	961 414,6	879 984,9	67,5	960 930,5	879 647,8	99,9	100,0		
Харківська	3 161 357,0	2 324 279,1	2 281 509,0	73,5	2 317 675,5	2 275 427,3	99,7	99,7		
Херсонська	1 561 478,7	962 500,8	945 000,1	61,6	955 317,7	939 679,1	99,3	99,4		
Хмельницька	1 494 472,2	1 084 929,4	988 054,2	72,6	1 035 859,8	971 423,1	95,5	98,3		
Черкаська	1 179 225,5	1 175 741,9	1 036 388,3	99,7	1 145 010,9	1 027 132,6	97,4	99,1		
Чернівецька	1 188 404,8	805 680,7	744 729,4	67,8	802 166,2	741 415,2	99,6	99,6		
Чернігівська	1 630 660,8	1 043 225,3	908 034,1	64,0	1 037 469,9	907 230,6	99,4	99,9		
м. Київ	4 136 312,1	3 708 314,1	2 695 944,4	89,7	3 696 696,8	2 688 861,8	99,7	99,7		

Фінансування захищених витатків у 2016 р. – медикаменти та перев'язувальні матеріали: фінансування з місцевих бюджетів і за рахунок медичної субвенції

Адміністративно-територіальна одиниця	2100 Оплата праці і нарахування на заробітну плату									
	Потреба на 2016 рік	Затверджено місцевими радами у 2016 році	У т.ч. за рахунок медичної субвенції	% забезпеченості МБ від потреби	Використано коштів у 2016 році	У т.ч. за рахунок медичної субвенції	% використання коштів місцевих бюджетів	У т.ч. медичної субвенції		
Україна	12 669 151,5	6 171 943,1	3 821 607,3	48,7	5 733 730,1	3 498 499,0	92,9	91,5		
<i>Область</i>										
Вінницька	813 017,7	234 316,2	187 333,3	28,8	229 531,6	187 166,0	98,0	99,9		
Волинська	136 421,8	144 297,4	96 331,5	105,8	141 286,3	106 468,1	97,9	110,5		
Дніпропетровська	2 746 490,9	429 000,4	205 722,0	15,6	369 391,8	204 180,2	86,1	99,3		
Донецька	386 778,9	390 432,4	328 213,0	100,9	286 151,8	227 489,1	73,3	69,3		
Житомирська	199 607,3	164 515,2	105 462,7	82,4	164 007,3	105 147,5	99,7	99,7		
Закарпатська	298 094,0	265 815,2	234 491,5	89,2	236 930,2	205 164,1	89,1	87,5		
Запорізька	551 281,3	357 640,3	109 754,5	64,9	355 948,5	7 850,0	99,5	7,2		
Івано-Франківська	396 492,4	233 777,0	145 139,6	59,0	228 521,4	139 597,5	97,8	96,2		
Київська	503 771,6	219 162,0	118 937,6	43,5	207 765,3	115 934,5	94,8	97,5		
Кіровоградська	934 798,1	86 114,3	31 919,9	9,2	85 940,4	31 772,9	99,8	99,5		
Луганська	213 481,0	78 651,8	59 891,5	36,8	66 738,7	50 902,3	84,9	85,0		
Львівська	801 921,7	412 282,1	363 024,2	51,4	406 229,0	360 510,4	98,5	99,3		
Миколаївська	196 165,6	165 780,7	104 864,2	84,5	163 856,9	104 310,7	98,8	99,5		
Одеська	490 865,1	355 171,1	282 408,8	72,4	284 814,7	254 642,3	80,2	90,2		
Полтавська	219 566,3	175 768,7	102 346,2	80,1	174 622,7	102 200,8	99,3	99,9		
Рівненська	319 051,5	140 712,8	80 905,4	44,1	137 637,6	78 112,0	97,8	96,5		
Сумська	287 785,4	130 126,4	107 674,0	45,2	129 376,5	107 527,0	99,4	99,9		
Тернопільська	192 040,0	142 228,3	99 800,7	74,1	139 814,9	97 923,0	98,3	98,1		
Харківська	699 194,4	303 020,4	180 791,2	43,3	295 328,7	174 213,7	97,5	96,4		
Херсонська	198 040,7	104 777,3	82 164,9	52,9	104 233,0	81 909,7	99,5	99,7		
Хмельницька	431 537,5	265 190,9	129 897,6	61,5	234 057,8	128 505,3	88,3	98,9		
Черкаська	65 710,5	215 586,4	128 269,2	328,1	213 374,1	126 833,9	99,0	98,9		
Чернівецька	111 136,7	109 091,6	91 517,7	98,2	101 691,9	86 913,8	93,2	95,0		
Чернігівська	466 992,2	104 461,6	64 305,0	22,4	99 440,0	59 963,7	95,2	93,2		
м. Київ	1 008 909,0	944 022,7	380 441,1	93,6	877 039,0	353 260,5	92,9	92,9		

Фінансування захищених витатків у 2016 р. – харчування: фінансування з місцевих бюджетів і за рахунок медичної субвенції

Адміністративно-територіальна одиниця	2100 Оплата праці і нарахування на заробітну плату									
	Потреба на 2016 рік	Затверджено місцевими радами у 2016 році	У т.ч. за рахунок медичної субвенції	% забезпеченості МБ. від потреби	Використано коштів у 2016 році	У т.ч. за рахунок медичної субвенції	% використання коштів місцевих бюджетів	У т.ч. медичної субвенції		
Україна	3 003 975,8	1 136 796,6	818 277,2	37,8	1 106 764,3	798 527,2	97,4	97,6		
<i>Область</i>										
Вінницька	144 260,6	39 410,6	34 471,4	27,3	38 892,1	34 240,2	98,7	99,3		
Волинська	66 551,1	27 895,1	24 090,2	41,9	27 814,3	23 993,1	99,7	99,6		
Дніпропетровська	337 329,7	66 662,1	55 761,9	19,8	66 422,6	55 523,3	99,6	99,6		
Донецька	265 176,2	60 101,1	51 015,7	22,7	55 624,5	46 867,1	92,6	91,9		
Житомирська	84 892,3	42 554,5	37 388,6	50,1	41 998,4	36 845,2	98,7	98,5		
Закарпатська	69 228,9	48 200,3	46 171,7	69,6	47 664,0	45 281,7	98,9	98,1		
Запорізька	140 270,6	55 847,5	1 720,8	39,8	55 231,9	1 663,7	98,9	96,7		
Івано-Франківська	93 176,9	37 946,2	32 338,6	40,7	37 828,3	32 045,1	99,7	99,1		
Київська	112 545,7	34 744,7	27 516,2	30,9	34 477,1	27 255,3	99,2	99,1		
Кіровоградська	127 235,2	29 379,0	18 249,6	23,1	29 350,8	18 244,2	99,9	100,0		
Луганська	101 484,8	20 678,9	4 562,2	20,4	17 754,2	4 090,6	85,9	89,7		
Львівська	151 176,7	82 224,5	68 892,9	54,4	80 081,8	68 470,2	97,4	99,4		
Миколаївська	88 303,4	50 518,1	37 937,9	57,2	49 700,3	37 287,4	98,4	98,3		
Одеська	145 428,9	89 443,6	76 276,2	61,5	78 170,8	67 958,5	87,4	89,1		
Полтавська	88 728,6	44 529,9	28 774,0	50,2	44 443,5	28 709,8	99,8	99,8		
Рівненська	89 644,8	28 450,7	21 167,7	31,7	28 422,1	21 138,8	99,9	99,9		
Сумська	79 392,1	29 336,4	23 883,2	37,0	29 127,1	23 729,3	99,3	99,4		
Тернопільська	48 125,7	23 712,2	22 849,7	49,3	23 713,5	22 853,3	100,0	100,0		
Харківська	140 861,3	62 504,7	55 928,4	44,4	61 893,7	55 474,8	99,0	99,2		
Херсонська	89 113,1	25 781,9	19 696,4	28,9	25 765,4	19 694,0	99,9	100,0		
Хмельницька	86 671,3	52 318,8	43 473,8	60,4	49 857,0	41 907,0	95,3	96,4		
Черкаська	22 376,1	48 623,4	20 397,9	217,3	48 978,4	20 678,9	100,7	101,4		
Чернівецька	55 913,8	19 628,2	17 339,0	35,1	19 540,4	17 253,3	99,6	99,5		
Чернігівська	155 048,9	32 439,1	26 232,8	20,9	31 187,4	25 482,6	96,1	97,1		
м. Київ	221 039,3	83 865,1	22 140,4	37,9	82 824,6	21 839,7	98,8	98,6		

Фінансування видатків у 2016 р. – цільові видатки для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет та хворих на хронічну ниркову недостатність методом гемодіалізу, тис. грн

Адміністративно-територіальна одиниця	Цільові видатки для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет		Цільові видатки для лікування хворих на хронічну ниркову недостатність методом діалізу	
	Потреба на 2016 рік	Затверджено: кошти медичної субвенції + МБ	Використано за 2016 рік	Потреба на 2016 рік
Україна	1 150 835,10	1 172 062,62	1 137 752,42	1 485 426,626
<i>Область</i>				
Вінницька	33 992,9	37 497,60	37 495,90	63 857,900
Волинська	21 915,2	22 034,85	20 828,46	50 838,00
Дніпропетровська	105 831,4	99 148,60	98 187,80	107 259,30
Донецька	118 269,1	112 213,60	111 171,40	114 492,80
Житомирська	39 889,8	41 321,57	41 321,13	43 379,90
Закарпатська	31 163,7	33 815,00	33 787,70	75 099,00
Запорізька	45 270,3	49 668,40	47 837,30	111 714,300
Івано-Франківська	29 046,9	36 081,90	35 722,80	103 920,200
Київська	48 149,7	48 557,60	47 767,50	62 871,800
Кіровоградська	30 590,2	29 954,90	29 682,20	28 058,500
Луганська	35 416,5	12 100,00	11 252,85	28 318,300
Львівська	58 344,7	63 646,60	63 646,00	94 307,600
Миколаївська	27 676,8	33 719,60	32 615,80	41 568,100
Одеська	72 704,5	47 985,90	47 981,40	112 493,700
Полтавська	41 214,5	47 904,70	47 904,70	28 578,100
Рівненська	35 771,6	34 340,60	31 340,50	44 166,100
Сумська	25 555,5	30 791,10	29 070,70	55 077,700
Тернопільська	25 793,9	25 759,50	25 561,30	46 504,300
Харківська	78 677,8	70 949,00	70 887,80	63 131,600
Херсонська	35 531,8	20 712,5	20 479,68	27 019,300
Хмельницька	40 746,5	45 255,80	34 919,40	58 455,100
Черкаська	44 774,2	56 405,00	56 333,10	83 136,200
Чернівецька	28 940,9	29 994,50	29 994,50	22 602,700
Чернігівська	28 372,6	32 203,80	31 512,20	65 729,600
м. Київ	67 194,1	110 000,00	100 450,30	146 267,700
				85 000,00
				63 838,100
				50 838,00
				102 480,40
				23 659,00
				43 379,50
				48 170,80
				65 913,10
				89 239,90
				61 251,40
				28 802,80
				3 889,20
				92 038,50
				35 791,20
				77 512,70
				13 156,40
				42 954,30
				37 896,70
				45 001,80
				54 209,50
				32 230,20
				64 172,60
				80 902,40
				73 450,00
				17 861,80
				64 973,00
				60 746,80

Обсяг видатків з місцевих бюджетів, спрямованих на напрямки, що передбачені за бюджетною програмою КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» в динаміці: 2013–2016 рр., тис. грн.

	2013 рік		2014 рік		2015 рік		2016 рік	
	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2013 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2014 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2015 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2016 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів
Найменування програм і централізованих заходів								
Програми і централізовані заходи з імунпрофілактики	303 035,50	17 252,35	286 707,10	15 942,97	573 216,80	18 819,30	590 416,80	31 438,39
Централізовані заходи з трансплантації	34 868,80	13 347,34	34 736,80	22 966,48	64 736,80	54 890,36	84 714,20	65 957,41
Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз	175 780,80	46 526,70	166 218,70	51 242,23	212 128,40	71 941,63	229 128,40	92 554,45
Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	305 553,20	17 158,52	293 145,00	13 523,88	349 959,30	30 753,86	366 959,30	50 037,98
Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями (дорослі)	294 791,60	40 217,76	277 063,60	57 441,41	397 065,70	154 215,22	397 065,70	228 313,75
Централізовані заходи з лікування онкохворих дітей	365 805,80	6 471,60	448 031,20	5 079,24	353 000,00	6 113,47	353 000,00	26 398,59
Централізовані заходи розвитку донорства крові та її компонентів	67 097,80	11 440,31	64 915,30	16 597,64	160 915,30	26 498,28	160 915,30	43 558,96
Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини	212 628,40	37 464,80	206 397,40	49 807,75	433 930,70	81 098,84	404 211,10	125 050,84
Централізована закупівля медикаментів для громадян, хворих на:	0,00	736,20	0,00	1 105,60	0,00	2 234,16	407 119,60	7 168,40
<i>хворобу Гоше</i>		<i>0,00</i>		<i>0,00</i>		<i>0,00</i>	<i>74 635,80</i>	<i>0,00</i>
<i>мукополісахаридоз</i>		<i>0,00</i>		<i>0,00</i>		<i>5,26</i>	<i>205 770,30</i>	<i>0,00</i>
<i>орфанні захворювання</i>		<i>736,20</i>		<i>1 033,30</i>		<i>1 031,40</i>	<i>24 103,30</i>	<i>1 302,70</i>
<i>бульозний епідермоліз</i>		<i>0,00</i>		<i>0,00</i>		<i>0,00</i>	<i>26 433,90</i>	<i>956,40</i>

	2013 рік		2014 рік		2015 рік		2016 рік	
	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2013 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2014 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2015 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2016 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів
<i>легеневої артеріальної гіпертензії</i>		0,00		72,30		1 197,50	76 176,30	4 909,30
Централізовані заходи з охорони репродуктивного здоров'я нації	33 786,20	22 659,41	32 089,70	22 397,21	70 941,70	18 546,33	70 941,70	40 376,84
Проведення лікування безплідності жінок методом допоміжних репродуктивних технологій	6 600,00	275,00	6 600,00	1 004,00	6 600,00	0,00	6 600,00	0,00
Централізована закупівля медикаментів для лікування дорослих хворих на гемофілію	63 602,80	5 060,78	59 688,00	16 964,46	119 688,00	34 010,90	130 743,00	138 918,15
Централізовані заходи із запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань	263 976,20	65 110,74	221 143,30	65 083,93	337 222,30	77 538,29	357 222,30	100 642,31
Централізовані заходи щодо розвитку системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю	11 992,70	296 571,49	10 690,90	452 084,61	543 795,00	858 554,45	143 795,00	1 054 763,85
Централізована закупівля ендопротезів і наборів інструментів для імплантації	23 064,90	8 694,60	13 766,30	10 134,56	44 886,00	11 551,18	44 886,00	18 563,50
Централізована закупівля медикаментів для лікування хворих на розсіяний склероз	73 487,40	161,00	71 056,50	229,00	71 056,50	410,30	71 056,50	504,10
Централізовані заходи з надання допомоги хворим на цукровий діабет	20 710,00	426 637,31	19 740,30	471 434,13	19 740,30	607 939,31	19 740,30	919 196,40
Державна цільова соціальна програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів	45 447,30	7 786,98	91 558,80	11 424,30	121 558,80	18 141,83	121 558,80	14 915,84

	2013 рік		2014 рік		2015 рік		2016 рік	
	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2013 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2014 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2015 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів	Передбачено у Законі України «Про Державний бюджет України на 2016 рік»	Видатки на зазначені напрямки з місцевих бюджетів
Обладнання		234 136,11		74 603,56	200 000,00	378 855,96		706 847,48
Інші (нові напрями)	22 000,00	16 018,37	0,00	24 392,47	0,00	37 080,92	0,00	87 749,18
<i>Лікування дітей в Республіці Куба</i>		0,00		0,00		0,00		0,00
<i>Екстрена медична допомога</i>	22 000,00	6 110,20		20 315,40		31 317,60	0,00	29 382,00
<i>Придбання медичного автотранспорту</i>		9 543,20		3 423,60		4 561,80		56 530,64
<i>Неспецифічний виразковий коліт імунобіологічної терапії</i>		12,00		18,90		25,60		31,00
<i>Ідіопатична сімейна дистонія</i>		0,00		0,00		0,00		0,00
<i>Спінальна м'язова атрофія</i>		5,60		19,50		28,90		49,00
<i>ЮРА – дорослі</i>		204,37		329,57		263,02		697,84
<i>Муковіцидоз – дорослі</i>		143,00		285,50		884,00		1 058,70
Разом	2 324 229,40	1 273 727,38	2 303 548,90	1 383 459,42	4 080 441,60	2 489 194,60	3 960 074,00	3752956,41

Заробітна плата в охороні здоров'я залишається однією з найнижчих серед працівників інших галузей економіки (табл. 5.2.14). Крім того, зростання рівня заробітної плати в середньому на 10–18% відповідно до збільшення соціальних стандартів продовжує нівелюватися внаслідок «обвалу» курсу гривні у попередні роки, зростання цін для населення на комунальні послуги та енергоносії. Прикро, що і у доларовому еквіваленті заробітна плата порівняно з 2014 р. зменшилася до 40–45%, а з 2010 р. – практично вдвічі. Хоча за співвідношенням заробітної плати у промисловості до охорони здоров'я показники ідентичні (перевищення рівня заробітної плати в промисловості до охорони здоров'я у 1,75 разу).

Таблиця 5.2.14

Динаміка середньомісячної заробітної плати за видами економічної діяльності у 2010–2016 рр. у розрахунку на одного штатного працівника, грн/дол. США

Вид діяльності	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Галузі економіки, усього, грн	2247	2639	3026	3619	3480	4195	5187
дол. США за курсом НБУ	283	331	379	453	293	175	191
Промисловість, грн	2584	3123	3500	4115	3988	4791	5910
дол. США	325	392	438	515	335	200	217
Освіта, грн	1893	2087	2527	2918	2724	3132	3787
дол. США	238	262	316	365	229	131	139
Охорона здоров'я та соціальна допомога, усього, грн	1633	1780	2201	2726	2441	2853	3368
дол. США	206	223	275	341	205	119	124
лікарі, грн	2618	2658	3632	3573	3442	3814	4860
дол. США	330	334	455	447	289	159	179
молодші спеціалісти з медичною освітою, грн	1775	1817	2516	2413	2394	2720	3378
дол. США	224	228	315	302	201	113	124
молодшого медичного персоналу, грн	1298	1368	1738	1729	1651	1932	2149
дол. США	163	172	218	216	139	81	79
<i>Співвідношення заробітної плати (разів)</i>							
у промисловості до охорони здоров'я	1,75	1,59	1,51	1,63	1,41	1,68	1,75
у галузях економіки до охорони здоров'я	1,48	1,37	1,33	1,23	1,28	1,47	1,54

У цілому система фінансування охорони здоров'я Україна у 2016 р. не зазнала значних змін, як в частині обсягів фінансування, пошуків додаткових стабільних джерел фінансування, так і раціонального використання обмежених ресурсів. Надзвичайно тривожним є факт суттєвого зростання приватних витрат на охорону здоров'я, що поглиблює фінансові бар'єри до медичної допомоги. Досить багато питань залишаються не вирішеними у зв'язку із процесами децентралізації і створенням об'єднаних територіальних громад

(ОТГ)²², які на рівні із міськими та районними бюджетами напряму отримали і стали розпорядниками медичної субвенції із Державного бюджету на первинну

та вторинну медичну допомогу. Однак механізми організаційно-структурного розмежування системи охорони здоров'я так і залишилися у більшості випадків не вирішеними. Тому на практиці виникло чимало проблемних питань, насамперед організаційного характеру, що можуть бути вирішені шляхом досягнення компромісу між усіма зацікавленими сторонами – ОТГ, міською/районною радою, міською лікарнею/ЦРЛ тощо. Це стосується як питань передачі амбулаторій та ФАПів, працевлаштування працівників, так і організації медичного обслуговування населення в цілому.

Досить значним ризиком є перехід ОТГ на прямі міжбюджетні відносини з Державним бюджетом, що посилює процеси фрагментації і так недостатніх фінансових ресурсів.

Останнім часом особливої актуальності набуло питання зміни системи фінансування національної системи охорони здоров'я. Урядом прийнято декілька розпоряджень, у яких сформовані стратегічні напрямки²³ розбудови системи фінансування охорони здоров'я. Зокрема це стосується:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- запровадження механізму співфінансування надання медичних послуг пацієнтами шляхом прямої оплати чи через механізм добровільного медичного страхування;
- утворення єдиного національного замовника медичних послуг як окремого центрального органу виконавчої влади;
- створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я;
- автономізації постачальників медичної допомоги;
- запровадження ефективних методів оплати різних видів медичної допомоги та контрахтування (перехід від пасивних до активних закупівель);
- розбудови сучасної системи управління медичною інформацією²⁴.

5.3. Характеристика стану та проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України

Основними кадровими проблемами, в охороні здоров'я європейських країн, у тому числі в Україні, на сучасному етапі є:

- різноманітність і складність структури кадрових ресурсів;
- низька якість до- та післядипломної підготовки лікарів;
- нерівномірність забезпечення населення медичними кадрами в розрізі адміністративних територій;
- велика кількість лікарських спеціальностей;
- невмотивованість медичних кадрів до ефективної праці через недосконалу систему оплати праці;

²² Формування мережі закладів охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади. Бібліотека головного лікаря та голови профкому закладу охорони здоров'я. – Вип. 11. – Львів, 2016. – 110 с.

²³ Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>.

²⁴ Там же

- низький рівень укомплектованості лікарських посад за окремими спеціальностями;
- загальний дефіцит кадрів;
- надмірна спеціалізація лікарів;
- невідповідність системи атестації;
- висока частка працівників пенсійного віку;
- застарілість нормативно-правової бази з питань кадрової політики в охороні здоров'я.

Метою кадрової політики ВООЗ є підготовка необхідних кваліфікованих працівників, забезпечення ними ЗОЗ, а також виконання цими медичними працівниками відповідних завдань. Розроблений ВООЗ спільно з державами-членами Десятирічний план дій на 2006–2015 рр., який включає заходи у сфері управління, навчання і планування кадрових ресурсів, заснований на національному лідерстві та глобальній солідарності.

Дефіцит кадрів існує, перш за все, у первинній ланці, особливо в сільській місцевості. Відтік медичних кадрів із країн-донорів призводить до неуккомплектованості ЗОЗ у цих країнах, зменшення можливостей служб охорони здоров'я, збільшення витрат на наймання і закріплення кадрів. У США дефіцит медсестер у 2015 р. становив 500 тис., Канаді у 2011 р. – 113 тис., Фінляндії – 112 тис., Великій Британії у 2008 р. – 35 тис., Австралії у 2006 р. – 21 тисяча.

У країнах Європейського регіону відчувається брак підготовки сімейних лікарів і медсестер, інших працівників ПМСД; підготовка медичних працівників здійснюється без урахування необхідних співвідношень між лікарями вузьких спеціальностей, між лікарями та медсестрами. За даними ВООЗ, у світі не вистачає 2 млн медпрацівників.

Забезпеченість медичними кадрами в країнах ЄС становить 104,0 на 10 тис. населення, у т.ч. лікарями – 35,2, в СНД – 37,3. Показник забезпеченості населення Європейського регіону ВООЗ медсестрами дорівнює 67,0 на 10 тис. У країнах ЄС – 73,1; СНД – 78,5 на 10 тис. населення (останні можливі показники для порівняння у базі даних ВООЗ). Досить високими рівнями характеризуються такі показники в Україні: забезпеченість лікарями (фізичними особами) на 10 тис. населення у 2016 р. становила 37,94, СМП – 79,62 (табл. 5.3.1).

Таблиця 5.3.1

Забезпеченість населення України медичними працівниками у 2010 р. і 2016 р. (на 10 тис. населення)

Показник	Рік	
	2010	2016
<i>Забезпеченість лікарями</i>		
Заклади охорони здоров'я системи МОЗ України	43,20	37,94
<i>Забезпеченість СМП</i>		
Заклади охорони здоров'я системи МОЗ України	94,10	79,62

Розвиток кадрового потенціалу характеризується тенденцією до стабілізації і навіть зниженням показника співвідношення чисельності СМП до чисельності лікарів у ЗОЗ системи МОЗ України. Динаміка показників забезпеченості населення лікарями та СМП набула характеру зменшення (табл. 5.3.2, 5.3.3).

Кількість штатних лікарських посад у закладах системи МОЗ України щороку скорочується (2010 р. – 234,9 тис.; 2016 р. – 195,7 тис.). Різниця за вказані роки склала 39,2 тис. лікарських посад. За цей самий період кількість лікарів – фізичних осіб зменшилась на

35,5 тис. Внаслідок цих процесів скоротився розрив між кількістю штатних посад лікарів і фізичних осіб. Так, якщо у 2010 р. ця різниця склала в абсолютних числах 46,8 тис., то у 2016 р. – 34,8 тис.

Таблиця 5.3.2

**Забезпеченість лікарями (штатні посади та фізичні особи)
в Україні у 2010 р. і 2016 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість на 10 тис. населення			
	штатними посадами		фізичними особами	
	2010 р.	2016 р.	2010 р.	2016 р.
Україна	53,50	46,1	43,22	37,9
АР Крим	59,4	–	45,52	–
<i>Область</i>				
Вінницька	51,90	51,2	46,17	45,3
Волинська	45,45	43,2	37,18	36,3
Дніпропетровська	55,80	51,3	41,99	39,6
Донецька	55,02	44,0	41,36	28,3
Житомирська	48,58	45,6	35,51	35,0
Закарпатська	39,54	37,1	38,20	36,7
Запорізька	58,65	57,1	42,83	43,5
Івано-Франківська	53,02	53,8	55,87	57,0
Київська	51,04	49,3	37,97	37,0
Кіровоградська	49,58	47,4	33,24	33,3
Луганська	52,46	46,6	39,02	27,2
Львівська	50,84	48,7	52,19	51,2
Миколаївська	44,56	42,5	31,75	29,5
Одеська	53,15	50,1	43,11	41,3
Полтавська	53,96	54,6	44,48	44,4
Рівненська	48,54	45,3	38,02	38,2
Сумська	48,61	48,0	35,28	37,1
Тернопільська	52,22	52,1	48,99	49,4
Харківська	56,57	55,6	48,53	46,1
Херсонська	44,57	43,2	31,18	30,8
Хмельницька	46,67	45,2	38,19	38,0
Черкаська	46,98	46,2	35,42	35,3
Чернівецька	55,25	54,9	58,42	56,1
Чернігівська	48,89	48,8	35,76	35,6
<i>Місто</i>				
Київ	75,80	69,9	59,57	55,6
Севастополь	59,71	0,0	43,06	0,0

Таблиця 5.3.3

**Забезпеченість середнім медичним персоналом (штатні посади та фізичні особи)
в Україні у 2010 р. і 2016 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість на 10 тис. населення			
	штатними посадами		фізичними особами	
	2010 р.	2016 р.	2010 р.	2016 р.
Україна	98,74	84,13	94,01	79,62
АР Крим	102,18	–	92,20	–
<i>Область</i>				
Вінницька	97,65	91,03	102,36	97,11

Волинська	96,65	89,01	106,88	100,89
Дніпропетровська	97,78	90,74	86,89	79,23
Донецька	101,29	88,79	88,69	74,32
Житомирська	104,53	96,79	106,59	99,73
Закарпатська	79,92	75,22	89,01	82,31
Запорізька	105,05	100,79	92,60	85,49
Івано-Франківська	96,88	92,61	106,94	104,65
Київська	102,46	99,60	89,20	81,07
Кіровоградська	107,73	101,33	100,82	94,60
Луганська	96,44	90,59	92,51	73,06
Львівська	92,19	88,13	101,09	97,08
Миколаївська	89,08	82,11	80,40	73,53
Одеська	96,42	87,19	85,38	75,06
Полтавська	102,19	98,13	97,13	92,30
Рівненська	100,76	92,06	110,93	102,68
Сумська	106,02	102,79	103,94	101,44
Тернопільська	99,25	95,07	110,11	104,61
Харківська	93,07	87,13	84,39	76,36
Херсонська	93,47	87,76	89,09	81,52
Хмельницька	94,41	89,60	99,33	95,41
Черкаська	103,15	98,88	99,72	93,65
Чернівецька	88,76	82,69	101,56	96,60
Чернігівська	113,12	106,78	110,09	102,31
<i>Місто</i>				
Київ	104,14	98,80	81,52	74,62
Севастополь	106,33	–	85,14	–

За даними ВООЗ, в Україні показники забезпечення медичними працівниками наблизилися до середньоєвропейських (рис. 5.3.1 і 5.3.2).

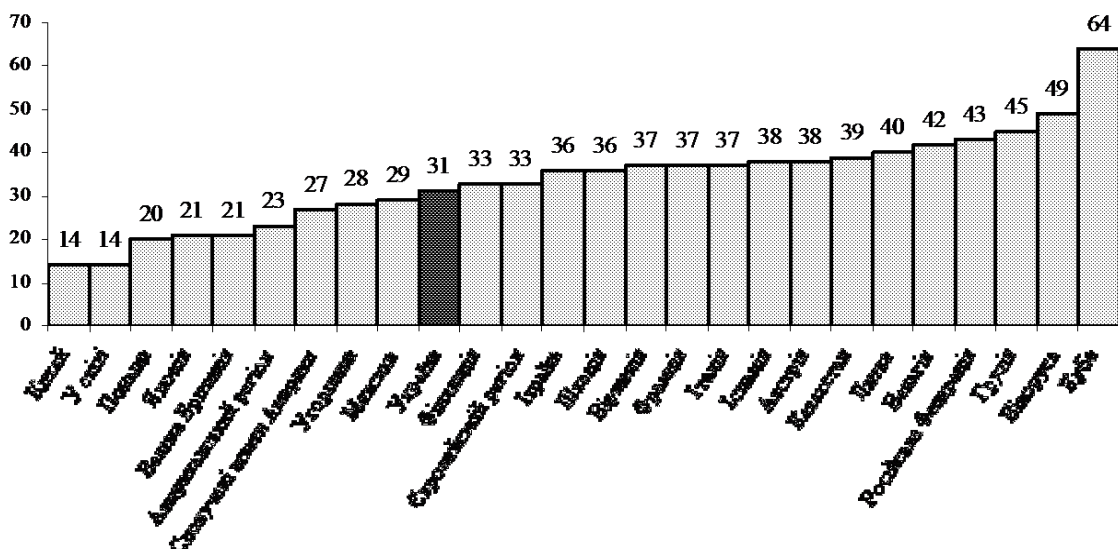


Рис. 5.3.1. Забезпеченість лікарями у світі (на 10 тис. населення)

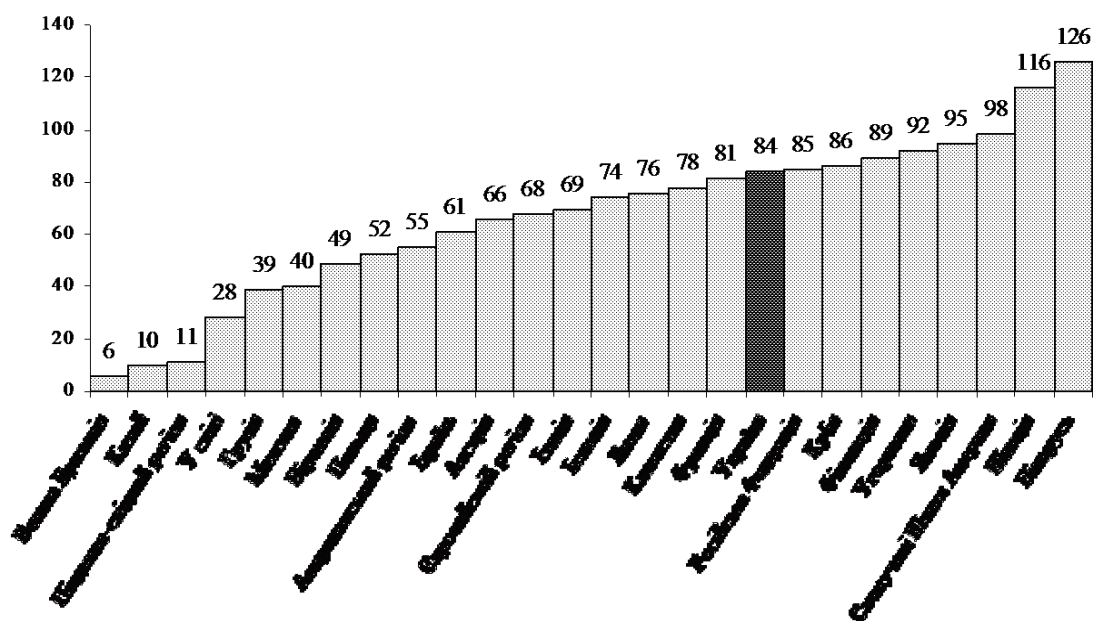


Рис. 5.3.2. Забезпеченість сестринським та акушерським персоналом у світі (на 10 тис. населення)

Негативні зміни в чисельності лікарів упродовж 2016 р. сформувалися за рахунок АР Крим, Кіровоградської, Луганської, Херсонської областей та м. Севастополя. Крім того, слід зазначити тривожний факт, що у 2016 р. (порівняно із 2010 р.) зменшилася кількість працюючих лікарів (фізичних осіб) абсолютно в усіх адміністративно-територіальних одиницях. У цілому по Україні кількість лікарів у 2016 році порівняно з 2010 роком зменшилася на 36 153 особи (на 18,3%) (табл. 5.3.4).

Таблиця 5.3.4

Динаміка чисельності лікарів за регіонами у 2010 р. і 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість лікарів (без зубних), осіб		Зміни в чисельності у 2016 р. порівняно з 2010 р.
	2010 р.	2016 р.	
Україна	197 065	160912	-36153
АР Крим	8898	–	-8898
<i>Область</i>			
Вінницька	7544	7172	-372
Волинська	3846	3774	-72
Дніпропетровська	13 996	12 786	-1210
Донецька	18 283	5500	-12783
Житомирська	4544	4340	-204
Закарпатська	4754	4613	-141
Запорізька	7712	7571	-141
Івано-Франківська	7693	7855	-162
Київська	6500	6402	-98
Кіровоградська	3336	3191	-145
Луганська	8923	1936	-6987
Львівська	13 185	12 882	-303
Миколаївська	3755	3395	-360
Одеська	10 250	9806	-444
Полтавська	6582	6305	-277
Рівненська	4378	4444	-66
Сумська	4090	4090	00
Тернопільська	5295	5218	-77
Харківська	13 295	12 394	-901

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість лікарів (без зубних), осіб		Зміни в чисельності у 2016 р. порівняно з 2010 р.
	2010 р.	2016 р.	
Херсонська	3389	3250	-139
Хмельницька	5056	4875	-181
Черкаська	4540	4330	-210
Чернівецька	5265	5076	-189
Чернігівська	3897	3654	-243
<i>Місто</i>			
Київ	16 428	16 053	-375
Севастополь	1631	–	-1631

За статистичними даними в Україні спостерігається високий рівень регіональної диспропорції лікарських кадрів. Так, при низькій укомплектованості штатних посад лікарів в Луганській – 58,3%, Донецькій – 64,2%, Миколаївській – 69,6%, Київській – 75,2%, Запорізькій – 76,3%, Житомирській – 76,7% в Черновіцькій, Львівській, Закарпатській, Івано-Франківській областях значасна частка лікарів працює не на повну ставку, а випускники медичних університетів не можуть влаштуватися на роботу.

За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України 16,5% лікарів різних спеціальностей працює на неповну ставку (в абсолютних числах - 27926), в т.ч. на 0,25 ставки – 2940; 0,5 ставки – 17740; 0,75 ставки – 7246 лікарів.

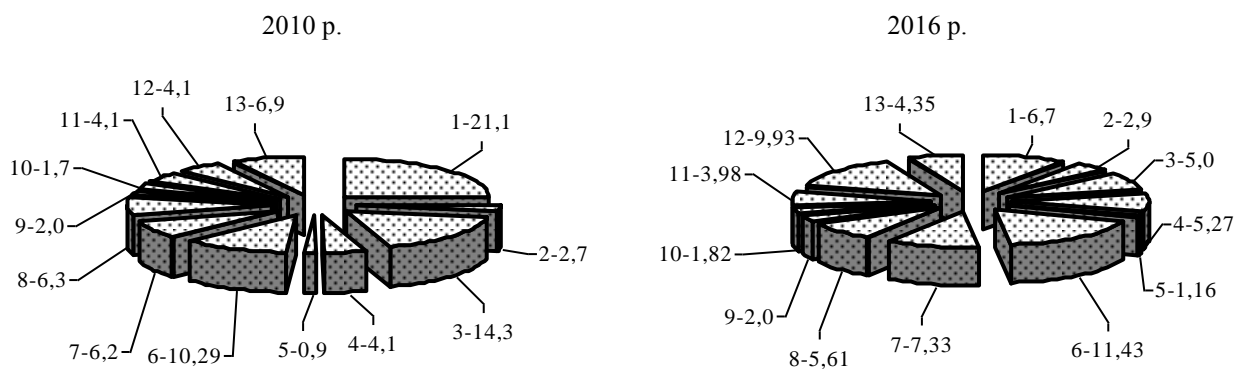
У галузі протягом 2016 р. спостерігалися проблеми щодо комплектації штатних посад медичними працівниками (табл. 5.3.5).

Таблиця 5.3.5

Кількість штатних посад медичних працівників та укомплектованість ними закладів охорони здоров'я МОЗ України у 2010 р. і 2016 р.

Показник	Рік	
	2010	2016
<i>Лікарі (без зубних лікарів) (тис.)</i>		
Кількість штатних посад	244,00	195,67
з них зайнятих	223,70	173,83
Чисельність фізичних осіб	197,10	160,91
<i>СМП (тис.)</i>		
Кількість штатних посад	450,20	356,86
з них зайнятих	431,60	334,24
Чисельність фізичних осіб	428,70	337,70
<i>Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами (%)</i>		
Лікарі	80,80	82,24
СМП	95,20	94,63
<i>Розрив між штатними посадами і чисельністю фізичних осіб (тис.)</i>		
Лікарі	46,90	34,76
СМП	21,50	19,15

Коливання показників структур лікарів за окремими, найбільш суттєвими, групами спеціалістів за 2010–2016 рр. у питомій вазі (у загальній чисельності лікарів) було незначним. Позитивною тенденцією характеризувалися зміни у чисельності лікарів ЗПСМ: їх частка за вказаний період зросла на 7,2% (в абсолютних вимірах – на 5831 особу). Загальна характеристика структури лікарів за групами спеціалістів наведена на рис. 5.3.3.



- | | | |
|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1 – Терапевти, уся група | 6 – Стоматологи, уся група | 11 – Санітарна група, усього |
| 2 – Медицина невідкладних станів | 7 – Акушери-гінекологи | 12 – Сімейні лікарі |
| 3 – Хірурги, уся група | 8 – Педіатри | 13 – Інтерни |
| 4 – Анестезіологи | 9 – Психіатри | |

Рис. 5.3.3. Питома вага лікарів окремих спеціальностей у загальній чисельності лікарів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2010 р. і 2016 р. (%)

Серед проблем, які слід вирішити, є зростання питомої ваги працівників пенсійного віку. У 2016 р. питома вага пенсіонерів-лікарів становила близько 26,0%. Серед зайнятих на посадах СМП чисельність пенсіонерів склала 13,0% (табл. 5.3.6). Це потребує в майбутньому пошуку резервів з підготовки медичних кадрів з урахуванням компенсації втрат за цей чинник.

Таблиця 5.3.6

Кількість та питома вага працюючих пенсіонерів – лікарів середнього медичного персоналу

Адміністративно-територіальна одиниця	Пенсіонери			
	лікарі		середній медичний персонал	
	кількість осіб	% до лікарів – фізичних осіб	кількість осіб	% до СМП фізичних осіб
Україна	36522	26,2	40915	12,6
<i>Область</i>				
Вінницька	1381	24,1	1238	8,3
Волинська	880	25,0	1176	11,5
Дніпропетровська	3062	27,6	3507	14,8
Донецька	1777	33,9	2514	18,0
Житомирська	1069	25,4	1180	9,5
Закарпатська	1111	25,7	838	8,3
Запорізька	1712	26,7	2032	14,0
Ів.-Франківська	1412	22,2	1402	10,0
Київська	1647	28,0	2104	15,9
Кіровоградська	990	32,7	998	11,4
Луганська	614	32,6	472	9,1
Львівська	2841	25,3	3588	15,2
Миколаївська	1023	31,6	1236	17,1
Одеська	2259	28,8	2737	19,2
Полтавська	1332	24,3	1307	10,1
Рівненська	976	23,0	1005	8,7
Сумська	908	23,3	823	7,5
Тернопільська	1150	25,9	1088	9,9
Харківська	2324	23,0	3015	15,0
Херсонська	987	30,5	978	11,5

Хмельницька	1278	27,6	1234	10,2
Черкаська	1356	32,6	1344	11,9
Чернівецька	777	28,2	653	7,7
Чернігівська	1006	28,2	1072	10,4
м. Київ	2650	22,7	3374	18,4

Окремою проблемою була міграція медичних кадрів, особливо висококваліфікованих. Західноєвропейські країни активно залучали на роботу медиків з інших країн. За останні 30 років у країнах Західної Європи значно зросла чисельність медичних працівників, які отримали освіту за кордоном. Такі проблеми характерні і для України, особливо щодо зовнішньої міграції кваліфікованих медичних кадрів до країн ЄС, США, Російської Федерації, Білорусі. Це потребує додаткових витрат держави на підготовку відповідних медичних кадрів для компенсації втрат за таке використання кадрового потенціалу.

Така ситуація зумовлена низьким рівнем заробітної плати, відсутністю належних соціально-побутових умов, недосконалою інфраструктурою населених пунктів. Щорічно вибуває понад 6 тис. лікарів за рахунок природної плинності. Тому пріоритетним напрямом розвитку кадрового потенціалу галузі має стати збереження стабільної кадрової ситуації в первинній ланці, особливо у сільській місцевості, з використанням важелів у підготовці лікарських кадрів за цільовим направленням; віднайдення ресурсів із залученням приватних інвесторів для забезпечення житлом молодих спеціалістів. Окремо слід подбати про підвищення престижу професії медичного працівника шляхом зростання їх матеріального забезпечення. Незважаючи на це, за 2010–2016 рр. намітилася позитивна динаміка щодо укомплектованості медичним персоналом: укомплектованість лікарями у 2016 р. становила 82,24% (у 2010 р. – 80,80%), а дефіцит лікарських кадрів – майже 34,76 тис. осіб (46,90 тис.); укомплектованість СМП – 94,63% (95,20%), дефіцит середніх медичних кадрів – 19,15 тис. осіб (21,50 тис.).

МОЗ України останніми роками приділяє значну увагу пріоритетному укомплектуванню посад лікарів, які надають ПМСД, зокрема ЛЗПСЛ. Однак протягом 2010–2016 рр., у зв'язку з поліпшенням тенденцій у Донецькій, Луганській, Львівській областях, укомплектованість ЛЗПСЛ (за даними статистичних звітів) збільшилась на 2 процентні пункти (табл. 5.3.7).

Таблиця 5.3.7

Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами у 2010–2016 рр. (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					
	2010	2011	2012	2013	2015	2016
Україна	73,47	76,46	71,66	71,44	66,27	75,47
<i>Область</i>						
Вінницька	72,32	77,04	75,18	78,02	77,64	76,00
Волинська	65,89	71,68	73,94	64,70	76,55	77,00
Дніпропетровська	68,16	72,0	65,05	65,71	75,31	75,00
Донецька	66,36	70,21	65,70	68,05	–	63,04
Житомирська	71,32	76,64	72,53	70,55	73,1	73,1
Закарпатська	85,14	87,97	93,56	89,40	91,3	92,1
Запорізька	71,08	77,32	76,21	71,02	74,8	73,00
Івано-Франківська	69,67	77,21	81,90	95,45	82,23	94,04
Київська	58,18	70,11	54,10	63,84	69,35	72,00
Кіровоградська	66,26	70,22	54,81	57,54	53,33	65,01
Луганська	69,55	70,94	75,64	58,40	62,81	67,00

Львівська	92,09	93,55	89,25	89,25	28,97	97,00
Миколаївська	60,00	65,41	48,97	59,21	65,74	64,00
Одеська	66,01	72,47	65,26	68,58	67,49	69,00
Полтавська	73,03	75,76	65,19	77,22	72,73	68,00
Рівненська	64,94	78,90	78,74	67,90	80,37	85,00
Сумська	70,07	72,93	66,78	69,38	72,30	75,00
Тернопільська	83,64	86,52	89,20	87,53	81,15	86,00
Харківська	70,74	71,90	68,77	69,74	71,73	72,00
Херсонська	58,81	67,68	63,62	53,27	57,14	55,00
Хмельницька	79,63	86,88	85,90	82,76	81,37	82,00
Черкаська	74,83	71,27	–	66,20	68,47	67,00
Чернівецька	79,25	76,23	94,05	86,08	82,1	89,00
Чернігівська	79,20	80,32	78,44	66,44	62,45	68,00
м. Київ	76,06	59,87	–	68,50	76,94	78,00

Згідно доказового менеджменту є **критичним** стан укомплектованості штатних посад, який не дає змогу забезпечити надання доступної та якісної медичної допомоги в наступних закладах охорони здоров'я:

- Обласних лікарнях: Донецька область при рівні укомплектованості штатних посад – 23,3%, Миколаївська область – 56,3%;

- Обласних дитячих лікарнях: Луганська область - 27,0%, Миколаївська – 57,0%; Київська -60,6%;

- Міських дитячих лікарнях: Луганська область – 23,8%; Кіровоградська – 51,1%, Миколаївська – 54,5%;

- Центральних районних лікарнях: Луганська область – 52,3%, Херсонська – 63,4%, Запорізька – 65,7%, Чернігівська – 68,1%, Одеська – 68,9%.

На сьогоднішній день, молодь, що здобуває освіту у медичних вищих навчальних закладах, неохоче йде працювати фтизіатром, лаборантом, сімейним лікарем, разом з тим набувають популярності та користуються попитом такі спеціальності як лікар-стоматолог та акушер-гінеколог.

При цьому **критичним** є рівень укомплектованості штатних посад лікарів за наступними спеціальностями:

лікарі-лаборанти – 28,4%, статисти – 42,8%, дієтологи – 44,5%, бактеріологи – 44,6%, методисти – 47,4%, патологоанатоми – 53,7%, судові психіатри-експерти – 54,7%, лікарі-імунологи – 59,6%, психотерапевти – 63,9%, лікарі-ендоскопісти – 65,8%, лікарі функціональної діагностики – 67,8%, наркологи – 69,5%, анестезіологи – 72,2%, серцево-судинні хірурги – 72,6%, рентгенологи – 72,8% тощо.

Для характеристики кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я надзвичайно важливими є кваліфікаційні характеристики лікарів системи МОЗ України. На рівні кваліфікації за атестаційними категоріями в галузі значно вплинули такі групи лікарів: ЛЗП-СЛ, терапевти, хірурги, анестезіологи, стоматологи, акушери-гінекологи, педіатри і лікарі медицини невідкладних станів, про що засвідчили такі порівняльні характеристики (табл. 5.3.8).

Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Це підтверджують і міжнародні експерти, які зазначають, що для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно створити

контингент кваліфікованих і авторитетних працівників охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності.

Таблиця 5.3.8.

Загальні характеристики рівнів кваліфікації у галузі в цілому порівняно з указаною групою у 2010 р. та 2016 р.

Фахівці	Чисельність лікарів у групі (осіб)		Атестовані на кваліфікаційні категорії у групі (% до загального числа лікарів)	
	2010 р.	2016 р.	2010 р.	2016 р.
Лікарі з організації та управління охороною здоров'я	12 532	7414	71,00	86,0
Лікарі-терапевти	18 883	14498	75,40	92,50
Лікарі-медицини невідкладних станів	5290	4071	79,90	95,00
Лікарі-хірурги	9127	7151	78,90	94,00
Лікарі-анестезіологи	8106	5533	76,90	97,00
Лікарі-стоматологи	15 729	5648	71,10	93,00
Лікарі -акушери-гінекологи	12 263	9275	82,80	95,00
Лікарі-педіатри	12 453	8114	74,60	93,00
ЛЗП-СЛ	8140	13971	60,00	95,00
Усього по галузі	197 065	132936	68,30	93,00

Найнижчим є рівень атестації лікарів за наступними спеціальностями: лікарі радіаційної гігієни – 14,3%, лікарі з комунальної гігієни -19,4%, лікарі з гігієни дітей та підлітків – 20,3%, лікарі-санологи – 23,1%, лікарі з гігієни харчування – 26,7%, лікарі з гігієни праці – 29,7%, токсикологи – 47,2%.

Треба враховувати, що в Україні рівень атестації медичних кадрів є показником їх кваліфікації. Наведені дані дають можливість говорити про надзвичайно низький рівень кваліфікації в Україні в цілому лікарів санітарно-гігієнічного профілю.

Найпоширенішими проблемами для кадрових ресурсів охорони здоров'я, як в Україні, так і у світі, залишаються:

- дефіцит, дисбаланс і неоптимальна комбінація професійних навичок;
- підвищена мобільність і міграція працівників охорони здоров'я;
- невідповідність цілей стратегій підготовки кадрів і формування політики охорони здоров'я;
- незадовільне робоче середовище;
- недостатня база знань із питань кадрових ресурсів охорони здоров'я і дефіцит фактичних даних для формування політики та прийняття рішень.

Для України основні завдання щодо ефективного використання кадрових ресурсів лежать у площині комплексного підходу до удосконалення й управління галуззю, підготовки і збереження медичних кадрів, оптимізації інфраструктури і ресурсного забезпечення.

Проведений аналіз кадрового забезпечення медичної галузі дає змогу визначити цілі та пріоритети на майбутнє. Необхідно досягти належної ефективності використання наявних ресурсів, їх концентрації на перспективних напрямках, передусім подальшого впровадження ПМСД на засадах ЗПСМ і подальшого розвитку сільської медицини. Слід підвищити професійний рівень медичних працівників шляхом удосконалення післядипломної освіти.

Потрібно активізувати профорієнтаційну роботу, на всіх рівнях сприяти відновленню престижу професії медичного працівника та його соціальній захищеності.

З метою вирішення проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні на державному рівні необхідно використовуючи технічні інструменти та керівні принципи, які розроблені та запропоновані ВООЗ провести комплексну оцінку ситуації в області кадрових ресурсів охорони здоров'я в країні та на її основі розробити та прийняти стратегічний план розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я.

5.4. Контроль якості лікарських засобів

За 2016 р. Держлікслужбою надано 116 розпоряджень про заборону реалізації (торгівлі), зберігання та застосування ЛЗ:

- 27 розпоряджень про заборону обігу 44 серій 23 найменувань неякісних ЛЗ;
- 27 розпоряджень про заборону обігу 72 найменувань незареєстрованих ЛЗ;
- 31 розпорядження про заборону обігу 59 серій 21 найменування фальсифікованих ЛЗ;
- 13 розпоряджень про заборону обігу 13 серій 11 найменувань ЛЗ, ввезених із порушенням законодавства України;
- 18 розпоряджень про заборону 17 серій 11 найменувань ЛЗ у зв'язку із закінченням терміну тимчасової заборони.

За вказаний період до споживача не допущено (знищено, утилізовано, повернуто постачальникам, виробникам) близько 325 тис. упаковок ЛЗ неналежної якості на загальну суму близько 20 млн гривень.

Регулювання та контроль у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та протидія їх незаконному обігу

Протягом минулого року суб'єктам господарювання було видано 2494 дозволи на ввезення, вивезення або транзит наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів:

- на ввезення прекурсорів – 1643 дозволи;
- на вивезення прекурсорів – 568;
- на транзит прекурсорів – 59;
- на ввезення наркотичних засобів – 104;
- на вивезення наркотичних засобів – 120.

Станом на 29.12.2016 загальна сума платежів до Державного бюджету України за видачу дозволів склала 6 786 486 гривень.

За результатами опрацювання документів 45 суб'єктам господарювання відмовлено у видачі дозволів на ввезення, вивезення і транзит наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Відповідно до пп. а п. 10 ст. 12 Конвенції ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 р., в частині здійснення попереднього інформування щодо експортно-імпортних операцій з прекурсорами, через систему PEN-Online направлено 80 повідомлень про вивезення прекурсорів (РФ, Білорусь, Литва, Молдова) та отримано 27 повідомлень про ввезення прекурсорів (Чехія, Індія, Росія, Польща, Німеччина, Білорусія).

Протягом 2016 р. було опрацьовано загалом 1784 заяви на отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, заяв на переоформлення зазначеної ліцензії та заяв на внесення змін до ліцензійних справ. Видано 1206 ліцензій на провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, з них переоформлено 113 (сума платежів до Державного бюджету склала 1 475 488 грн).

Протягом минулого року було здійснено 43 планові та позапланові заходи державного нагляду (контролю) за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Ліцензування виробництва, імпорту ЛЗ, контролю за дотриманням ліцензійних умов та сертифікації

Станом на 31.12.2016 ліцензії на промислове виробництво ЛЗ мали 117 суб'єктів господарювання. Промислове виробництво в Україні охоплює майже всі лікарські форми.

Щодо промислового виробництва ЛЗ:

- переоформлено 3 ліцензії;
- внесено 21 зміну до ліцензійного реєстру в зв'язку з провадженням господарської діяльності з виробництва ЛЗ;
- проведено 11 планових перевірок виробників ЛЗ;
- здійснено 21 перевірку за письмовим зверненням суб'єкта господарювання у зв'язку з провадженням господарської діяльності з виробництва ЛЗ;
- прийнято 56 заяв на отримання сертифікату відповідності вимогам GMP;
- видано 44 сертифікати відповідності вимогам GMP;
- прийнято 560 заяв на отримання висновку щодо підтвердження сертифікату відповідності вимогам GMP;
- видано 542 висновки щодо підтвердження сертифікату відповідності вимогам GMP;
- внесено 529 змін до переліку номенклатури продукції, що додається до сертифікату відповідності умов виробництва лікарських засобів вимогам GMP або висновку щодо підтвердження відповідності умов виробництва ЛЗ вимогам GMP;

Щодо імпорту ЛЗ:

- видано 18 ліцензій на провадження господарської діяльності з імпорту ЛЗ;
- анульовано 15 ліцензій;
- внесено 10 змін до ліцензійного реєстру в зв'язку з відкриттям нового місця провадження господарської діяльності з імпорту ЛЗ;
- замінено 342 додатка до ліцензій на імпорт ЛЗ за письмовим зверненням суб'єкта господарювання;
- проведено 11 планових перевірок імпортерів ЛЗ.

Сертифікація ЛЗ для міжнародної торгівлі:

- прийнято 229 звернень щодо отримання сертифікатів для міжнародної торгівлі;
- видано 227 сертифікатів для міжнародної торгівлі.

Регулювання оптової та роздрібної торгівлі ЛЗ

Станом на 31.12.2016 7500 суб'єктів господарювання мали ліцензії на здійснення господарської діяльності з оптової та роздрібної торгівлі ЛЗ, яку провадили через 22 744 аптечні заклади. Порівняно з початком минулого року кількість ліцензіатів збільшилась на

4,94% (станом на 01.01.2016 їх нараховувалось 7147), аптечних закладів – на 3,6% (з 21 952 до 22 744).

Заходи державного ринково нагляду

Держлікслужбою здійснюється зберігання Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення.

У «Журналі обліку інформації, що надходить до Держлікслужби від органів з оцінки відповідності та осіб, відповідальних за введення медичних виробів, медичних виробів для діагностики *in vitro*, активних медичних виробів, які імплантують, в обіг» внесено інформацію щодо:

- 350 виробників або уповноважених осіб, відповідальних за введення медичних виробів в обіг;
- 567 сертифікатів, виданих органами з оцінки відповідності.

При забезпеченні заходів зі здійснення контролю за ввезенням на територію України медичних виробів надано 240 підтверджень про державну реєстрацію медичних виробів та 11 листів-повідомлень щодо ввезення незареєстрованих медичних виробів.

5.5. Формування кадрового потенціалу служби громадського здоров'я

Відповідно до світових орієнтирів в Україні розроблено національну Стратегію сталого розвитку до 2030 року, яку узгоджено з глобальним документом і зі Стратегією сталого розвитку «Україна-2020» та Оновленою стратегією сталого розвитку Європейського Союзу. Документ визначає стратегічні напрями довгострокового розвитку для України та сприяє інтеграції цілей сталого розвитку у національні плани, стратегії і програми. Цільові показники та індикатори Стратегії включають 7 стратегічних цілей, 20 операційних цілей, 190 завдань та відповідні індикатори. Операційна ціль 4.1 «Забезпечити здорове життя та сприяти благополуччю для всіх в будь-якому віці» містить низку важливих завдань із профілактики захворювань, формування здорового способу життя, підвищення доступності і якості медичного обслуговування. Операційна ціль 4.2. стосується забезпечення інклюзивної та справедливої якісної освіти і сприяння можливостям навчатися протягом усього життя. Операційна ціль 4.3. спрямована на досягнення інклюзивності, безпеки, життєстійкості та збалансованості міст та населених пунктів.

У стратегічних документах глобального, регіонального та національного рівнів знаходять відображення питання здоров'я та благополуччя населення, профілактики захворювань, формування ЗСЖ, які потребують формування сучасного інституційного середовища, механізмів та шляхів їх забезпечення.

Світовий досвід показує, що ефективне запобігання хворобам, подовження життя і зміцнення здоров'я населення лежать у площині злагоджених організованих дій, вжитих державними структурами, та колективних дій всього суспільства. Такий підхід до зміцнення, збереження та охорони здоров'я населення реалізується в рамках служб громадського здоров'я, які успішно функціонують впродовж десятиліть у багатьох країнах світу.

На пріоритетний розвиток громадського здоров'я націлює стратегічний європейський документ «Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегія для XXI століття». Пріоритетними завданнями визнаються інвестиції в інституційну структуру громадської

охорони здоров'я і зміцнення організаційно-кадрового потенціалу та посилення заходів з охорони здоров'я, зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. Традиційні підходи включають аналіз стану громадського здоров'я, епіднадгляд, сприяння зміцненню здоров'я, профілактику, боротьбу з інфекційними хворобами, захист навколишнього середовища і санітарію, забезпечення готовності та реагування при стихійних лихах і медико-санітарних надзвичайних ситуаціях, гігієну праці тощо. Новітні підходи відображають такі аспекти, як соціальні детермінанти і соціальний градієнт здоров'я, а також стратегічне керівництво в інтересах здоров'я.

Європейський план дій зі зміцнення потенціалу і послуг громадського здоров'я містить перспективне бачення служби громадського здоров'я в XXI столітті і рамкову основу для дій. Угода про асоціацію між Україною та ЄС, включає розділ 22, який безпосередньо стосується напрямів розвитку громадського здоров'я та основних завдань.

Шляхи реалізації Україною положень глобальних та регіональних стратегічних документів стосовно розвитку служб громадського здоров'я конкретизовані в Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затвердженій розпорядженням Уряду від 30.11.2016 р. №1002-р. Окремий розділ Концепції присвячено розвитку людських ресурсів служби громадського здоров'я. Він висуває нові вимоги до підготовки нової генерації спеціалістів громадського здоров'я. У документі наголошується, що оновлення системи громадського здоров'я і перебудова надання послуг вимагають розробки та реалізації стратегії розвитку кадрових ресурсів, у т.ч. визначення реальних та прогнозних потреб, планування і здійснення підготовки кадрів, раціонального розподілу, управління ресурсами.

Важливе значення для кадрового забезпечення громадського здоров'я мало включення до переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, спеціальності «Громадське здоров'я» відповідно до постанови КМУ від 01.02.2017 р. №53.

Концептуальне бачення формування кадрових ресурсів громадського здоров'я України має ґрунтуватися на засадах державної політики в охороні здоров'я, засадничих положеннях документів ВООЗ та ЄР ВООЗ, ЄС, Європейської програми ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я ASPHER тощо. Воно включає аналіз національного контексту, сучасних тенденцій, викликів та загроз для здоров'я населення, кращий європейський досвід, огляд послуг громадського здоров'я в різних країнах Європейського та інших регіонів ВООЗ, об'єктивні дані про організаційні моделі надання послуг, а також інструментарій, застосовуваний у практиці громадського здоров'я.

У процесі підготовки майбутнього фахівця громадського здоров'я компетентнісну основу мають складати інтегральні, загальні та спеціальні (фахові, предметні) компетенції. Вони повинні забезпечувати можливість успішної реалізації оперативних функцій громадського здоров'я: епідеміологічний нагляд та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення; моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і при надзвичайних ситуаціях в охороні здоров'я; захист здоров'я, включаючи забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо; зміцнення здоров'я, включаючи вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я; профілактика хвороб, включаючи раннє виявлення порушень здоров'я; забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я; забезпечення сфери громадської охорони здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності;

забезпечення організаційних структур і фінансування; інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я; сприяння розвитку досліджень у сфері громадської охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики і практики.

Для обґрунтування навчального плану й освітніх програм у якості методологічної основи доцільно використати Європейську програму ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я ASPHER, досвід підготовки фахівців громадського здоров'я різних країн Європи, Америки та Австралії.

У якості прототипів з понад 50 проаналізованих навчальних програм і планів було відібрано навчальні плани п'ятих університетів – Ягелонського університету та Варшавського медичного університету Республіки Польща, Університету м. Дебрецена Угорської Республіки, Софійського медичного університету Болгарської Республіки та Массачусетського університету США. Детальний аналіз вказаних документів дозволив виявити закономірності та відмінності в навчальних планах та освітніх програмах підготовки фахівців, у т.ч. різну кількість навчальних дисциплін, відмінності в назвах при подібності змісту, відмінності в кількості кредитів на засвоєння однакових навчальних дисциплін.

Нормативні положення про структурні елементи національної служби громадського здоров'я, їх функції та завдання є визначальними при обґрунтуванні проектів освітнього стандарту, навчального плану та програм.

За результатами системного аналітичного дослідження було обґрунтовано і розроблено проекти освітнього стандарту, навчального плану та навчальних програм підготовки фахівців громадського здоров'я. Передбачено, що підготовка магістрів за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» здійснюється за профільним напрямом «громадське здоров'я»; профільна програма навчання реалізує освітні програми прикладного характеру, спрямовані на прищеплення аналітичних та управлінських навичок, забезпечення підготовки магістрів у галузі громадського здоров'я. Особам, які освоїли освітню програму підготовки магістра і захистили магістерську дисертацію, присуджується академічний ступінь «магістр громадського здоров'я» за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я».

Нормативна тривалість освоєння освітньої програми при профільній підготовці становить п'ять років. Основним критерієм завершеності освітнього процесу в процесі навчання є освоєння особами, що навчаються, не менше 300 кредитів.

Проектом стандарту визначено основні завдання, зміст освітніх програм, перелік ключових компетенцій магістрів громадського здоров'я.

Затвердження та реалізація розроблених освітніх документів сприятиме формуванню нової генерації фахівців громадського здоров'я із системних позицій відповідно до національних потреб, з урахуванням викликів та загроз, на основі кращого міжнародного досвіду та науково обґрунтованих рекомендацій.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЗОНІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

6.1. Медичне забезпечення Збройних Сил України та інших, утворених відповідно до законодавства України, військових формувань

На початку третього тисячоліття Україна, її громадяни і армія, виявилися втягнутими у збройний конфлікт на території власної держави, що має ознаки гібридної війни та включає в себе відкриті бойові дії різної інтенсивності, диверсійно-розвідувальні операції, сепаратизм, інформаційну війну та економічне протистояння на регіональному та міжнародному рівнях. Затяжний збройний конфлікт на сході України супроводжується значними людськими жертвами і наносить величезні матеріальні, фінансові, соціальні та психологічні збитки нашій державі та її громадянам.

Визначення терміну “гібридна війна” відсутнє у міжнародних правових документах, такого поняття не існує у Воєнній доктрині України – документі, що уособлює національну систему керівних поглядів на причини виникнення, сутність і характер сучасних воєнних конфліктів. Проте нині термін “гібридна війна” використовується керівництвом держави і українськими політиками та набув поширення у засобах масової інформації.

Однією із характерних особливостей гібридної війни є значне перевищення кількості санітарних та безповоротних втрат серед цивільного населення над втратами військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. Починаючи з середини квітня 2014 року, в зоні збройного конфлікту на Сході України загалом загинуло близько 10 тисяч осіб та понад 23 тисячі осіб отримали поранення. Загальні бойові втрати серед військовослужбовців всіх силових відомств у цій війні становлять 2629 осіб, із них 2220 осіб – це військовослужбовці ЗС України, решта – військовослужбовці Національної гвардії України, МВС, Держприкордонслужби та Міністерства надзвичайних ситуацій. Загальні санітарні втрати серед військовослужбовців Збройних Сил України та інших військових формувань становлять близько 9600 осіб.

Таким чином, переважну більшість загиблих і поранених під час збройного конфлікту на Сході України становлять мирні громадяни, кількість яких серед загиблих сягає 73,7%, а серед поранених – 58,3%, що є однією із характерних особливостей гібридної війни. Тому питання надання медичної допомоги та лікування поранених із числа військовослужбовців та цивільного населення, як і в попередні роки, залишається актуальним для нашої держави.

Стан системи військової охорони здоров'я в нашій державі, її проблеми і тенденції розвитку, а також стан медичного забезпечення в АТО неодноразово розглядалися та аналізувалися на службових нарадах в Адміністрації Президента України, Раді Національної безпеки і оборони України, Кабінеті Міністрів України, Міністерстві охорони здоров'я України та, звичайно, у Міністерстві оборони України на службових нарадах і конференціях, а також висвітлювалися у спеціалізованих виданнях. Вжиті Міністерством оборони України та органами управління медичним забезпеченням різних рівнів заходи дозволили суттєво поліпшити стан медичного забезпечення військ, проте повністю вирішити наявні проблеми не вдалося.

Медичне забезпечення особового складу Збройних Сил України

Досвід застосування ЗС України в АТО виявив ряд серйозних проблем у стані їх медичного забезпечення, які негативно впливають на своєчасність та якість надання медичної допомоги пораненим, їх евакуацію та лікування. Найважливіші з них стали результатом хронічного недофінансування медичної служби, а саме: недостатність сучасних індивідуальних засобів медичного захисту у військовослужбовців і відповідного медичного майна, відсутність броньованих санітарних транспортних засобів для вивозу поранених з поля бою та авіаційних засобів медичної евакуації, недостатня кількість евакотранспортних засобів у медичних підрозділах військових частин і з'єднань; моральна та фізична застарілість комплектно-табельного оснащення медичної служби.

Поряд з ними залишаються невирішеними питання організаційного характеру. Незважаючи на наявність детальних та обґрунтованих розрахунків і напрацювань досі не запроваджена сучасна організаційно-штатна структура медичних підрозділів у військових частинах і з'єднаннях; існуюча система підготовки військово-медичних фахівців та її можливості не забезпечують потреб військ; не вирішені питання формування на стратегічному рівні єдиного повноцінного органу управління медичним забезпеченням ЗС України; не завершене нормативно-правове врегулювання взаємодії медичних служб ЗС України та інших військових формувань між собою та з системою цивільної охорони здоров'я. Як наслідок, терміни та якість надання медичної допомоги пораненим на полі бою та ранніх етапах медичної евакуації, організаційні форми медичного забезпечення військ далеко не завжди відповідали сучасним вимогам.

На стан медичного забезпечення впливають також характер бойових дій та оперативна побудова військ. Військові підрозділи в районах проведення АТО переважно діють розосереджено, на окремих напрямках. Вони формуються невеликими за чисельністю та різновідомчими за підпорядкуванням, без прив'язування до будь-яких штатів (блокпости, мотоманеврові групи, ротні, батальйонні та спеціальні тактичні групи тощо), що призводить до “розпорошення” сил і засобів медичної служби та ускладнює умови її діяльності, а відповідно і зниження якості надання медичної допомоги.

Майже три роки війни на Сході України викликали необхідність провести вивчення реального стану медичного забезпечення військ з метою його ретроспективного аналізу та покращення, в ході проведення якого можна виділити три періоди, пов'язані з політичними процесами на міжнародному рівні, змінами інтенсивності бойових дій та перебігу збройного конфлікту, а саме:

перший період (квітень – вересень 2014 р.) характеризувався поступовим зростанням протистояння, яке у серпні-вересні переросло у збройний конфлікт середньої інтенсивності. Закінченням цього періоду можна вважати підписання угоди про перемир'я, після чого інтенсивність бойових дій значно зменшилась;

другий період (вересень 2014 р. – лютий 2015 р.) характеризувався поступовим відновленням інтенсивності бойових дій із значним зростанням їх у січні – лютому 2015 року. Його закінченням можна вважати виконання протоколу про незастосування важкого озброєння;

третій період (з березня 2015 р. по теперішній час (грудень 2016 р.) характеризується низькою інтенсивністю бойових дій з періодичними їх загостреннями та активною розвідувально-диверсійною діяльністю.

Особливістю цього збройного конфлікту стало широке використання ракетно-артилерійських систем, у зв'язку з чим в структурі санітарних втрат переважають осколкові поранення – 56,7%. Питома вага множинної та поєднаної травми дорівнює 27,4%. За анатомічною локалізацією переважають поранення кінцівок – 57,1%. Значно збільшилась кількість поранень і травм голови – 26,6%, переважно за рахунок мінно-вибухової травми. Відносно невелика кількість поранень у груди (7,0%) та живіт (5,5%) пояснюється застосуванням засобів індивідуального захисту. Водночас такі поранення відносяться до найтяжчих і в структурі причин смерті на госпітальному етапі займають провідне місце – 46%.

Структура санітарних втрат за тяжкістю уражень представлена таким чином: легкі ураження – 47,3%, середньої тяжкості – 42,3%, тяжкі і вкрай тяжкі – 10,4%. Досліджуючи та порівнюючи структуру санітарних втрат в інших збройних конфліктах (Афганістан, Чечня) встановлено, що тяжкі і вкрай тяжкі поранені становили значно більшу частку (20-30%) від загальних санітарних втрат, а тому низька частка тяжкопоранених, що надходять на етапи медичної евакуації, має розглядатись як суттєвий недолік організації лікувально-евакуаційних заходів у зоні проведення АТО та може свідчити про несвоєчасне і неповне надання медичної допомоги пораненим, затримку евакуації тощо.

Система лікувально-евакуаційних заходів в АТО формувалась і змінювалася залежно від умов оперативно-тактичної обстановки на базі військово-медичних служб та військових закладів охорони здоров'я з широким залученням системи цивільної охорони здоров'я, як в районах збройного конфлікту, так і поза його межами.

У першому періоді АТО відбулося формування системи лікувально-евакуаційних заходів, основу якої становили: на блокпостах – лікарі загальної практики – сімейної медицини або фельдшери чи санітарні інструктори без евакотранспортних засобів; у базових таборах – лікарсько-сестринські бригади (медичні групи, які були забезпечені спеціальними та/або санітарними автомобілями типу АП-2, УАЗ-3968 або Газель); на окремих напрямках – бригади швидкої медичної допомоги системи цивільної охорони здоров'я, які надавали першу медичну, долікарську або першу лікарську допомогу.

Госпітальні етапи надання медичної допомоги та лікування поранених були розгорнуті в три ешелони:

перший ешелон (30-100 км від зони АТО) – військові мобільні госпіталі (ВМГ) та цивільні заклади охорони здоров'я, що розташовані поблизу районів проведення АТО, забезпечували надання кваліфікованої та невідкладних заходів спеціалізованої медичної допомоги з подальшою евакуацією поранених;

другий ешелон (150–300 км від зони АТО) представлений на південному евакуаційному напрямку Дніпропетровським військовим госпіталем та Дніпропетровською обласною клінічною лікарнею ім. І.І. Мечнікова, на північному – Військово-медичним клінічним центром Північного регіону (м. Харків). Зазначені заклади охорони здоров'я, маючи можливість надання спеціалізованої медичної допомоги, реально виконували функцію евакуаційних госпіталів – переважна більшість поранених після надання допомоги та стабілізації стану були в подальшому евакуйовані в тил країни;

третій ешелон (тил країни) – представлений Національним військово-медичним клінічним центром «ГВКГ», ВМКЦ регіонів (міста: Одеса, Львів, Вінниця), військовими госпіталями, багатопрофільними лікарнями МОЗ України та клінічними підрозділами

науково-дослідних установ Національної академії медичних наук України, МОЗ України, де надавалася спеціалізована і високоспеціалізована медична допомога та проводилося відповідне лікування поранених і травмованих.

Основними проблемними питаннями системи лікувально-евакуаційних заходів цього періоду, які значно загострились при зростанні інтенсивності бойових дій у червні-вересні 2014 року, були відсутність єдиної системи медичного забезпечення АТО; недостатня підготовка особового складу військ з надання першої медичної допомоги у порядку само- та взаємодопомоги; недостатнє кадрове і матеріальне забезпечення медичної служби військових частин і з'єднань; гостра нестача евакуаційного транспорту, особливо броньованого, неможливість широкого використання аеромедичної евакуації внаслідок застосування противником зенітно-ракетної зброї; необізнаність цивільних медиків в зоні конфлікту та мобілізованих медичних працівників в питаннях воєнної медицини та надання медичної допомоги пораненим з бойовою та мінно-вибуховими травмами; недостатність матеріального забезпечення ВМКЦ та військових госпіталів, яка компенсувалась за рахунок волонтерської допомоги.

В другому періоді відбулася відносна стабілізація бойових дій та формування лінії розмежування, що супроводжувалося зменшенням кількості санітарних і безповоротних втрат особового складу та дозволило проводити планову роботу по удосконаленню системи медичного забезпечення в АТО.

У цей час проявилися прорахунки, що були допущені під час мобілізації військовозобов'язаних, значна частина яких прибула до військ необстеженими, що у подальшому призвело до стрімкого зростання госпіталізованої захворюваності серед військовослужбовців, необхідності проведення стаціонарного лікування та військово-лікарської експертизи. Також велика кількість поранених, які появилися наприкінці першого періоду, потребували тривалого спеціалізованого лікування, протезування та реабілітації. У цей же час дещо скоротилися обсяги волонтерської допомоги.

Відповідно до указів Президента України у 2014 році в нашій державі тричі проводилися часткові мобілізації військовозобов'язаних. Порядок проведення медичних оглядів і медичного забезпечення заходів мобілізації людських ресурсів у державі законодавчо врегульований та проводиться відповідно до частини 10 статті 2 Закону України “Про військовий обов'язок і військову службу” та статті 70 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я”.

На виконання Постанови Кабінету Міністрів України “Про порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи” у Міністерстві оборони України розроблене та затверджене Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України, яке погоджене з Міністерством охорони здоров'я України та зареєстроване у Міністерстві юстиції України. Зазначеним Положенням визначено порядок створення, склад та організацію роботи військово-лікарських комісій військових комісаріатів.

Відповідно до статті 43 Закону України “Про військовий обов'язок і військову службу” фінансове і матеріальне забезпечення проведення медичних оглядів громадян (військовозобов'язаних під час мобілізації) покладено на центральні органи виконавчої влади, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування.

Попри наявність законодавчого і нормативно-правового врегулювання процесу мобілізації та чіткого визначення відповідальних за її проведення результати роботи щодо її

виконання виявилися невтішними. За інформацією Центральної військово-лікарської комісії Міністерства оборони України близько 50% із числа оглянутих під час третьої хвилі мобілізації військовозобов'язаних визнано непридатними до військової служби. Це, з одного боку, свідчить про незадовільну демографічну ситуацію в країні, а з другого – про відсутність планомірної роботи з військовозобов'язаними, зокрема організації та проведення їм періодичних медичних оглядів, що передбачено пунктом 10 статті 1 Закону України “Про військовий обов'язок і військову службу”. В той же час, Положенням про військові комісаріати, що затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 03.06.2013 р. № 389, функції контролю за станом здоров'я військовозобов'язаних для них не передбачено.

Повнота та якість медичного обстеження також є незадовільними, а частина мобілізованих під час першої і другої хвиль мобілізації взагалі були призвані та направлені у війська без проходження медичних обстежень.

Як наслідок, на кінець 2014 р. майже половина із числа мобілізованих військовослужбовців, що прибули із військ до лікувально-профілактичних закладів на дообстеження та (або) проходження військово-лікарської комісії, визнано непридатними до проходження військової служби з різними ступенями обмеження. У звільнених з військової служби за станом здоров'я провідне місце займали стресові розлади, серцево-судинні захворювання, захворювання нервової системи, органів травлення і тільки на п'ятому місці – бойові поранення і травми, що з одного боку свідчить про незадовільну якість медичного відбору, а з другого про те, що ні морально, ні психічно, ані психологічно наші громадяни до війни не були готові.

Основними причинами низької якості відбору військовозобов'язаних стала відсутність у військових комісаріатах штатних медичних працівників, часта зміна складу військово-лікарських комісій, залучення для проведення медичних оглядів фахівців з малим стажем роботи у військово-лікарських комісіях, а іноді і його відсутністю, низьким рівнем знань вимог керівних документів щодо проведення медичних оглядів військовозобов'язаних тощо.

За результатами проведеної роботи та урахуванням наведених вище її кількісних і якісних показників протокольним рішенням наради від 12.09.2014 року в Адміністрації Президента України поставлені завдання центральним органам виконавчої влади, місцевим державним адміністраціям та органам місцевого самоврядування, які відповідають за проведення мобілізації, а саме: посилити контроль за повнотою та якістю проведення медичних оглядів кандидатів на військову службу (службу в правоохоронних органах держави) та осіб, які залучаються до дій у складі добровольчих батальйонів, зокрема, забезпечити обов'язкове проведення флюорографії, визначення групи крові та резус-фактору, перевірку на вживання наркотичних засобів тощо; забезпечити неухильне виконання вимог керівних документів із зазначених питань та притягнення до відповідальності, винних у порушенні відповідних нормативних актів. Зазначеним розпорядженням керівництво держави акцентувало увагу на необхідності уникнення допущених помилок та забезпечення високої якості медичного відбору під час мобілізації у 2015 році.

В цей же період вперше за багато років медична служба ЗС України зустрілася з масовими проявами (близько 7000 випадків) бойового стресу і психічних розладів серед поранених та інших військовослужбовців і виявилася неготовою до цього. Стрімке їх

зростання обумовлене з одного боку впливом бойової обстановки на військовослужбовців, а з іншого – зниженням їх толерантності до психологічних навантажень. Слід зазначити, що внаслідок систематичних реформувань і скорочень військові заклади охорони здоров'я позбулися психіатричних відділень, посади лікарів-психіатрів також були максимально скорочені. Органи соціально-психологічної роботи ЗС України, що також піддаються систематичним реформуванням і періодично змінюють свою назву, не виконують своєї важливої функції – формування морально-психологічного образу військовослужбовця, підготовки його до захисту Батьківщини та вироблення у нього стійкості до нервово-психологічних навантажень.

Враховуючи особливості та характер бойових дій в цей період, сили та засоби медичних рот бригад були механічно розділені між окремими бойовими підрозділами і виявилися не в змозі виконувати свої функції, як цілісний медичний підрозділ, та організувати надання першої лікарської і невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги. Ці функції взяли на себе ВМГ та цивільні заклади охорони здоров'я першого ешелону госпітальної допомоги, при цьому ВМГ перебрали на себе основне навантаження першого ешелону госпітальної допомоги. В цей період остаточно сформувались евакуаційні напрямки за відповідними секторами. Як результат проведених організаційних та інших заходів відбулося покращення кадрового і матеріального забезпечення медичної служби військової та госпітальної ланок.

Більше уваги стало приділятися військово-медичній підготовці особового складу військ та спеціальній підготовці кадрових і мобілізованих військових лікарів з питань тактичної медицини. За сприяння волонтерів частина військовослужбовців була забезпечена аптечками індивідуальними зразку військ НАТО або іншими сучасними засобами надання першої медичної допомоги з проведенням тренінгів щодо їх застосування. Наказом Генерального штабу ЗС України було затверджено новий склад аптечки індивідуальної відповідно до стандартів НАТО. Опрацьовані та введені в дію нові норми комплектно-табельного майна медичної служби військових частин і з'єднань.

Для формування єдиних підходів щодо надання медичної допомоги та лікування поранених і хворих військовослужбовців опрацьовано та затверджено встановленим порядком низку нормативно-правових документів щодо медичного забезпечення військ, зокрема Доктрину медичного забезпечення Збройних Сил України, Керівництво з медичного забезпечення Збройних Сил України, Вказівки з військово-польової хірургії та військово-польової терапії. Також внесено зміни до Положення про військово-лікарську експертизу військовослужбовців, зокрема щодо уточнення медичних критеріїв відбору на військову службу.

Вжито заходів щодо формування сучасної системи військово-медичної освіти в державі, зокрема, удосконалено зміст навчального процесу в Українській військово-медичній академії, створена навчальна медична рота для підготовки санітарних інструкторів, сформовані та почали підготовку мобілізаційного резерву медичної служби центральні курси підготовки медичного складу, розроблений, затверджений та впроваджений у практику Стандарт підготовки військовослужбовців з тактичної медицини.

Розпочався перехід в орієнтації хірургічної допомоги на етапах медичної евакуації за видами відповідно до встановлених рівнів надання медичної допомоги. В умовах недосконалої організаційно-штатної структури медичних підрозділів і частин та залучення у

систему ЛЕЗ цивільних закладів охорони здоров'я такий підхід дозволив ешелонувати медичну допомогу за рівнями виходячи з лікувально-діагностичних можливостей конкретних військових та цивільних закладів охорони здоров'я за напрямом евакуаційного потоку.

Недоукомплектованість військової ланки медичної служби викликала необхідність її підсилення, що було вирішено шляхом створення на базі ВМКЦ регіонів і військових госпіталів 32 мобільних лікарсько-сестринської бригад у складі: два хірурги, лікар-анестезіолог та дві медичні сестри. Бригадам надавалися автоперев'язувальні (АП-2) і санітарні автомобілі для евакуації поранених. Лікарсько-сестринські бригади, увійшовши у підпорядкованість командувань секторів, включалися до кожного підрозділу, який направлявся в зону бойових дій, що можна розцінювати як використання їх не за призначенням, і в подальшому вони понесли значні людські, матеріальні та технічні втрати.

Ймовірно на початку АТО, доки медичні підрозділи не були доукомплектовані, такий захід був виправданий, проте, на думку фахівців, він мав носити тимчасовий характер. Реально ж це призвело до вилучення на тривалий час із стаціонарних ВМКЦ регіонів та ВГ значної кількості висококваліфікованих медичних спеціалістів, насамперед хірургів, травматологів, анестезіологів, середнього медичного персоналу, що привело по-перше - до зниження потенційних спроможностей цих лікувальних закладів, по-друге – до підміни медичних підрозділів військових частин і з'єднань та практично повного виключення їх з системи лікувально-евакуаційних заходів і, по-третє, – до неефективного використання медичного персоналу самих мобільних лікарсько-сестринських бригад.

Ширше почали використовуватись медичні спеціалізовані групи підсилення на базі цивільних закладів охорони здоров'я. В другому ешелоні відбулося залучення для надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям цивільних закладів охорони здоров'я, як елемент розгортання роботи територіальних госпітальних баз без їх юридичного оформлення, зокрема створені координаційні центри, налагоджена система сортування поранених в місцях доставки (аеродромах), залучені до надання медичної допомоги спеціалізовані заклади охорони здоров'я.

Третій період характеризується як збройний конфлікт низької інтенсивності з періодичними загостреннями і, як наслідок, зростанням частки небойових травм в структурі санітарних втрат. У цей період проводиться подальше удосконалення системи лікувально-евакуаційних заходів, поліпшується кадрове та матеріальне забезпечення військово-медичних служб. Водночас залишаються актуальними проблеми тактичної медицини у військовій ланці, організації та проведення евакуації (передової, тактичної та стратегічної) поранених, координації та взаємодії військових та цивільних закладів охорони здоров'я, спеціалізованого лікування та реабілітації поранених.

З метою покращення медичного забезпечення військ була збільшена ліжкова місткість 4-х військових госпіталів, дві поліклініки (з денним стаціонаром) переформовані у 100-ліжкові госпіталі, у військово-медичних клінічних центрах створені нові або ж підсилені існуючі реабілітаційні відділення, збільшено штатну ліжкову місткість клінік та відділень психіатрії, введено психіатричні кабінети з лікарем психіатром та психологом. З метою надання психологічної допомоги учасникам АТО у Військово-медичному клінічному центрі професійної патології особового складу ЗС України (м. Ірпінь) створено позаштатний центр медико-психологічної реабілітації.

Продовжено формування системи військово-медичної освіти в державі, зокрема, відновлено кафедри медицини катастроф і військової медицини в семи вищих медичних навчальних закладах МОЗ України. У 2015 та 2016 роках проведено дострокові випуски лікарів і провізорів із Української ВМА. Перед випуском всі слухачі пройшли відповідну практичну допідготовку з надання медичної допомоги пораненим у НВМКЦ “ГВКГ”, ВМКЦ регіонів та військових госпіталях.

Упорядковано надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації. На блокпостах, взводних і ротних опорних пунктах, позиціях батарей тощо надання першої медичної допомоги організовано у порядку само- та взаємодопомоги, а також штатними і позаштатними санітарами та санітарними інструкторами рот (батарей).

Долікарська та перша лікарська допомога надавалася у базових таборах особовим складом штатних медичних підрозділів дивізіонів, батальйонів, батальйонних тактичних груп, бригад, а також приданими мобільними лікарсько-сестринськими бригадами.

Надання кваліфікованої з елементами спеціалізованої медичної допомоги організовано у розгорнутих ВМГ, Дніпропетровському ВГ та ВМКЦ Північного регіону (м.Харків), а також у 17 центральних районних лікарнях в зоні бойових дій та в Дніпропетровській обласній клінічній лікарні ім. І.І. Мечнікова.

Після надання необхідної медичної допомоги та стабілізації стану поранених їх евакуйовували автомобільним, залізничним та авіаційним транспортом до НВМКЦ “ГВКГ” (м. Київ) та інших ВМКЦ регіонів, а також клінічних підрозділів науково-дослідних установ НАМН України та МОЗ України.

Всі військові заклади охорони здоров'я, незалежно від місця їх територіальної дислокації, взяли участь у лікуванні та реабілітації поранених військовослужбовців. З урахуванням етапності та повторних курсів лікування у військових закладах охорони здоров'я проліковано понад 40 тисяч поранених і хворих військовослужбовців.

Для надання військовослужбовцям стоматологічної допомоги в районах проведення АТО в складі ВМГ розгорнуто 5 стаціонарних кабінетів, за ними закріплено 5 пересувних стоматологічних кабінетів (ПСК) та розгорнуто 2 позаштатних стоматологічних кабінети. У вказаних підрозділах протягом 2016 року було надано стоматологічну допомогу 20160 пацієнтам.

Серед стоматологічної патології переважають: карієс (61%), пульпіт (17%), періодонтит (16%) та інші (4%). Серед всіх прийнятих пацієнтів, 5320 осіб (26,6%) потребували протезування. Зубопротезування військовослужбовцям – учасникам АТО проводиться в пунктах постійної дислокації.

Реабілітація амбулаторним стоматологічним пацієнтам – учасникам АТО проводиться на базі Центральної стоматологічної поліклініки, до якої протягом 2016 року звернулось 6680 учасників АТО. В комплексній стоматологічній реабілітації воїнів АТО лікарями хірургічного відділення Центральної стоматологічної поліклініки та лікарями-волонтерами Асоціації стоматологів України встановлено більше 130 дентальних імплантатів.

У подальшому планується через обласні осередки Асоціації стоматологів України та заклади охорони здоров'я МО України проводити реабілітацію амбулаторним стоматологічним пацієнтам – учасникам АТО по регіонам.

У цей час також опрацьовано та введено в дію Тимчасову настанову з медичної евакуації поранених та хворих у Збройних Силах України на особливий період (затверджена наказом Начальника Генерального штабу Збройних Сил України).

Вивіз поранених з осередків санітарних втрат (поля бою, опорних пунктів, блокпостів) в зоні АТО здійснювався з урахуванням умов бойової та медичної обстановки переважно транспортом загальновійськового призначення, у тому числі броньованим, а подальша їх евакуація до медичних підрозділів та військових і цивільних закладів охорони здоров'я проводилася штатним санітарним транспортом медичної служби військової ланки, двох відмобілізованих окремих автомобільних санітарних рот. Запроваджено плану та екстрену евакуацію залізничним та авіаційним транспортом (літак аеромедичної евакуації Ан-26 "ВІТА", гелікоптери Мі-8) та літаками транспортної авіації. Всього літаком АН-26 "ВІТА" евакуйовано більше 3550 військовослужбовців, літаками армійської та транспортної авіації більше 1600 осіб.

Для забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя військовослужбовців в районах проведення АТО задіяні три мобільні групи фахівців державної санітарно-епідеміологічної служби (у складі військових мобільних госпіталів), які виконують завдання протиепідемічного захисту військ. По кожному випадку інфекційного захворювання проводиться епідеміологічне розслідування.

Також на базі двох лабораторій медичних польових проводяться лабораторні дослідження, що дозволяють контролювати якість питної води, правильність проведення дезінфекційних заходів на об'єктах харчування, а

також обстежувати декретованих осіб (кухарі та медичний персонал) і хворих на гострі кишкові інфекції, на наявність небезпечних інфекційних захворювань. Проводиться санітарна обробка особового складу та населення, камерна обробка одягу, особистих речей, тощо.

Епідемічна ситуація серед військовослужбовців Збройних Сил України в районах проведення антитерористичної операції у 2016 р. по основним нозологічним формам оцінюється, як благополучна, з туберкульозу та хронічного вірусного гепатиту С – як нестійка.

Основними причинами високого рівня захворюваності на туберкульоз у 2016 році, в першу чергу мобілізованих за призовом, була недостатня ефективність епідемічного бар'єру щодо попередження заносу збудника туберкульозу у військові колективи з призовниками на рівні районних та обласних військових комісаріатів під час проведення медичної комісії. Високі рівні захворюваності військовослужбовців на хронічний вірусний гепатит С також пов'язані із мобілізованими за призовом.

Водночас високі рівні захворюваності військовослужбовців, мобілізованих за призовом, на туберкульоз та хронічний вірусний гепатит С в основному не пов'язані з проходженням ними військової служби. Враховуючи інкубаційні періоди та клінічний перебіг цих захворювань можна стверджувати, що зараження військовослужбовців мобілізованих за призовом відбулося до їх призову в Збройні Сили України. Всі випадки вірусного гепатиту С, реєструвались під час надходження до лікувальних закладів у хронічних формах в стадії ремісії.

Профілактичні щеплення особовому складу Збройних Сил України в районі проведення АТО у 2016 році проводилися проти грипу – 2305 осіб з групи ризику (медичні

працівники, військовослужбовці, які проходять службу на командних пунктах, пунктах бойового управління, військовослужбовці, які обіймають посади, що пов'язані з тривалим перебуванням у закритих приміщеннях) та правця – 1799 осіб.

Щеплення в районі проведення АТО здійснювались спеціально підготовленими вакцинальними бригадами ВМКЦ Північного регіону та військових мобільних госпіталів.

Всі військово-медичні підрозділи та заклади отримали необхідну кількість медикаментів і перев'язувальних засобів. У 2016 році забезпеченість медичним майном становила 78% від потреби, у тому числі: лікарськими засобами 79%; перев'язувальними засобами 84%; витратним медичним майном 72%; медичною апаратурою та обладнанням 72%; шафами невідкладної медичної допомоги 84%; індивідуальними засобами медичного захисту – 85% (у районах проведення АТО аптечками медичними загальновійськовими індивідуальними військовослужбовці забезпечені на 100%). Протягом 2016 році сформовано та видано понад 35000 аптек медичних загальновійськових індивідуальних (АМЗІ) до військових частин, які виконують завдання в районі проведення антитерористичної операції.

У 2016 році прийнято на озброєння ЗС України броньовану санітарно-евакуаційну машину БММ-4С та МТ-ЛБ-С, допущено до експлуатації санітарний автомобіль “БОГДАН” та бронеавтомобіль “SAXON”.

В якості гуманітарної допомоги отримано 5 високомобільних багатоцільових колісних транспортних засобів типу HMMWV M1152.

До закладів охорони здоров'я МО України, відповідно до укладених договорів про закупівлю товарів (робіт або послуг) за державні кошти поставлено високоінформативне медичне обладнання та апаратура, а саме:

- томограф комп'ютерний Optima CT 520;
- гастрофіброскоп GIF-E3 в комплекті з Джерелом світла ендоскопічним CLK-4;
- сканер ультразвуковий діагностичний SonoAce R7, стандартний;
- bronхофіброскоп, BF-TE2.

Незважаючи на складні умови, обумовлені кризовими явищами, завдяки самовідданій праці абсолютної більшості медичних працівників завдання з медичного забезпечення ЗС України в основному виконані.

Вжитими заходами вдалося організувати в АТО дієву систему лікувально-евакуаційних заходів, поліпшити, проте не вирішити повністю, стан матеріально-технічного забезпечення медичної служби, скоротити терміни та покращити якість надання медичної допомоги пораненим і їх лікування, розпочати проведення заходів медичної, фізичної, психологічної та соціальної реабілітації.

На кінець 2016 року 8953 поранених вже отримали необхідну медичну допомогу та виписані із закладів охорони здоров'я.

Направлено для лікування за кордон 286 поранених (це без реабілітації). На цей час 272 із них уже повернулися на Батьківщину, 3 померло (у Німеччині – 2 та у США – 1), 11 продовжують лікування.

Проведення антитерористичної операції на Сході України призвело до появи значної кількості поранень військовослужбовців Збройних Сил України, наслідком яких стала втрата кінцівок. Зазначена категорія військовослужбовців потребує надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги з метою відновлення втрачених функцій кінцівок. Для вирішення даного питання і удосконалення існуючої системи надання медичної допомоги

вказаній категорії пораненим спільною директивою Міністерства оборони України та Генерального штабу Збройних Сил України введено до штату Військово-медичного клінічного центру професійної патології особового складу Збройних Сил України відділення реабілітації пацієнтів з ампутованими кінцівками на 10 госпітальних ліжок.

Після завершеного лікування таких поранених потребують протезування 183 особи, у тому числі подвійного – 22 особи, потрійного – 2 особи, всі чотири кінцівки – 1 особи. Запротезовано на цей час 128 осіб, 10 померло, потребують протезування 45 осіб.

Для забезпечення санаторно-курортного лікування та проведення медичної реабілітації військовослужбовців-учасників АТО в структурі медичної служби Міноборони є 4 санаторно-курортних заклади. Загальна штатна ліжкова місткість яких становить 1400 ліжок. У 2016 році був створений Центральний військовий санаторій “Приморський” (м. Приморськ Запорізької обл.) на 200 ліжок.

У 2016 році у центрах медичної реабілітації та санаторного лікування (санаторіях) пройшли лікування 10412 осіб, які мають право на пільги, із них:

військовослужбовці – 2178 осіб, у тому числі 1156 осіб пройшли реабілітаційне лікування;

ветерани військової служби – 2113 осіб;

ветерани та інваліди війни – 4073 особи;

члени їх сімей – 1726 осіб;

працівники ЗС України – 322 осіб.

Заходи щодо удосконалення системи медичного забезпечення Збройних Сил України

Зважаючи на тривалість АТО, велику кількість санітарних втрат як серед військовослужбовців так і серед цивільного населення, стало очевидним, що існуючим комплектом медичних служб ЗС України та інших військових формувань навіть за умов їх підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційних ресурсів, активного маневру силами та засобами, неможливо повністю покрити потреби військ у медичному забезпеченні, що визначило необхідність залучення до системи лікувально-евакуаційних заходів в зоні бойових дій та за її межами цивільних закладів охорони здоров'я. За таких умов виникла необхідність в чіткій взаємодії медичної служби ЗС України з медичними службами інших військових формувань та з системою цивільної охорони здоров'я України, яка була реалізована шляхом створення відповідних штабів при МОЗ України, НАМН України, та при Міністерстві оборони України.

Як перші системні реагування держави на проблеми у східному регіоні та з метою координації дій державних органів, спрямованих на забезпечення захисту населення, територій та майна, функціонування єдиної державної системи цивільного захисту для подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру, яку спричинила загострення ситуації на деяких територіях України та загроза вчинення терористичних актів, є видання указів Президента України “Про рішення Ради Національної безпеки та оборони України від 20 грудня 2014 року “Про деякі оборонно-мобілізаційні питання” та “Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації у 2015 році”, а також Розпорядження Кабінету Міністрів України “Про встановлення режимів підвищеної готовності та надзвичайної ситуації”. Зазначеним Розпорядженням, зокрема, встановлено режим надзвичайної ситуації у Донецькій і Луганській областях та режим підвищеної готовності для решти областей України.

У відповідності до зазначених державних та урядових рішень 18.02.2015 року Міністерством охорони здоров'я України видано наказ № 75 “Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру”, яким визначені завдання керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій, а також Державному закладу “Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги МОЗ України” щодо підготовки закладів охорони здоров'я до роботи у режимі підвищеної готовності, створення резерву профільних ліжок у закладах охорони здоров'я (не менше 30%) для надання невідкладної медичної допомоги постраждалим, створення резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення та донорської крові.

В ситуації, що склалася, провідні вітчизняні науковці та відомі державні діячі звертають увагу на необхідність термінового реформування системи охорони здоров'я в Україні, у тому числі і військово-медичних служб, за зразком провідних країн світу, зокрема Швейцарії та Ізраїлю.

Висвітлення організаційних питань побудови системи медичного забезпечення військ і цивільного населення інших держав у воєнний час у порівнянні із загальнодержавними системами охорони здоров'я мирного часу є недостатнім через їх належність до сфери захисту державних інтересів. Водночас аналіз джерел інформації з бази нормативно-правової документації, наявної у відкритому доступі, щодо організації надання медичної допомоги та реабілітації постраждалих внаслідок бойових дій у локальних збройних конфліктах другої половини ХХ та початку ХХІ століття в окремих країнах далекого і близького зарубіжжя дозволяє певною мірою скористатися їхнім досвідом. Крім того, такий досвід набули ЗС України та інші військові формування під час участі їхніх підрозділів у міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки, міжнародних заходів щодо врегулювання кризових ситуацій, боротьби з піратством, протидії глобальним та регіональним викликам і загрозам, терористичній діяльності тощо.

З метою нормативно-правового врегулювання питання лікування військовослужбовців у цивільних закладах охорони здоров'я в МО України опрацьовано проект постанови Кабінету Міністрів України “Про удосконалення медичного забезпечення військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції на Сході України”, якою передбачалося утворення Тимчасових функціональних об'єднань закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям на базі визначених закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності в областях, для яких встановлено режим підвищеної готовності. Проектом Постанови передбачено також створення у найбільш потужних цивільних закладах охорони здоров'я резерву профільних ліжок, у межах до 30% від загальної ліжкової місткості, для надання медичної допомоги, лікування і реабілітації військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань. При цьому передбачалося, що заклади охорони здоров'я, на базі яких утворюватимуться Тимчасові функціональні об'єднання, та клінічні підрозділи науково-дослідних установ НАМН України та МОЗ України, які залучатимуться до надання медичної допомоги і лікування поранених військовослужбовців, не припинятимуть основної діяльності щодо медичного забезпечення цивільного населення.

На жаль цей урядовий акт так і не був прийнятий, а його проект трансформований у відповідний проект розпорядження Кабінету Міністрів України “Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції”. На цей час проект зазначеного розпорядження погоджений без зауважень у заінтересованих центральних органах виконавчої влади та Національній академії медичних наук України, пройшов експертну оцінку в Міністерстві юстиції України та встановленим порядком направлений для затвердження до Кабінету Міністрів України.

Слід зазначити, що прийняття зазначеного акту Кабінету Міністрів України створить передумови для формування у державі на засадах єдиного медичного простору потужної системи охорони здоров'я на особливий період, при надзвичайних ситуаціях техногенного і природного характеру та інших кризових ситуаціях.

З метою запровадження єдиних підходів у питаннях надання медичної допомоги і лікування поранених у воєнний час, об'єднання зусиль систем військової та цивільної охорони здоров'я для досягнення максимальної їх ефективності, у МО України опрацьовано проект Воєнно-медичної доктрини України, який пройшов погодження у визначених центральних органах виконавчої влади України і правову експертизу в Міністерстві юстиції України та встановленим порядком направлений на затвердження до Адміністрації Президента України. Передбачається, що затверджена Воєнно-медична доктрина України стане основою побудови системи воєнної охорони здоров'я та базовим програмним документом для реформування і розвитку медичних служб ЗС України та інших військових формувань.

На цей час Військово-медичним департаментом Міністерства оборони України опрацьовується проект Концепції та Програми розвитку системи медичного забезпечення ЗС України на період до 2020 року, в якому основними напрямками удосконалення системи медичного забезпечення ЗС України передбачається визначити: нормативно-правове врегулювання діяльності системи військової охорони здоров'я; удосконалення організаційно-штатної структури медичної служби ЗС України та військових закладів охорони здоров'я; формування дієвої системи управління медичним забезпеченням ЗС України; підвищення якості надання медичної допомоги та лікування; удосконалення матеріально-технічного забезпечення і медичного постачання медичних підрозділів та військових закладів охорони здоров'я.

При цьому удосконалення системи медичного забезпечення ЗС України планується проводити шляхом: внесення необхідних змін у відповідні законодавчі та нормативно-правові акти; завершення розроблення та затвердження Воєнно-медичної доктрини України, Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період та інших необхідних керівних документів; розроблення та запровадження медичних стандартів у діяльність військово-медичної служби; забезпечення належного рівня та якості надання медичної допомоги, лікування, медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування військовослужбовців; розроблення і затвердження комплектно-табельного оснащення медичної служби та забезпечення ним медичних підрозділів і військово-медичних закладів; забезпечення військ броньованим транспортом для вивозу поранених з поля бою та засобами медичної, у тому числі аеромедичної, евакуації; забезпечення медичних підрозділів та польових військово-медичних закладів сучасним санітарно-технічним обладнанням за

модульним принципом; формування нової системи військово-медичної освіти і науки, а саме – підготовка всіх категорій медичного персоналу для потреб ЗС України (стрілка-санітара, санітарного інструктора, військового фельдшера та лікаря), удосконалення підготовки військових лікарів, визначення перспектив розвитку та наукове вирішення проблем військової медицини.

Таким чином, подальший розвиток військової охорони здоров'я має проводитись не тільки під конкретні завдання АТО, але й для створення універсальної системи медичного забезпечення військ за зразком країн НАТО, здатної функціонувати в будь яких умовах.

Стан медичного забезпечення особового складу Державної прикордонної служби України

Система медичного забезпечення Держприкордонслужби має у своєму складі: Управління охорони здоров'я Адміністрації Держприкордонслужби; служби охорони здоров'я регіональних управлінь (далі – РУ); лікувально-профілактичні заклади: Центральний клінічний госпіталь (м. Київ) на 300 ліжок, клінічний госпіталь Західного РУ (м. Львів) на 200 ліжок, клінічний госпіталь Південного РУ (м. Одеса) на 150 ліжок; Центральну військово-лікарську комісію; медико-санітарні частини: Національної академії ДПСУ ім. Б. Хмельницького (м. Хмельницький) на 50 ліжок, Навчального центру ім. генерал-майора І. Момота (м. Черкаси) на 60 ліжок, Південного РУ (м. Ізмаїл) на 50 ліжок; 34 підрозділи медичного забезпечення (медичні пункти); клінічний санаторій “Аркадія” (м. Одеса) на 210 місць; санітарно-епідеміологічні загони (м. Київ, м. Львів, м. Одеса).

Основні зусилля служби охорони здоров'я у 2016 році були зосереджені на організації медичного забезпечення гарантованого державою рівня військовослужбовців, працівників Державної прикордонної служби України та членів їхніх сімей, системному підході до лікувально-діагностичного процесу, оперативному реагуванні на зміни в обстановці та удосконаленні матеріально-технічної бази медичних підрозділів.

У закладах охорони здоров'я ДПСУ у 2016 році: стаціонарно проліковано 15066 хворих, прийнято на амбулаторно-поліклінічному прийомі 35 тис. осіб, проведено диспансеризацію персоналу та ветеранів відомства, пройшли санаторно-курортне лікування 4015 осіб, за період проведення АТО пройшли стаціонарне лікування 394 поранені та травмовані військовослужбовці ДПСУ. Пройшли медичну реабілітацію за кордоном (після отриманих поранень): 8 осіб (США – 1; Польща – 7).

Підвищили професійний рівень за фаховою належністю шляхом навчання і стажування в навчальних та лікувальних закладах України 38 лікарів і 31 медична сестра. А також 21 лікар пройшов стажування за кордоном (Ізраїль – 1; Німеччина – 2; Польща – 18).

Основними завданнями з удосконалення та розвитку медичного забезпечення особового складу ДПСУ є:

- формування дієвої вертикалі медичного захисту персоналу;
- забезпечення належного доступу до гарантованого державою рівня медичної допомоги;
- покращення якості медичної допомоги;
- нарошування матеріально-технічної бази клінічних госпіталів, медико-санітарних частин та створення постійного резерву медичного майна;

комплектування медичних підрозділів апаратурою та технікою подвійного використання, а також сучасним медичним і санітарно-технічним обладнанням на модульній основі (що забезпечує їх автономність та мобільність);

високопрофесійна підготовка медичних фахівців за державним замовленням;

інтеграція відомчої системи охорони здоров'я (в частині ДПСУ) в єдиний медичний простір держави зі збереженням елементів безпекової складової, що стосується сфери охорони здоров'я.

Стан медичного забезпечення особового складу Міністерства внутрішніх справ України

Порядок організації та здійснення медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС здійснюється відповідно до законодавства України та наказу МВС України від 03.06.2016 року № 462, який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 2 липня 2016 року за № 912/29042.

Загальна чисельність осіб, які мають право на безоплатне медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС, становить 720865 осіб.

Надання медичної допомоги особам, які мають право на безоплатне медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС, забезпечується лікувально-профілактичними закладами, які є у кожній області та м. Києві, а також Медичними реабілітаційними центрами МВС.

Медичне забезпечення військовослужбовців Національної гвардії України на території Донецької та Луганської областей здійснюється силами медичних служб військових частин Національної гвардії України, закладів охорони здоров'я МВС, МОЗ України.

Забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення, у тому числі і учасників АТО, які прикріплені на безоплатне медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС, здійснюється в обсягах захищених видатків щорічних бюджетних призначень на їх придбання за відповідною бюджетною програмою.

В лікувально-профілактичних закладах МВС функціонує 10 зуботехнічних лабораторій, діяльність яких здійснюється на госпрозрахунковій основі. Фінансування безоплатного зубопротезування пільговим категоріям прикріпленого контингенту (в тому числі і учасникам АТО) здійснюється за рахунок коштів загального та спеціального фонду.

У закладах охорони здоров'я системи МВС значний обсяг медичного забезпечення полягає у проведенні реабілітаційного та санаторно-курортного лікування учасників антитерористичної операції з числа поліцейських, працівників МВС та Національної поліції, військовослужбовців Національної гвардії України.

На цей час відповідно до порядку організації проведення медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування в системі МВС, поліцейські, військовослужбовці Національної гвардії України, працівники МВС та Національної поліції, зокрема учасники антитерористичної операції, отримують реабілітаційне та санаторно-курортне лікування в 2 медичних центрах Національної гвардії України, 7 медичних реабілітаційних центрах та Лікарні відновного лікування МВС.

За бюджетні кошти МВС щорічно закуповує путівки для інвалідів І групи із наслідками травм і ушкодженнями хребта та спинного мозку – “спинальних” хворих (та

супроводжуючих їх осіб), зокрема, для осіб, які зазнали шкоди для здоров'я внаслідок бойових дій, у спеціалізовані "спинальні" санаторії. Зазначена категорія осіб отримує безоплатну медичну допомогу, ліки відповідно до законодавства України.

На цей час в закладах охорони здоров'я МВС, інших міністерств та відомств отримало реабілітаційне та санаторно-курортне лікування близько 1700 осіб з числа працівників органів внутрішніх справ та військовослужбовців Національної гвардії України, які брали участь та зазнали шкоди для здоров'я під час АТО.

З метою належного забезпечення необхідною медичною допомогою прикріпленого контингенту та учасників АТО в закладах охорони МВС постійно здійснюється взаємодія та координація заходів з органами управління охорони здоров'я на міжвідомчому, регіональному та місцевих рівнях.

У разі неможливості надання того чи іншого виду медичної допомоги у зазначених закладах охорони здоров'я пацієнти, у тому числі і учасники АТО, в установленому порядку направляються до відповідних спеціалізованих та високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я системи МОЗ України та клінічних підрозділів науково-дослідних установ Національної академії медичних наук та МОЗ України.

Стан медичного забезпечення особового складу Служби Безпеки України

Військово-медичні підрозділи СБУ цілодобово знаходяться в стані готовності до надання кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям СБУ, задіяним в АТО, з використанням наявної матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я СБУ (далі – ЗОЗ СБУ), та, при необхідності, залученням провідних фахівців спеціалізованих медичних установ України. Підтримується необхідний запас лікарських засобів, виробів медичного призначення та здійснено дооснащення медичним обладнанням, що дозволило задовольнити потреби в медичному забезпеченні особового складу СБУ, в першу чергу задіяного в АТО. Постійно вживаються всі необхідні заходи щодо забезпечення військовослужбовців СБУ, які направляються до районів проведення АТО, індивідуальними та колективними засобами медичного захисту.

За весь період АТО загальна кількість постраждалих з числа військовослужбовців СБУ, які брали участь в АТО, складає 119 осіб, з яких поранені – 56 осіб, у т.ч. важкопоранені – 22. Проліковано і виписано для продовження служби 85% військовослужбовців.

ЗОЗ СБУ забезпечують надання медичної допомоги на всіх етапах, у т.ч. при наданні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, у взаємодії, за необхідності, із Міністерством оборони України та Міністерством охорони здоров'я України. В межах квот, виділених згідно з Угодою про співпрацю між НАМН України та СБУ від 11.09.2014 року, постраждалим військовослужбовцям, за необхідності, надається безоплатна високотехнологічна медична допомога в умовах науково-дослідних установ та провідних клінік України. За медичними показами всім постраждалим військовослужбовцям після стаціонарного або амбулаторного лікування проводиться реабілітаційне лікування в умовах відділень реабілітації санаторіїв СБУ. За сприяння МЗС України та Місії України при НАТО за весь період АТО 34 постраждалих військовослужбовців СБУ отримали хірургічне та реабілітаційне лікування за кордоном (Польща, Литва, Латвія, Угорщина, Ізраїль, ОАЕ).

В ЗОЗ СБУ постійно здійснюється моніторинг стану здоров'я та психо-соціальної адаптації військовослужбовців СБУ, які брали участь в АТО. Відповідно до вимог відомчих нормативних документів всім військовослужбовцям СБУ після повернення з районів АТО здійснюються обов'язкові медичні огляди із залученням лікаря-психотерапевта, проводиться комплекс лабораторних та інструментальних досліджень для виявлення соціально значимих захворювань. За результатами зазначених оглядів за медичними показами військовослужбовці направляються на медико-психологічну реабілітацію до відділень реабілітації санаторіїв СБУ.

Надання стоматологічної (зубопротезної) допомоги всім військовослужбовцям СБУ, у т.ч. задіяним у проведенні АТО, забезпечуються в ЗОЗ СБУ в межах кошторисних призначень.

Враховуючи те, що більшість санітарних втрат залежить від ефективності само- та взаємодопомоги безпосередньо в районах бойових дій, значні зусилля було направлено на вдосконалення медичної підготовки військовослужбовців СБУ в цьому напрямку. З 2014 року всі військовослужбовці перед їх направленням до районів проведення АТО в обов'язковому порядку проходять навчання з тактичної медицини у формі курсів бійця-рятувальника за стандартами ТССС (Tactical Combat Casualty Care), які використовуються в системі підготовки НАТО, та забезпечуються індивідуальними засобами надання медичної допомоги.

Вжиті заходи дали можливість мінімізувати санітарні втрати особового складу СБУ, попередити наслідки посттравматичних стресових реакцій та зберегти боєздатність співробітників СБУ, які беруть участь в АТО.

Висновки щодо стану медичного забезпечення особового складу ЗС України, інших військових формувань та правоохоронних органів:

1. Стан системи медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань, як на початку АТО, так і на цей час, не в повній мірі відповідає сучасним вимогам та потребам медичного забезпечення військ під час їх застосування.

2. Проведені на початку АТО невідкладні заходи щодо вирішення проблем медичного забезпечення військ були своєчасними, адекватними, ефективними та дозволили виконати поставлені завдання, проте системні рішення щодо побудови воєнної охорони здоров'я до цього часу не прийняті, а програмні заходи ще не розроблені.

3. Діяльність військово-медичних служб ЗС України та інших військових формувань щодо реального медичного забезпечення бойових дій військ за таких умов необхідно визнати задовільною.

4. Для формування дієвої системи медичного забезпечення військ і цивільного населення на воєнний час та на випадки надзвичайних ситуацій необхідна відповідна нормативно-правова база, загальнодержавна програма побудови системи воєнної охорони здоров'я, її фінансове і матеріальне забезпечення, а також контроль виконання запланованих заходів на державному рівні.

6.2. Медичне забезпечення населення в Луганський та Донецький областях (зони проведення АТО) та областей до них наближених

Медичне забезпечення населення в Луганській області

а) Демографічна ситуація та стан здоров'я населення. Територія області, що підконтрольна Україні, складається з 15 адміністративних одиниць (12 районів та 3 міста обласного підпорядкування).

Чисельність постійного населення області – 719417 осіб, з них мешканці сільської місцевості – 204681 осіб. Жіноче населення – 387792 осіб, з них фертильного віку – 170816 осіб. Населення працездатного віку – 418355 осіб. Внутрішньо переміщених осіб – 289922, у тому числі осіб працездатного віку – 33561, дітей – 23950, інвалідів – 7879.

Народжуваність – 6,35 на 1000 жителів.

Загальна смертність – 19,1 на 1000 жителів.

Природній приріст залишається негативним (12,7).

Мертворооджуваність – 5,50 на 1000 народжених живими.

Загальна захворюваність – 144915,2 на 100 тис. жителів.

У структурі загальної захворюваності всього населення провідні місця займають:

1-е місце – хвороби системи кровообігу – 47,2% ;

2-е місце – хвороби органів дихання – 18,5% ;

3-е місце – хвороби органів травлення – 6,1%.

Первинна захворюваність 48218,4 на 100 тис. жителів.

У структурі первинної захворюваності всього населення провідні місця займають:

1-е місце – хвороби органів дихання – 49,2% ;

2-е місце – травми та отруєння – 7,3% ;

3-е місце – хвороби системи кровообігу – 6,8%.

У структурі загальної смертності на першому місці онкологічні захворювання, на другому серцево-судинні захворювання.

Смертність немовлят становить 12,1 %, випадків материнської смертності не зареєстровано. Рівень первинної інвалідності осіб працездатного віку – 49,4 на 10 тис. населення, дитячого населення – 22,5 на 10 тис. дитячого населення.

б) Первинна медико-санітарна допомога, організація та стан надання. Кількість центрів ПМСД – 16 од. (по одному центру у кожному районі та місті, у м. Лисичанськ – 2 од.).

У складі центрів 128 лікарських амбулаторій та 236 фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів.

Забезпеченість амбулаторіями на 10 тисяч міського населення – 1,2 (Україна – 0,9 за 2015р.), сільського населення – 3,3 (Україна – 3,8 за 2015р.).

Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами – 65,36%, штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою фізичними особами – 88,0%.

Співвідношення штатних посад сімейних лікарів до сестер загальної практики – 1:1,14 (при нормативі 1:2).

Питома вага амбулаторій в сільських населених пунктах, що потребують ремонту – 70,1% (Україна – 23,7%), в містах та селищах міського типу – 77,0% (Україна – 45,8%)

Питома вага амбулаторій повністю оснащених медичним обладнанням, інструментами та інвентарем відповідно до таблицю – 4,7% (Україна – 16,8%), автоматизованими робочими місцями лікарів – 6,3% (Україна – 21,4%), автомобілями – 53,3%. Питома вага фінансування центрів ПМСД в містах та районах складає – 16,3% в бюджеті охорони здоров'я міста/района на рік (при рекомендованому до 40%).

Кількість амбулаторних відвідувань у розрахунку на одного мешканця за рік – 2,9 (рекомендований показник 2,5).

Своєчасність проведення первинного вакцинального комплексу дітям до 1 року – 79,2%.

Охоплення флюорографічним обстеженням – 572,7 на 1000 населення, охоплення 2-разовим ультразвуковим скринінгом вагітних в терміні до 28 тижнів – 94,1%, а охоплення обстеженням на ВІЛ вагітних жінок – 98,7%.

Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми) – 13,1%, а в IV стадії захворювання – 19,2%.

Питома вага деструктивних форм туберкульозу серед вперше виявлених в хворих – 69%.

Питома вага виїздів швидкої медичної допомоги до хворих з хронічними захворюваннями – 1,1%.

Проблемні питання первинної медико-санітарної допомоги:

дефіцит лікарів;

надання медичної допомоги, крім постійного населення, великій кількості внутрішньо переміщених осіб, які постійно мігрують (середнє навантаження на одну штатну посаду лікаря у місті складає 3,3 тис. осіб (при середньому в Україні – 1,4 тис. осіб);

відсутність інформації щодо перенесених захворювань внутрішньо переміщеними особами, які тимчасово мешкають в зоні обслуговування медичного закладу;

незадовільне матеріально-технічне оснащення амбулаторій;

низький рівень укомплектованості амбулаторій санітарним автотранспортом та незадовільний його технічний стан;

неукомплектованість амбулаторій автоматизованими робочими місцями;

низький рівень фінансування закладів первинної ланки.

Вжито заходів для вирішення проблемних питань

У заклади первинної ланки придбано 739 од. медичного обладнання (на суму 2,8 млн грн) та 51 од. автотранспорту (17 од. за рахунок бюджетів міст і районів та 34 од. за рахунок субвенції з обласного бюджету).

У приміщеннях фельдшерських пунктів та лікарських амбулаторій проведено ремонтних робіт на загальну суму 12,5 млн грн.

У минулому році на роботу в заклади первинної ланки розподілено 11 молодих фахівців.

У 2016 році молодим фахівцям надано 2 квартири (м. Лисичанськ, Біловодський район) та виділено 200 тис. грн. на придбання житла для медичного працівника (Новоайдарський район).

За цільовим направленням з районів у ДЗ “Луганський державний медичний університет” навчається 33 особи.

Підготовлено проект регіональної цільової програми щодо забезпечення комп'ютерною технікою закладів первинної ланки, міських та районних лікарень.

Планується здійснити:

завершити освоєння субвенції на придбання 26 од. автотранспорту для амбулаторій;

реорганізувати фельдшерські пункти в медичні пункти тимчасового базування у населених пунктах з невеликою чисельністю жителів до 300 осіб, (планується провести реорганізацію 41 фельдшерського пункту: Біловодський район – 2, Білокуракинський – 8, Кременський – 2, Марківський – 5, Новоайдарський – 3, Новопсковський – 4, Попаснянський – 3, Сватівський – 11, Станично-Луганський – 3).

наблизити лікарську допомогу жителям сільської місцевості (у населених пунктах з чисельністю жителів 1000 чоловік і більше, де сьогодні є лише фельдшерсько-акушерські пункти, планується відкрити лікарські амбулаторії, таких в області 7 в 4 районах: Новопсковський район – Новорозсош, с. Можняківка; Попаснянський район – с. Вовчоярівка; Станично-Луганський район – с. Передільське; Троїцький район – с. Демино-Олександрівка, с. Лантатовка, с. Воеводське).

в) Спеціалізована медична допомога, організація та стан надання. Ліжковий фонд закладів охорони здоров'я області складає 3710 ліжок, забезпеченість ліжками на 10 тис. населення у містах – 55,9, в сільській місцевості – 49,4 (у розрахунку на постійне населення).

В 3 районах пологові відділення виконують функцію міжрайонних, але недостатньо укомплектовані медичним обладнанням.

На 12 районів та 3 міста – 1 перинатальний центр II-рівня (м. Северодонецьк).

Вартість одного ліжко-дня по медикаментах 10,36 грн, по харчуванню 7,94 грн (загальний фонд).

Робота ліжка – 332,8 (міста – 321,8, райони – 336,7).

Середня тривалість лікування – 13,0 (Україна – 11,4).

Перинатальний показник (смертність дітей під час вагітності, пологів та перші 7 діб після пологів) – 9,02 (Україна – 13,4). В структурі перинатальної летальності перше місце займає антенатальна загибель плоду (під час вагітності, до настання пологової діяльності) – 5,0 та вроджені вади розвитку, що пов'язано відсутністю на території області центру медико-генетичного консультування.

Кесарів розтин – 21,2% (Україна – 21%). Материнська летальність – 0. Нормальних пологів – 74%.

Летальність в стаціонарі – 1,7 (Україна – 1,2), летальність від хвороб системи кровообігу – 5,4 (Україна – 3,5), від ішемічної хвороби серця – 4,9 (Україна – 3,5), від інсультів – 21,2 (Україна – 19,2).

Післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології – 0,9%, при хірургічній активності – 63,1%.

Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами – 60%.

В 15 адміністративних територіях: мамографів – 2 од., бюджетних комп'ютерних томографів – 0, рентгендіагностичних апаратів, флюорографів – 30 (підлягають заміні 100%).

Можливість консультування ЕКГ по каналам телемедицини в обласному кардіологічному диспансері та можливість направлення на консультацію біоматеріалів від хворих до обласних лабораторій – відсутні.

Питома вага медичного обладнання що потребує заміні – 70%.

Забезпеченість комп'ютерною технікою (10% від потреби), а забезпеченість автотранспортом – 90% (140 замість 155). Із загальної кількості санітарних автомобілів підлягають заміні 87% (121 із 140).

Проблемні питання спеціалізованої медичної допомоги:

недостатня укомплектованість лікувальних закладів міст та районів лікарями;
відсутність бюджетних комп'ютерних томографів;
відсутня можливість направлення на консультацію біоматеріалів від хворих до обласних лабораторій;

висока питома вага медичного обладнання що потребує заміни;

низький рівень забезпеченості комп'ютерною технікою та санітарним автотранспортом;

висока питома вага санітарного автотранспорту, який підлягає заміні.

необхідність відновлення матеріально-технічної бази зруйнованих лікувальних закладів.

Вжито заходів щодо вирішення проблемних питань спеціалізованої медичної допомоги

У 24 лікувально-профілактичних закладах міст та районів у 2016 році проведено ремонтів на загальну суму 53,6 млн грн.

З метою зміцнення діагностичної бази поліклінік і стаціонарів придбано 427 од. медичного обладнання на суму 22,1 млн грн.

Відновлено приміщення лікарень зруйнованих в результаті обстрілів (м Лисичанськ, Попаснянський, Станично-Луганський та Новоайдарський райони). На це спрямовано в 2015 р. – 16,6 млн грн; у 2016 р. – 10,0 млн грн; всього – 26,6 млн грн.

Заклади охорони здоров'я міст та районів області придбали за рахунок місцевих бюджетів санітарного автотранспорту на загальну суму 1,3 млн грн (6 од.).

Продовжувалася спільно з МОЗ України співпраця з Благодійною організацією “Перший добровільний медичний госпіталь ім. Пирогова” в частині надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, постраждалим в умовах закладів охорони здоров'я розташованих у районах поблизу лінії зіткнення.

В 2016 році Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації у взаємодії з МОЗ України тісно співпрацював з міжнародними організаціями ООН; Фондом Народонаселення і ЮНІСЕФ. Завдяки співпраці отримано безкоштовно акушерських наборів на загальну суму 1,7 млн грн.

Спільно з Луганським медичним університетом продовжувалася робота щодо зміцнення кадрового потенціалу спеціалізованої медичної допомоги, а саме: приступило до навчання в інтернатурі – 12 випускників, які отримали направлення на роботу в міські районні лікарні; розподілено на роботу в лікарні міст і районів 34 молодих фахівця.

З метою подальшого удосконалення спеціалізованої медичної допомоги населенню планується виконання наступних заходів:

створення відділень інтенсивної терапії та відділень невідкладних станів центральних районних лікарень, які власниками (районними радами) на місцях будуть визначені, як лікарні інтенсивного лікування I рівня (базового);

зміцнення матеріально-технічної бази хірургічних та пологових відділень лікарень інтенсивного лікування I рівня;

зміцнення матеріальної технічної бази хірургічних відділень, пологових будинків, відділень інтенсивної терапії і реанімації та відділень невідкладних станів центральних міських лікарень, як лікарень інтенсивного лікування II рівня;

оптимізація ліжкового фонду (в районах області сьогодні 49 наднормативних ліжка, в містах – 287 ліжок) та його перепрофілювання;

зміцнення матеріально-технічної бази діагностичних відділень лікувально-профілактичних закладів (згідно з Регіональною цільовою програмою з поновлення рентгендіагностичної техніки планується придбати сучасні цифрові рентгендіагностичні комплекси для всіх центральних районних та міських лікарень на загальну суму 80,1 млн грн).

г) Високоспеціалізована медична допомога, організація та стан надання. У 2014-2015 роках з непідконтрольній території області переміщено 14 обласних закладів охорони здоров'я.

Сьогодні в області повністю або частково функціонують обласні лікувально-профілактичні заклади (обласна лікарня для дорослих – 4 відділення, обласна лікарня для дітей – 17 відділень), дві обласні психіатричні лікарні, одна обласна фізіотерапевтична лікарня, один обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, обласний Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 7 диспансерів (2 протитуберкульозних; 1 – онкологічний; 2 – дерматовенерологічних; 1 – наркологічний; 1 – кардіологічний).

Проблемні питання високоспеціалізованої медичної допомоги та шляхи їх вирішення:

облдержадміністрація спільно з центральними органами виконавчої влади розглядає питання про можливість надання приміщень для розміщення обласного Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, обласної станції переливання крові та обласної консультативної поліклініки у м. Северодонецьку по проспекту Гвардійському, 34 (нині тут розміщене державне підприємство “Науково дослідний інститут техніки безпеки хімічних виробництв” Міністерства економічного розвитку і торгівлі України);

до цього часу не вирішено питання розміщення структурних підрозділів обласного кардіологічного диспансеру (розглядається можливість передачі диспансеру комплексу будівель у м. Лисичанськ, на вулицях Машинобудівників і Могилевського);

розглядається можливість будівництва обласної клінічної лікарні та онкологічного диспансеру за адресою: вул. Сметаніна, 5, м. Северодонецьк (на цей час затверджено розпорядження про початок реалізації зазначеного проекту будівництва та визначення замовника виконання робіт).

Вжито заходів щодо вирішення проблемних питань високоспеціалізованої медичної допомоги

Для потреб обласних лікувально-профілактичних закладів придбано 688 од. медичного обладнання на загальну суму 49,4 млн грн. та 11 од. санітарного автотранспорту на загальну суму 9,5 млн грн.

Проведено ремонтів на загальну суму 48,3 млн грн.

У м. Северодонецьк відкрито відділення спортивної медицини Луганської обласної клінічної лікарні.

На орендованих площах відкрито стаціонарне відділення (30 ліжок) та лабораторію Луганського обласного наркологічного диспансеру у м. Лисичанську.

У структурі Луганського обласного бюро судово-медичної експертизи (м. Северодонецьк) відкрита токсикологічна лабораторія.

Розгорнуто стаціонар Луганського обласного протитуберкульозного диспансеру (80 ліжок) у м. Лисичанську, також на орендованих площах.

На базі Лисичанського медичного училища відкриті постійно діючі курси підвищення кваліфікації середніх медичних працівників.

З метою зміцнення кадрового потенціалу обласних лікувально-профілактичних закладів на роботу в них в 2016 році розподілено 57 молодих фахівців.

д) Екстрена медична допомога. Кількість бригад екстреної медичної допомоги – 62 (на 951 тис. населення згідно нормативів – необхідно 95 бригад). Укомплектованість штатних посад лікарями – 35%. Укомплектованість штатних посад фельдшерами – 90%.

Виконано викликів 161701 тис. (до переміщених осіб 35,1 тис.). Навантаження на одну лікарську бригаду в зміну – 5,8. Навантаження на одну фельдшерську бригаду в зміну – 7,6. Доступність екстреної медичної допомоги в місті – 74%, в сільській місцевості – 60% (норматив в місті – 10 хв., в сільській місцевості – 20 хв.). Кількість автомобілів – 94 од. Питома вага автомобілів, що укомплектовані необхідним обладнанням, – 65%. Кількість автомобілів, що мають радіостанції, – 10 (технічно застарілі). Кількість автомобілів, що потребують заміни, – 47% (42од).

Шляхи вирішення проблемних питань служби екстреної медичної допомоги:

проведення реорганізації Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (утворення однієї юридичної особи зі структурними підрозділами);

створення в структурі Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф підрозділу (відділення) з надання екстреної та планово-консультативної допомоги (фахівцями обласних лікувальних закладів);

доукомплектування штатних посад лікарів фізичними особами;

розміщення Центру (будівництво або пристосоване приміщення) та організація централізованої диспетчерської служби;

поновлення парку спеціалізованого санітарного автотранспорту (необхідно придбати 56 од. автомобілів категорії В та 8 од. категорії С);

радіофікація санітарного автотранспорту (80 од. радіостанцій для автомобілів, 17 ретрансляторів та ін.).

є) Фінансування закладів охорони здоров'я та заходи з відновлення їх матеріально-технічної бази. На охорону здоров'я області в 2016 році використано коштів в сумі 1353,2 млн грн.

В бюджеті охорони здоров'я області 2016 року видатки за захищеними статтями склали 67,4 відсотка від загальної суми видатків.

На забезпечення медикаментами та виробами медичного призначення використано 66,7 млн грн (у т.ч. на забезпечення хворих препаратами інсуліну – 12,6 млн грн); харчування хворих – 17,8 млн грн; комунальні послуги – 93,8 млн грн.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 23 березня 2016 р. № 239 “Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну” з липня 2017 року область планує перейти на систему відшкодування вартості інсуліну.

Крім передбачених бюджетом коштів, закладами охорони здоров'я отримано 254,1 млн грн позабюджетних надходжень. Отримані кошти були використані на придбання медикаментів, продуктів харчування, паливно-мастильних матеріалів та оплати енергоносіїв.

Зкладами охорони здоров'я області в 2016 році було закуплено медичного та іншого обладнання на суму близько 185,9 млн грн.

Протягом 2016 року реконструкції, капітальні і поточні ремонти проводились практично в усіх закладах охорони здоров'я міст та районів, на що було спрямовано понад 65,7 млн грн.

На цей час міські та районні заклади охорони здоров'я розташовані у 632 будівлях (власних та орендованих), з яких 419 – будівлі лікувальних корпусів, поліклінік, амбулаторій та ФАПів, 207 – допоміжні будівлі (котельні, гаражі, харчоблоки, склади та інші).

Протягом останніх 10 років із 632 будівель лікувально-профілактичних закладів міст та районів капітальні ремонти проведені лише у 78 будівлях, що складає 12% від загальної кількості. В основному, задовільний технічний стан будівель підтримується шляхом придбання матеріалів та виконання косметичних ремонтів силами працівників закладів.

З 29 обласних закладів системи охорони здоров'я власні будівлі мають лише 17 установ, інші знаходяться в орендованих приміщеннях. Два заклади (Слов'яносербська обласна протитуберкульозна лікарня та Обласний протитуберкульозний санаторій "Кримське") тимчасово не функціонують так як розташовані практично поруч з лінією зіткнення.

Трьом обласним закладам (Луганська обласна клінічна лікарня, Луганський обласний клінічний онкологічний диспансер, Луганський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом) передані на баланс будівлі, в яких проводяться проектні та ремонтні роботи.

Постійно ведеться робота з поглиблення співпраці з міжнародними благодійними організаціями (Червоний Хрест (Австрія), Help Age) та іншими недержавними організаціями з питань надання допомоги з технічного переоснащення закладів охорони здоров'я області.

Адміністраціями лікувально-профілактичних закладів міст та районів проводиться розробка проектів для конкурсних відборів на фінансування виконання робіт з різних джерел, у тому числі Державного фонду регіонального розвитку, Європейського інвестиційного банку та інші.

Медичне забезпечення населення в Донецькій області

а) Мережа закладів охорони здоров'я, організація надання медичної допомоги та характеристика стану захворюваності населення соціально значущими хворобами. 2016 рік став роком відносної стабілізації організаційних процесів у системі охорони здоров'я Донецької області.

Мережа закладів охорони здоров'я складається з 169 закладів, з них 33 Центри первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПСМД), 54 заклади обласного підпорядкування, 48 з яких – лікувальні, 55 лікарень другого рівня, 15 стоматологічних поліклінік та 3 медичних училища.

Мережа закладів первинної медичної допомоги складається з 33 самостійних ЦПСМД до складу яких входять 243 лікарські амбулаторії та 325 ФАПів, які обслуговують 545 населених пунктів. Впродовж 2016 року відкрито 4 нові амбулаторії у містах Слов'янськ, Покровськ, Маріуполь та у Волноваському районі. Придбано 2 пересувні амбулаторії у

м. Бахмут. Суттєво поліпшено показник відстані від закладу ПМСД до найбільш віддаленого помешкання пацієнтів: з 14 км у 2015 році до 9,6 км у 2016 році.

Укомплектованість лікарськими кадрами первинної ланки є недостатньою: за минулий рік укомплектованість лікарськими кадрами на первинному рівні склала 65,4%, що на 2% більше, ніж у попередньому році. Найбільш низьким залишається рівень укомплектованості лікарями ЦПМСД у містах Авдіївка, Бахмут, Костянтинівна, Маріуполь та в районах: Бахмутському, Мангушському, Ясинуватському. 15 амбулаторій ЦПМСД зовсім не укомплектовані лікарями: у м. Лиман, районах – Бахмутський, Великоновоселківський, Волноваський, Покровський, Олександрівський, Мангушський та Слов'янський.

Частка сімейних лікарів, серед усіх лікарів закладів ПМСД складає 49%, що на 28,5% більше від 2015 року. В ЦПМСД м. Авдіївка та Костянтинівського рейтинговий показник співвідношення сімейних лікарів до усіх лікарів досяг 85%. Питома вага сімейних лікарів, які обслуговують населення від народження протягом усього життя, серед усіх лікарів закладів ПМСД складає 41,9%,

Кількість хворих, що розпочали та закінчили лікування у лікарів, які надають первинну медичну допомогу становить 75,2%. Питома вага хворих, які отримали лікування у лікарів вторинного та третинного рівнів за направленням лікарів ЦПМСД становить 12,5%. У закладах ПМСД міст Вугледар і Слов'янськ, Покровського та Слов'янського районів частка хворих, яких було направлено на вищі рівні медичної допомоги, становить більше 20%.

У ЦПМСД активно працюють денні стаціонари, в яких розгорнуто 3775 ліжко-місце терапевтичного та педіатричного профілів. В умовах денних стаціонарів лікування отримали на 30% хворих більше, ніж у попередньому році. Питома вага пролікованих диспансерних хворих від усіх диспансерних хворих у 2016 році дещо зменшилась і становить 8,4% проти 8,7% у 2015 році. Між тим, слід зазначити, що рівень госпіталізації в цілодобові стаціонари не має тенденції до зниження, що може бути пояснено наявністю достатньо високої кількості соціальних показань до госпіталізації.

В усіх ЦПМСД здійснювалось планування та проведення динамічного нагляду за прикріпленими контингентами для виявлення факторів ризику, латентних форм захворювань та захворювань, що потребують лікування. Профілактичними оглядами із числа неорганізованого населення та окремих контингентів населення, медичне обслуговування яких передбачено на первинному рівні надання медичної допомоги, було охоплено 95,2%, що на 6% більше ніж у 2015 році. Гірші показники охоплення профілактичними оглядами в м. Авдіївка (76%) та Нікольському районі (74%). У повному обсязі профілактичними оглядами були охоплені діти у віці від 0 до 17 років.

За результатами профілактичних оглядів вперше виявлено 17,7% захворювань. Вище середнього обласного показника виявлення захворювань в ЦПМСД м. Селідове, Костянтинівка, Маріуполь та у Покровському районі. Зниження виявляємості мало місце у м. Краматорськ (ЦПМСД № 1, 2).

Під час профілактичних оглядів питома вага виявленої онкопатології у 2016 році збільшилась на 34%. Загальна кількість випадків злоякісних новоутворень виявлених в занедбаній стадії перебігу хвороби становить 17,4%, що більше на 5% ніж у 2015 році.

Питома вага раку молочної залози III-IV ст. серед вперше виявлених онкозахворювань молочної залози зросла на 27,7% і становить 44,4%.

Впродовж звітнього періоду скринінгом раку шийки матки було охоплено 78,3%, а на рак молочної залози – 12,9% жінок, включених до плану профілактичного огляду на рік. На жаль, така ситуація не забезпечує своєчасності виявлення цієї патології. Гірша ситуація у Ясиноватському, Мангушському, Костянтинівському та Покровському районах, а також мм. Мирноград і Лиман.

За даними моніторингу діяльності первинної ланки рівень розповсюдження захворювань збільшився на 15%, а рівень захворюваності збільшився на 19% у порівнянні з попереднім роком.

Також на первинній ланці здійснюється спостереження за учасниками АТО, ветеранами ВОВ та іншими пільговими категоріями. У зв'язку з низькою активністю звернень за медичною допомогою в лікарських амбулаторіях під диспансерним спостереженням на кінець року перебуває 21% від тих, які перебувають на обліку в органах соціального захисту. Кожному ветерану та учаснику бойових дій, за необхідності, було призначено амбулаторне, стаціонарне або санаторне-курортне лікування згідно із Законом України “Про статус ветеранів війни гарантії їх соціального захисту” а також громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, згідно із Законом України “Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали в наслідок Чорнобильської аварії” та інших контингентів. Були виявлені ветерани, які потребували санації ротової порожнини, протезування тощо. Для забезпечення ветеранів лікарськими засобами за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування захворювань, визначених постановою Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 року № 1303, було витрачено понад 134,8 тис. грн.

Протягом останніх років в структурі захворюваності серед дорослого населення області на перших місцях стоять захворювання органів дихання – 42,7%, серцево-судинної системи – 10,2%, травми та отруєння – 8,0%.

В структурі поширеності найбільшу питому вагу займають захворювання серцево-судинної системи 34,7%, органів дихання 10,2%, шлунково-кишкового тракту 8,0%. При цьому питома вага цих показників протягом трьох років не має суттєвої динаміки.

Протягом багатьох років на Донеччині, як і по всій Україні, зберігається високий показник поширеності захворювань системи кровообігу. У 2016 році цей показник поширеності підвищився на 2%. Серед людей літнього віку ці показники (поширеність і захворюваність) вище більше ніж в 2 рази.

У 2016 році у відділенні кардіо- та рентгеноваскулярної хірургії, відкритому у 2016 році у м. Краматорську, проліковано 442 хворих із захворюваннями серцево-судинної системи. Імплантовано 130 кардіостимуляторів, проведено 80 шунтувань коронарних артерій та встановлено 123 стенти. Проведено 188 коронарографічних досліджень та проліковано 44 хворих після проведеної коронарографії, 36 з яких пройшли реабілітаційне лікування після кардіохірургічних втручань.

Одним із найбільш частих захворювань системи кровообігу є гіпертонічна хвороба. Підйом артеріального тиску погіршує перебіг багатьох захворювань. На цей час в області зареєстровано 481,6 тисяч людей, які страждають різними формами гіпертонічної хвороби, що становить одну четверту частину населення області. В порівнянні з 2015 роком рівень поширеності гіпертензії практично не змінився, а захворюваності – зріс на 8%. Найкраще

виявлення гіпертонічної хвороби при профілактичних оглядах на первинному рівні досягнуто у Маріуполі – 4,46%, Бахмутському районі – 4,07% та м. Селидове – 3,96%. Нижче обласного показника виявлення у мм. Краматорську – 1,62%, Лимані – 1,58% та Дружківці – 1,92%.

Найбільш загрозливим захворюванням, що потребує вжиття невідкладних заходів, є гострий інфаркт міокарда. Показник захворюваності ним по регіону суттєво не змінився. Залишаються високими показники захворюваності інфарктом у мм. Мирноград, Костянтинівна та Покровськ, де цей показник вище обласного майже вдвічі. Наименьшим цей показник є в м. Новгородівка, Ясинуватському та Олександрійському районах. Летальність внаслідок гострого інфаркту міокарда у 2016 році зросла на 14%. Найвищий показник летальності у Бахмутському і Слов'янському районах та мм. Добропілля, Краматорськ, Слов'янськ, Новгородівка. Своєчасна госпіталізація та надання медичної допомоги в так зване терапевтичне вікно дозволяє зберегти життя хворим і повернути людей до повноцінного життя. Своєчасно госпіталізовано у 2016 році 69,5% хворих, для порівняння у 2015 році – 70,9% хворих.

На 7% збільшилася кількість хворих, що перенесли інсульт. 82% хворих, що перенесли інсульт, як і в 2015 році, – це пацієнти з підвищеним артеріальним тиском. Найбільша кількість таких хворих у м. Краматорську (показник 41,9 на 10 тис. населення), а найменша захворюваність – у Добропільському районі (9,5 на 10 тис. населення). В перші 3 години госпіталізується лише 31,6% хворих. Нейровізуалізація цереброваскулярних захворювань виконана в 56,6% випадків (16,1% МРТ, 40,6% КТ), ангіографія в 1,6%. Летальність внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу залишається на рівні попередніх років і становить 16,3 на 10 тисяч населення. Вище обласного показника летальність у мм. Селидове – 27,6%, Слов'янськ – 26,9%, Лиман – 26,7%, Торельк – 25,5%, Мар'їнський район – 21,4%, Краматорськ – 20,8%.

Поширеність хвороб ендокринної системи на 6-му місці. Питома вага захворювань ендокринної системи в загальній структурі становить лише 5%, а цукровий діабет у структурі захворювань ендокринної системи становить 46%. В області, як і в усьому світі, відмічається зростання захворюваності на цукровий діабет. На кінець 2016 року зареєстровано 63,7 тисяч хворих, що вище попереднього року на 4,5%. Найбільша захворюваність цукрового діабету має місце в мм. Селидове і Новгородівка. Покращилася якість діагностики цукрового діабету на 19,2%, так в 2016 році вперше виявлено 5 тисяч нових випадків цукрового діабету, що на 1000 більше, ніж у 2015 році. Однак виявлення цукрового діабету при профоглядах протягом ряду років поступово зменшується. Найкраща виявляемість у місті Селидове, найгірша – в Покровському районі (0,01%), Мирнограді (0,05%). Отримують постійну замінну інсулінотерапію 10799 осіб (з них 383 дитини), що менше ніж у 2015 році на 9,4%. Питома вага хворих з компенсованим цукровим діабет, які потребують інсулінотерапії протягом 2016 року становила 1961 особа, що становить 18,9% від загальної кількості інсулінозалежних хворих (в 2015 цей показник становив 12,3%).

У 2016 році на диспансерному обліку перебували хворі з хронічною нирковою недостатністю, які потребували гемодіалізу – 237 чоловік, без гемодіалізу – 56 осіб. 126 хворим потрібна замінна ниркова терапія в найближчі 1-5 років, тобто необхідність у гемодіалітичних місцях становить 126 місць. Таким чином, потужностей 2-х сателітних центрів

в м. Маріуполі і Краматорську на цей час не вистачає, необхідно, як мінімум, ще одне відділення на 10-15 апаратів для роботи у 3-х - 4-х змінному режимі.

У 2016 р. в Донецькій області було проведено 23107 оперативних втручань з приводу хірургічних захворювань в плановому та екстреному порядку.

Невідкладна хірургічна допомога при екстреній хірургічній патології у хірургічних підрозділах складає 80-85%. Частка операцій за невідкладними показаннями на органах черевної порожнини склала 52,4%.

Протягом 2016 року до хірургічних стаціонарів області було госпіталізовано 9079 хворих (у 2015 – 9478) з невідкладною хірургічною патологією (з так названою хірургічною “вісімкою” – гострий апендицит, защемлена грижа, проривна виразка шлунка та 12-палої кишки, шлунково-кишкова кровотеча, гостра кишкова непрохідність, гострий холецистит, гострий панкреатит, травми внутрішніх органів). 64% цих хворих були оперовані за невідкладними показами в ургентному порядку. Післяопераційна летальність у невідкладній хірургії в області склала 1,83%, що нижче ніж у 2015 році на 9%. Серед хворих з гострою хірургічною патологією, які звернулись за медичною допомогою після 24 годин після початку захворювання, післяопераційна летальність вище в 1,7 рази – 3,26%.

При гострій кишковій непрохідності, шлунково-кишкових кровотечах та гострому панкреатиті відсоток пізньої звертаємості за медичною допомогою складає більше 50% (м. Добропілля та район – 80%, м. Торезьк – 72%, м. Покровськ – 83%, м. Мирноград – 74%), при гострому холециститі – 45% (м. Добропілля та район – 64%, м. Покровськ – 86%, м. Мирноград – 80%, м. Бахмут – 52%, м. Мангуш – 66%). Для порівняння при травмах внутрішніх органів цей показник становить 14,16%, проривній виразці – 25% (м. Добропілля та м. Селидове – 50%) гострому апендициті та защемленій грижі обласний показник в межах 20-28% (в м. Мангуші – 75%, м. Покровську – 39%, м. Бахмут – 40%).

Показники післяопераційної летальності при всіх, без винятку, нозологіях у невідкладній хірургії в 3-4 рази вище, ніж при своєчасному зверненні за хірургічною допомогою. Так, наприклад, післяопераційна летальність при проривній виразці в області складає 6,8% (пізніше 24 годин – 20,3%), при защемленій грижі – 1,3% проти 4,3% у хворих з защемленням грижі більш ніж 24 години. Ці негативні показники дзеркально відображають існуючу соціальну і фінансову напруженість серед населення, наряду з недоліками санітарно-просвітницької роботи з боку медичних працівників щодо необхідності своєчасного звернення за медичною допомогою при гострих станах та особливо при болях в животі.

Навіть при достатній обізнаності населення стосовно небезпечних симптомів захворювання, переважна більшість хворих утримується від звернення за медичною допомогою з суто фінансових обставин (вартість медикаментів, витратних матеріалів, проведення спеціальних обстежень, виробів медичного призначення тощо).

У 2016 році в порівнянні з 2015 роком (при приблизно однаковій кількості госпіталізованих хворих по кожній хірургічній нозології) погіршився показник післяопераційної летальності при гострій кишковій непрохідності з 5,7% до 6,3%; при гострому апендициті з 0,08% до 0,16%, при защемленій грижі з 0,96% до 1,3%. Практично незмінним залишився показник післяопераційної летальності при проривній виразці та травмах внутрішніх органів (6,7% та 7,2% відповідно).

У 2016 році зменшився показник післяопераційної летальності при шлунково-кишкових кровотечах з 13,2% до 10,1%; гострому панкреатиті з 19% до 17%, гострому холециститі з 0,73% до 0,44%. Практично незмінними залишаються показники післяопераційної летальності при травмах внутрішніх органів, починаючи з 2010 року, в усіх без винятку хірургічних відділеннях міст та районів області.

б) Екстрена медична допомога. Укомплектованість лікарями служби екстреної медичної допомоги складає – 37,7% в цілому, проте укомплектованість станцій швидкої медичної допомоги лікарями – 42,6%. Такий низький показник зумовлений невеликою кількістю лікарів відділу виїзної консультативної спеціалізованої екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Укомплектованість середнім медичним персоналом – 82,1%.

Кількість звернень в 2016 році – 220,5 на 1 тис. населення, що вище показника 2015 року на 11%. Питома вага екстрених викликів становить 81,8%, своєчасність прибуття на виклик – 90,4%, з них у місті – 91,4%, у сільській місцевості – 86%. У 2016 році показник своєчасності прибуття знизився на 2%, також дещо збільшилась питома вага викликів до хронічних хворих – з 4,2 до 4,3%. Таке становище може бути пов'язано зі складною соціально-політичною ситуацією та погіршенням рівня життя значної частини населення області. Дещо збільшився показник летальності на викликах з 1,1 до 1,5%, питома вага успішних реанімаційних заходів зменшилась на 25%, абсолютна кількість серцево-легеневих реанімацій – 432 (проти 425 у 2015 році). Зменшення кількості успішних реанімацій може бути пов'язано з пізнім викликом швидкої та великою кількістю супутніх захворювань. Забезпеченість оснащенням бригад швидкої медичної допомоги є достатнім, для надання якісної медичної допомоги. Не вистачає лікарських кадрів бригад швидкої медичної допомоги та особливо кадрів для створення акушерської, нейрохірургічної та анестезіологічної бригад відділу консультативної спеціалізованої допомоги.

в) Надання окремих видів спеціалізованої медичної допомоги (фтизіатрична, наркологічна, психіатрична). Сумарне досягнення виконання затверджених індикаторів “Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворювання на туберкульоз на 2012- 2016 роки” (далі – Програми) в області сягнуло 85%.

В цілому по області спостерігається передбачена тенденція до підвищення рівня захворюваності на ТБ+ 8,9% (2015 р – 55,3 на 100 тис. населення, 2016 р – 60,2 на 100 тис. населення), що вказує на покращення виявлення захворювання. Суттєво знизився рівень смертності – на 10% (2015 р – 10,7 на 100 тис. населення, 2016 р – 9,7 на 100 тис. населення). Викликає стурбованість значний ріст захворюваності на ТБ серед дітей – на 24,8% (2015 р. – 8,4 на 100 тис. населення, 2016 р. – 10,5 на 100 тис. населення).

Продовжується зростання захворюваності на ТБ/ВІЛ-інфекцію – на 6,5% (2015 р – 17,9 на 100 тис. населення, 2016 р – 19,5 на 100 тис. населення). Це один з найвищих показників в Україні. Серед всіх вперше виявлених хворих на ТБ (дорослих та дітей) 33% – це ВІЛ-інфіковані пацієнти.

На території області працює 6 протитуберкульозних диспансерів на 750 ліжок, відсоток виконання ліжко-днів – 84,3%. До 98% цей показник доходить лише у мм. Краматорськ та Маріуполь, де лікуються хворі з вперше виявленим туберкульозом. Стабільні показники роботи стаціонара у місті Бахмут. Не в повному обсязі забезпечено

роботу ліжка в містах Торецьк, Констянтинівка, Слов'янськ. Саме в цих диспансерах найближчим часом буде проведена оптимізація ліжкового фонду.

В області функціонує 7 наркологічних диспансерів (м. Маріуполь, Дружківка, Волноваха, Костянтинівка, Краматорськ, Покровськ, Слов'янськ), 8 відділень обов'язкових наркологічних профілактичних оглядів (Слов'янськ, Краматорськ, Маріуполь, Дружківка, Волноваха, Добропілля, Покровськ, Костянтинівка), 3 сертифікованих лабораторних відділення при диспансерах (м. Слов'янськ, м. Маріуполь, м. Краматорськ), а також у достатній кількості є кабінети оглядів громадян на стан сп'яніння та кабінети обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів.

На диспансерному обліку перебуває 22790 осіб з алкоголізмом, 362 – з алкогольними психозами, 5030 – з наркоманією, 423 – з токсикоманією.

Аналізуючи ситуацію щодо кількості пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку з приводу наркопатології, слід зазначити, що відмічається зростання показників, у порівнянні з показниками 2016 року. Це пов'язано з активізацією профілактичної роботи органів місцевого самоврядування, національної поліції та активізацією роботи наркологічної служби, а також стрімким зростанням кількості вимушених переселенців, що переїхали з тимчасово непідконтрольної території області.

На профілактичному обліку відмічається незначне зростання кількості виявлених пацієнтів, схильних до вживання психоактивних речовин.

Летальність – 13,1, повна ремісія – 19,9, які залишаються майже стабільними на протязі років.

Незначне зростання захворюваності, пов'язане з активізацією виявлення патології з первинно встановленим діагнозом наркологічної патології. Відмічається стабілізація ситуації щодо поширеності наркопатології в області. Показники алкоголізму знизились, але є невелике зростання показників перенесених психозів та показника поширеності наркотоксикоманій. Співвідношення алкогольних психозів до вперше виявленого алкоголізму складає 1:3,5.

Укомплектованість штатних посад лікарів-психіатрів по Донецькій області – 55,8%, дитячими лікарями психіатрами – 63,8%.

У 2016 році за психіатричною допомогою до лікарів-психіатрів звернулось – 4189 осіб, захворюваність склала 21,5 на 10 тис. населення, що є нижчим за попередній період на 3%. По області найвищі показники захворюваності відмічені у м. Маріуполі – 37,9 та м. Краматорську – 27,7, що свідчить про достатньо високий рівень діагностичного процесу.

г) Організація надання медико-соціальної допомоги громадянам, які постраждали в ході проведення антитерористичної операції. В області функціонує Регіональна програма щодо медичного, соціального забезпечення, адаптації, психологічної реабілітації, професійної підготовки(перепідготовки) учасників антитерористичної операції на 2016-2017р., яка затверджена Розпорядженням голови облдержадміністрації, керівника обласної військово-цивільної адміністрації від 07.04.2016 №266. Видано наказ Департаменту охорони здоров'я від 07.06.2016 №350 «Про забезпечення медико-психологічної допомоги та реабілітації учасників АТО та прирівняних до них осіб», згідно з яким в закладах визначені відповідальні особи за координацію роботи по наданню медичної допомоги демобілізованим особам, учасникам АТО, створено резерв ліжок для безвідмовної госпіталізації даної категорії, а також затверджена «дорожня карта демобілізованого військовослужбовця» що є

своєрідним дороговказом для медичних працівників. В лікувально-профілактичних закладах розміщена та розповсюджена оновлена інфографіка, щодо надання медичної допомоги військовослужбовцям. Визначений телефон «гарячої лінії» департаменту на випадок непорозуміння або визначення проблем щодо медичного забезпечення даного контингенту.

Визначені заклади охорони здоров'я для надання медичної допомоги учасникам АТО, а саме :

- для надання високоспеціалізованої медичної допомоги з травматології - КЛПЗ «Обласна травматологічна лікарня»

- для надання психіатричної реабілітації – КЛПУ «Обласна психіатрична лікарня м. Слов'янська»;

- для відновного лікування (кардіологічного, неврологічного, терапевтичного профіля) – КЛПУ «Обласний госпіталь для ветеранів м. Святогірська»;

- лікувально-профілактичні заклади міст та районів області.

З метою контролю виконання директивних документів здійснюється щомісячний моніторинг стану надання медичної допомоги учасникам АТО.

В Донецькій області (на території підконтрольній Україні) всього на обліку в органах соціального захисту населення перебуває 7206 учасників АТО, з них зі статусом учасників бойових дій – 7105. Крім того, зареєстровано – 62 родини загиблих учасників АТО.

Фахівцями лікувальних закладів первинного рівня проводяться профілактичні медичні огляди. У 2016 р. ними охоплено 1574 демобілізованих учасників АТО, з них 744 перебуває під диспансерним наглядом.

За медичною допомогою до лікувальних установ за місцем проживання звернулось 749 демобілізованих учасників АТО. Амбулаторне лікування за пільговими рецептами на суму 66,4 тис. грн.(339 грн. на 1 забезпеченого) отримали 196 осіб. Протягом 2016 року 9 особам здійснено зубне протезуванням. Вартість послуг склала 23 тис. грн.

В стаціонарах лікувальних закладів проліковано 533 учасника АТО. Ними проведено 4260 ліжко-дня. За результатами лікування, при наявності показань учасники АТО направляються на МСЕК. На теперішній час медико-соціальними комісіями визнано інвалідами 2 групи – 8 осіб, 3 групи – 21 особа. Отримали рекомендації з медичної, професійної та соціальної реабілітації –10 осіб.

122 демобілізованим учасникам АТО лікувальними закладами видані довідки в органи соціального захисту для отримання путівок на санаторно-курортне лікування.

Протягом 2015–2016 років у Святогірському госпіталі для ветеранів війни проводилась медична реабілітація учасників АТО. До госпіталю ветеранів війни направляються військовослужбовці (учасники АТО) з відомчих військових госпіталів міст Покровська, Часов Яру та демобілізовані з міст та районів області.

У 2016 році у даному закладі отримали реабілітаційне оздоровлення 339 учасників АТО. Вартість 1 ліжко-дня у госпіталі склала з медикаментів – 65,0 грн, з харчування – 55,0 грн.

В рамках проекту медичної реабілітації на базі Святогірського госпіталю для ветеранів війни складено списки демобілізованих учасників АТО, які мають травми опорно-рухового апарату. На обліку перебуває 13 осіб. Вони щомісячно, за потребою, згідно графіку

направляються до Українського державного медико-соціального Центру для ветеранів війни (с. Цибли Київської області).

Психіатрична реабілітація демобілізованих осіб здійснюється в КЛПУ «Обласна психіатрична лікарня м. Слав'янська», де розгорнуто 60 госпітальних ліжок. У відділенні надається у повному обсязі за бюджетні кошти спеціалізована психіатрична, психотерапевтична допомога ветеранам війни та учасникам АТО. За звітний період пройшли стаціонарне лікування 27 військовослужбовців, ними проведено 509 ліжко-днів. Амбулаторну допомогу отримали 6 пацієнтів даної категорії.

У разі звернення до закладів охорони здоров'я за медичною допомогою громадян, які переселилися з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції, їм надається медична допомога в усіх закладах охорони здоров'я в повному обсязі, в межах їх кваліфікаційних можливостей. Особиста увага приділяється дітям та інвалідам. На диспансерному обліку знаходиться 1650 інвалідів та 108 дітей, які забезпечені життєво необхідними лікарськими засобами, дитячим харчуванням та засобами індивідуального догляду та технічними засобами для використання в амбулаторних та побутових умовах за рішенням консультативно-лікарських комісій (у разі відсутності або втрати індивідуальної програми реабілітації)

З метою забезпечення психологічної та медичної підтримки з 01.12.2015 року на базі денного стаціонару Обласної психіатричної лікарні (м. Слов'янськ) розгорнутий кризисний центр щодо надання допомоги жінкам та внутрішньо переміщеним особам, які постраждали внаслідок насильства, бойових дій, тощо. Безкоштовну психологічну підтримку надають висококваліфіковані психологи та лікарі. В продовж року 1538 внутрішньо переміщених осіб були забезпечені медичною, психологічною, професійною реабілітацією та соціальною адаптацією, з них 473 – особи забезпечені медичною реабілітацією; 234 – психологічною; 1 – професійною; 21 – соціальною адаптацією.

У м. Маріуполь, в рамках проекту «Психосоціальна стабілізація постраждалих від конфлікту в Україні» за підтримки Міністерства закордонних справ Німеччини, Malteser International та Мальтійської служби допомоги Україні, на базі психіатричної лікарні відкрито центр «Психосоціальної адаптації» де психологи надають психологічну допомогу постраждалим через військову агресію.

Виконання заходів медико-соціального спрямування, визначених Регіональною програмою щодо медичного, соціального забезпечення адаптації, психологічної реабілітації, професійної підготовки (перепідготовки) учасників антитерористичної операції на 2016–2017 роки є пріоритетними для виконання органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування як на регіональному так і на місцевому рівнях.

Медичне забезпечення населення в Дніпропетровській області

а) Характеристика стану медичного забезпечення населення. Для медичного забезпечення цивільного населення на Дніпропетровщині функціонують 54 центри первинної медико-санітарної допомоги, у складі яких є 418 амбулаторій сімейної медицини, практикують 1383 сімейних лікарів, якими обслуговується 85% населення області. Закуплено медичне обладнання для амбулаторій, які передбачається відкрити у 2017 році.

Фінансування системи екстреної медичної допомоги, яка включає обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф і 5 станцій швидкої медичної

допомоги, з 111 пунктами базування 280 бригад, з державного бюджету (медична субвенція) та обласного бюджету дозволило забезпечити її екстериторіальність, тобто до пацієнта, який потребував невідкладної допомоги прибувала та “швидка”, яка у той час знаходилася найближче до нього.

З метою покращення матеріально-технічного оснащення служби екстреної медичної допомоги у 2016 р. за кошти із обласного бюджету було оснащено службу медичною апаратурою та обладнанням: електрокардіографи, дефібрилятори, апарати штучної вентиляції легеней, інтубатори для немовлят тощо на загальну суму 1,5 млн грн. Удосконалюється матеріально-технічна база лікувально-профілактичних закладів області. У 2016 р. 12 лікарень отримали понад сто одиниць сучасного медичного обладнання на загальну суму біля 125 млн грн. з бюджету області.

У 2015 р. підписано субсидіарну угоду між Світовим Банком та Дніпропетровською обласною державною адміністрацією щодо реалізації субпроєкту “Підтримка реформування системи охорони здоров’я в Дніпропетровській області”. Сума позички для Дніпропетровської області Світовим Банком становить 40 млн доларів, сума співфінансування – 15 млн доларів.

Для забезпечення належної доступності первинної медичної допомоги планується відкриття додаткових амбулаторій в містах Дніпро, Кривий Ріг та створення у 3 майбутніх лікарнях інтенсивної допомоги відділень екстреної (невідкладної) допомоги з відповідним забезпеченням цих відділень обладнанням (у містах Дніпро, Кривий Ріг та Павлоград). На цей час погоджена проєктно-кошторисна документація на всі об’єкти, які заплановані до ремонту та реконструкції.

Проводиться процедура закупівель комп’ютерного обладнання, спеціалізованого медичного програмного забезпечення, встановлення локальної обчислювальної мережі для амбулаторій сімейної медицини, створення Комплексної системи захисту інформації.

Областю, однією з перших, погоджено з Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України і Міністерством охорони здоров’я України формування 5-ти госпітальних округів.

Пріоритетними напрямками відновлення, удосконалення та подальшого нарощування потенціалу медичних структур до виконання завдань за призначенням визначено:

продовження надання медичної допомоги пораненим, травмованим і хворим учасникам АТО у тісній взаємодії з військовим госпіталем Міноборони (військова частина А4615), м. Дніпро;

реалізація субпроєкту Світового Банку “Підтримка Реформування системи охорони здоров’я в Дніпропетровській області” у взаємодії з управлінням капітального будівництва облдержадміністрації, органами місцевого самоврядування міст Дніпро, Кривий Ріг, Павлоград;

проведення структурного реформування закладів охорони здоров’я, а саме – створення лікарень інтенсивного, планового, відновлювального лікування та хоспісів на базі існуючої мережі медичних установ зі збереженням потенціалу медичних кадрів.

б) Характеристика надання медичної допомоги учасникам АТО. Дніпропетровська область безпосередньо межує з територією, на якій проводиться антитерористична операція. З травня 2014 року область першою розпочала прийом поранених, травмованих та хворих військовослужбовців, а також цивільних осіб – учасників

антитерористичної операції. Медична допомога надається в 7 лікувально-профілактичних закладах та військовому госпіталі Міноборони.

З початку надходження поранених, травмованих та хворих учасників АТО до лікувально-профілактичних закладів області надано медичну допомогу 8295 особам, прооперовано 3470 осіб. У 2016 році надано медичну допомогу 1050 особам, прооперовано 394 осіб.

Комісією медико-соціальної експертизи оглянуто 1343 учасника АТО, визначено інвалідами 649 осіб, 694 особам встановлені відсотки втрати працездатності від 25% до 50%.

На цей час актуальним питанням є проведення психотерапевтичної, психологічної та медичної реабілітації. Така допомога організована на 30 ліжках у складі 2 госпіталів для ветеранів війни, де учасники бойових дій отримують медикаментозну допомогу та психологічний супровід. Крім цього, в умовах обласної лікарні “Солоний Лиман” для учасників АТО проводяться всі види фізіотерапевтичної допомоги, масаж, грязелікування і кліматотерапія. Проліковано 174 учасника АТО.

На базі Дніпропетровського обласного госпіталю ветеранів війни з грудня 2015 року функціонує центр реабілітації учасників АТО, де проводиться медикаментозне лікування, психологічна, фізична реабілітація за рахунок обласного бюджету. Придбано за кошти обласного бюджету медичне обладнання для фізичної реабілітації на загальну суму 3 млн грн, що дозволяє найкращим чином відновити життєво важливі рухові вміння та навички, забезпечити нормальне функціонування систем організму, активізувати розумові здібності, оптимізувати стан здоров'я і працездатності. Вже отримали лікування 881 чол.

У 54 ЦПМСД області надано медичну допомогу 17312 демобілізованим особам, взято на диспансерний облік 9501 особу.

Медичне забезпечення населення в Запорізькій області

Особливістю медичного забезпечення населення в Запорізькій області є надання медичної, реабілітаційної допомоги демобілізованим учасникам АТО, а також військовослужбовцям ЗС України та інших військових формувань.

Відповідним наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації визначені заклади охорони здоров'я для надання медичної допомоги особам, постраждалим в зоні АТО, а саме:

для надання високоспеціалізованої медичної допомоги – КУ “Запорізька обласна клінічна лікарня”;

для психіатричної реабілітації – КУ “Обласна психіатрична лікарня”;

для відновного лікування (кардіологічного, неврологічного, терапевтичного профілю) – КУ “Запорізький обласний госпіталь для ветеранів війни”;

для реабілітаційного відновлення кістково-м'язової та нервової системи – КУ “Санаторій медичної реабілітації “Глорія”.

У закладах охорони здоров'я налагоджена співпраця:

з військкоматами – для забезпечення якісною та своєчасною медичною допомогою військовослужбовців, що демобілізувались із зони проведення АТО;

із військовим госпіталем Міноборони – для наступності в організації проведення реабілітаційних заходів.

Психіатрична реабілітація демобілізованих осіб здійснюється закладами Спеціалізованого територіального медичного об'єднання "Психіатрія" у повному обсязі за бюджетні кошти в межах бюджетного фінансування.

Крім того:

КУ "Обласна клінічна психіатрична лікарня" Запорізької обласної ради перепрофілювала відділення для учасників антитерористичної операції, у тому числі й демобілізованих осіб, де їм, у разі потреби, надається спеціалізована психіатрична, психотерапевтична допомога у повному обсязі за бюджетні кошти. У 2016 році пройшли стаціонарне лікування 900 осіб, амбулаторна допомога надана 147 учасникам АТО;

КУ "Запорізький обласний центр здоров'я" розроблена "Дорожня карта для демобілізованих військовослужбовців, які проходили військову службу в районах проведення АТО".

За даними військових комісаріатів, на цей час в області знаходиться понад 5400 демобілізованих учасників АТО.

Протягом 2016 року до закладів охорони здоров'я області звернулося за медичною допомогою 5098 військовослужбовців, із них госпіталізовано 2381 військовослужбовць.

Медична допомога надана 4453 демобілізованим учасникам АТО (у т.ч. 1335 особам з приводу захворювань та 3118 осіб пройшли профілактичні огляди).

Запорізькою обласною радою прийнято рішення щодо додаткового виділення на 2016 рік коштів з обласного бюджету КЗ "Санаторій медичної реабілітації "Глорія" для безоплатного харчування учасників АТО.

Згідно з наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 12.09.2016 р. № 798 "Про удосконалення організації надання медичної допомоги учасникам антитерористичної операції" складено та затверджено графік планово-консультативних виїздів спеціалістів КУ "Запорізька обласна клінічна лікарня" на 2016 рік щодо медичного огляду демобілізованих учасників АТО.

Згідно цього графіку у 2016 році здійснено 7 планово-консультативних виїздів до Якимівського, Василівського, Токмацького, Пологівського, Гуляйпільського, Оріхівського та Вільнянського районів. Лікарями – спеціалістами оглянуто 329 демобілізованих осіб, надані рекомендації стосовно подальшого лікування.

У 2016 році до медико-соціальних експертних комісій звернулося 162 військовослужбовця, з них 101 встановлено групи інвалідності. В структурі інвалідності воїнів АТО переважають такі захворювання:

травматичне ураження головного мозку – 34%;

травматичне ураження кінцівок – 25%;

захворювання пов'язані з проходженням служби – 20%, з них: 10% – серцево-судинні захворювання, 6% – захворювання шлунково-кишкового тракту, 4% – дегенеративно-дистрофічні ураження хребта;

травматичне ураження ока – 1%.

У зв'язку з вищезазначеним виникла гостра необхідність створення нового реабілітаційного центру для зазначеної категорії пацієнтів.

Таким чином, було прийнято рішення щодо створення обласного центру медичної реабілітації ветеранів війни на базі КЗ "Госпіталь ветеранів війни".

Обласний центр медичної реабілітації буде створений як сучасний заклад охорони здоров'я III рівня надання допомоги та буде складатися із спеціалізованих відділень. Загальна кількість ліжок – 160. Набір приміщень та їх обладнання буде відповідати діючим нормативам.

Протягом 2016 р. надана медична допомога 25446 переміщеним особам, які прибули на територію області з окупованих територій Донецької і Луганської областей та АР Крим, з них 11268 дітям. Взято на облік 1485 осіб, з них 320 дітей. Госпіталізовано 7824 особи, з них 3348 дітей, проведено оглядів – 7305.

Фахівці комунальної установи “Запорізька обласна клінічна лікарня” Запорізької облради беруть активну участь у наданні спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям та мешканцям Луганської та Донецької областей. У 2014 році, особливо під час загострення військових подій, судинні хірурги цього закладу охорони здоров'я неодноразово брали участь у наданні медичної допомоги пораненим бійцям Збройних Сил України та Національної гвардії України на базі Маріупольської лікарні швидкої медичної допомоги.

З травня 2014 року по цей час в Запорізькій обласній консультативній поліклініці була надана консультативна медична допомога 3585 мешканцям Донецької та Луганської областей. У структурних підрозділах комунальної установи “Запорізька обласна клінічна лікарня” Запорізької облради пройшли стаціонарне лікування 1445 пацієнтів – жителів Донецької та Луганської областей (м. Донецьк – 433 осіб, м. Маріуполь – 185 осіб; м. Луганськ – 79 осіб; Донецька область – 578 осіб; Луганська область – 170 осіб), проліковано 749 військовослужбовців – учасників АТО (375 – військовослужбовців ЗС України та 374 НГ України) та надана стаціонарна медична допомога 548 військовослужбовцям строкової служби НГ України.

З червня 2014 року комунальна установа “Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня” Запорізької облради надає медичну допомогу дитячому населенню Донецької та Луганської областей. Медична допомога надається дітям, які є внутрішньо переміщеними особами і проживають на території м. Запоріжжя і Запорізької області та дітям, які направлені для надання медичної допомоги безпосередньо з прифронтових територій.

Медична допомога цій категорії осіб надається амбулаторно в консультативній поліклініці за 24 спеціальностями та планова і невідкладна стаціонарна – при госпіталізації у відділення хірургічного та педіатричного профілю. Амбулаторно-поліклінічну допомогу в консультативній поліклініці в 2014 році отримало 24 дитини, в 2015 році – 244 дитини, в 2016 році – 500 дітей цих категорій. Стаціонарне лікування проведено в 2014 році 170 пацієнтам, у 2015 році – 314 пацієнтам, у 2016 році – 324 пацієнтам. Планове та невідкладне оперативне лікування щороку проводиться близько 120 пацієнтам. У 2014–2016 роках 4 дитини було проліковано з приводу мінно-вибухової травми.

Виїзною консультативною неонатологічною бригадою комунальної установи “Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня” Запорізької облради надається консультативна допомога новонародженим у закладах охорони здоров'я м. Маріуполя, які надають медичну допомогу матерям та дітям, з подальшим транспортуванням новонароджених до відділення анестезіології та інтенсивної терапії з ліжками для новонароджених. За 2014–2016 роки щороку було проліковано до 25 новонароджених.

За час проведення АТО до комунального закладу “Обласний перинатальний центр” Запорізької облради звернулося 520 жінок, внутрішньо переселених з Донецької та Луганської областей, народили у перинатальному центрі – 448.

Усі вагітні отримують медичну допомогу за рахунок бюджетних та позабюджетних коштів. Так, у 2014 році на ці потреби витрачено 334,2 тис. грн; у 2015 році – 355,5 тис. грн, у 2016 році – 323,97 тис. грн.

Медичні працівники закладів охорони здоров'я Запорізької області підтримали всеукраїнський медичний проект “Допомога йде” і в подальшому готові забезпечувати надання амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної планової та екстреної спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з прифронтових територій згідно з протоколами надання медичної допомоги, затвердженими МОЗ України, за бюджетні кошти в межах бюджетного фінансування.

Медичне забезпечення населення в Харківській області

а) Особливості діяльності системи охорони здоров'я. Харківська область відноситься до регіону, який безпосередньо межує зі східними областями країни – районами проведення АТО з 2014 року. Враховуючи зазначене, місцевими органами влади та Управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації вжито відповідних заходів для організації медичної допомоги мешканцям з Луганської та Донецької областей, насамперед, силами та резервами регіональної служби екстреної медичної допомоги.

КЗОЗ “Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф” залучений до транспортування поранених, потерпілих і хворих до медичних установ м. Харкова, як безпосередньо із закладів охорони здоров'я східних областей, так і в “естафетному” порядку від кордону Харківської області.

Протягом 2016 року до районів, наближених до АТО, здійснено 111 виїздів бригад екстреної медичної допомоги з метою продовження “естафетного” транспортування хворих і потерпілих жителів Донецької та Луганської областей до закладів охорони здоров'я м. Харкова (у 2015 р. – 239 транспортувань).

Реанімаційними бригадами КЗОЗ “Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф” здійснено 4 виїзди для перевезення важкохворих та потерпілих з Донецької (мм. Артемівськ та Слов'янськ) та Луганської (мм. Рубіжне та Лисичанськ) областей до закладів м. Харкова.

Також, протягом звітнього періоду бригадами екстреної медичної допомоги в області обслуговано 3601 особа вимушених переселенців (у 2015 р. – 5844).

б) Характеристика стану медичного забезпечення цивільного населення (мережа закладів охорони здоров'я, фінансування, матеріально-технічна база). Станом на 31.12.2016 р. за даними галузевої статистичної звітності для організації медичної допомоги територіальному населенню функціонує потужна мережа закладів охорони здоров'я, що включає 7 органів управління охороною здоров'я та 240 закладів:

204 заклади, підпорядковані Управлінню охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації та Департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради;

7 закладів, підпорядкованих МОЗ України;

10 закладів, підпорядкованих НАМН та НАН України;

19 закладів, підпорядкованих іншим відомствам.

У районах області медичну допомогу забезпечують 68 закладів: 24 центральні районні лікарні, 3 центральні міські лікарні, 5 міських лікарень, 33 центри первинної медико-санітарної допомоги, 1 територіальне медичне об'єднання, 2 міські залізничні поліклініки.

До мережі закладів охорони здоров'я обласного підпорядкування входить 65 закладів: 14 лікарень, 12 центрів та бюро, 1 перинатальний центр, 15 диспансерів, 4 будинки дитини, 10 санаторіїв, 6 медичних коледжів, 3 – інші.

Мережа закладів охорони здоров'я м. Харкова налічує 71 заклад: 18 міських лікарень, 4 міські дитячі лікарні, 15 міських поліклінік, 10 міських дитячих поліклінік, 5 пологових будинків, 1 перинатальний центр, 9 стоматологічних поліклінік, 6 диспансерів, 3 інших заклади.

За даними комп'ютерної програми “Облік медичних кадрів України”, на підставі якої сформовано та щоквартально оновлюється автоматизована база медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників Харківської області, у закладах охорони здоров'я, які знаходяться у сфері управління Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації та Департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради, на 13118,25 штатних лікарських посадах працює 10360 лікарів.

Показник укомплектованості штатних посад лікарями залишився на рівні 2015 року – 79,0%. Показник забезпеченості населення лікарями також стабільний і складає 38,3 на 10 тис. населення. Кваліфікаційну категорію мають 7843 лікаря, або 74,4%. Серед працюючих лікарів 2247 осіб пенсійного віку (21,3%).

На 23249,5 штатних посадах працює 20389 молодших спеціалістів з медичною освітою, показник укомплектованості становить 87,7%, що на рівні минулого року. Серед працюючих молодших спеціалістів з медичною освітою 3038 осіб пенсійного віку (14,9%). Серед загальної кількості молодших спеціалістів кваліфікаційну категорію мають 14255 фахівців, або 70,6%. Як і у попередні роки, на одного лікаря приходиться 2,0 молодших спеціаліста з медичною освітою.

За звітний період атестовано 101,93% лікарів (2015 р. – 99,1%) та 101,51% молодших медичних працівників з медичною освітою (2015 р. – 98,4).

Показник укомплектованості фізичними особами штатних посад сімейних лікарів за останні роки знаходиться у межах 71,0-73,0%.

У 2016 році сфера охорони здоров'я області профінансована на 3299016,89 тис. грн або 96,1% від запланованих видатків. У порівнянні з аналогічним періодом минулого року фінансування галузі збільшено на 158503,29 тис. грн. Темп росту фінансування склав 5,0% (2015 р. – 3140513,6). У розрахунку на одного жителя області фактичні видатки склали 1166,92 грн. проти 1100,85 грн. у 2015 році.

Збільшилися видатки на:

лікування хворих у стаціонарних умовах – до 37,92 грн. у розрахунку на 1 лішко-день (2015 р. – 26,12);

харчування – до 12,55 грн. на 1 стаціонарного хворого (2015 р. – 10,63);

амбулаторно-поліклінічну службу до 1,62 грн. у розрахунку на 1 відвідування (2015 р. – 0,93);

забезпечення медикаментами пільгових категорій населення до 128,41 грн. на 1 пільгового хворого проти 65,20 грн. у 2015 році.

Станом на 31.12.2016 р. з державного бюджету область отримала централізовану поставку лікарських засобів та виробів медичного призначення за кошти попередніх років на суму 166057,08 тис. грн. Для покращення матеріально-технічного стану за рахунок різних джерел фінансування закладами охорони здоров'я обласного підпорядкування та районів області придбано 2223 одиниці медичного обладнання на суму 78,3 млн грн. та 41 автомобіль на суму 26,7 млн грн, у т. ч. 30 автомобілів (12 – для служби екстреної медичної допомоги та 18 переважно для закладів первинної ланки у районах області) закуплено за кошти обласного бюджету на загальну суму 24,9 млн грн.

Вперше за останні 10 років було придбано високовартісний сучасний комп'ютерний томограф для удосконалення діагностичних можливостей КЗОЗ “Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф”.

У регіональному онкологічному центрі проведено заміну джерела іонізуючого випромінювання загальною вартістю 7,0 млн грн. для спеціалізованого лікування онкологічних хворих із суттєвим зменшенням іонізуючого навантаження на пацієнта.

Здійснювались роботи з укріплення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я та виконувались заходи щодо економії споживання електричної енергії для освітлення приміщень, економії газу шляхом переведення газових топкових на альтернативні види палива.

Зокрема, за рахунок коштів обласного бюджету виконано роботи з капітального ремонту по заміні освітлення приміщень з встановленням світлодіодних приладів у 3-х закладах охорони здоров'я обласного підпорядкування на суму 3718,622 тис. грн, в тому числі КЗОЗ “Обласна клінічна інфекційна лікарня”, КЗОЗ “Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня”, ДЗОЗ “Обласна туберкульозна лікарня № 3”.

Виконані ремонтні роботи в закладах охорони здоров'я обласного підпорядкування на суму 10384,205 тис. грн, у т.ч. капітальний ремонт покрівлі, заміна віконних блоків на енергозберігаючі у КЗОЗ “Обласний дитячий психоневрологічний санаторій № 1” та КЗОЗ “Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер”; капітальний ремонт ліфтів КЗОЗ “Харківська обласна клінічна травматологічна лікарня”; капітальний ремонт покрівлі радіологічного корпусу КНП “Обласний центр онкології”; капітальний ремонт покрівлі, утеплення фасаду поліклінічного відділення КЗОЗ “Обласна дитяча клінічна лікарня № 1”; капітальний ремонт покрівлі КЗОЗ “Обласний центр медико-соціальної експертизи”.

Здійснювались роботи з реконструкції 8-го поверху травматологічного, ревматологічного відділень та облаштуванню обладнання фізіотерапевтичного відділення КЗОЗ “Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф” за рахунок коштів державного бюджету на суму 3090,00 тис. грн. Проведено реконструкцію частини будівлі прозектури КЗОЗ “Харківська клінічна психіатрична лікарня № 3” під розміщення дезінфекційної камери за рахунок позабюджетних коштів кошторисною вартістю 1329,23 тис. грн.

Загалом, на виконання заходів з укріплення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я обласного підпорядкування, закладів районів області та їх структурних підрозділів у 2016 році з різних джерел профінансовано:

з державного бюджету: на фінансування закладів обласного підпорядкування – 3090,0 тис. грн; на фінансування закладів районів області – 1603,73 тис. грн;

з обласного бюджету: на фінансування закладів обласного підпорядкування – 11012,827 тис. грн; закладів районів області – 5091,532 тис. грн;
з районних бюджетів – 26119,634 тис. грн;
інших джерел фінансування – 3365,3 тис. грн.

Продовжено реалізацію програмно-цільового методу з метою ефективного використання коштів обласного бюджету відповідно до потреб територіального населення.

У рамках виконання комплексної обласної програми “Здоров’я Слобожанщини” на 2015-2016 роки, затвердженої рішенням обласної ради від 05 березня 2015 року № 1152-VI (зі змінами), з обласного бюджету профінансовано майже 76,0 млн грн, що були спрямовані на надання медичної допомоги, насамперед, соціально-незахищеним верствам населення, пацієнтам з хронічними захворюваннями, лікування екстрених та невідкладних станів.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 р. № 1024 “Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення” вжито заходів щодо оптимізації стаціонарного ліжкового фонду. Для досягнення рекомендованого показника в області потребувало оптимізації 4505 ліжок (21,7% від наявного ліжкового фонду); оптимізовано – 2073 ліжка, підлягає оптимізації ще 2432 стаціонарних ліжка. Станом на 31.12.2016 року функціонує 19394 стаціонарних ліжка, або 69,0 на 10 тис. населення.

Активно впроваджуються стаціонарозамінні форми лікування. На ліжках денного перебування проліковано понад 200,0 тис. хворих, або 745,2 на 10 тис. населення (2015 р. – 720,6).

У 2016 році створено відділ охорони здоров’я Куп’янської міської ради та відкрито КНП “Куп’янський центр первинної медичної допомоги”. Загалом у районах області функціонує 33 юридично самостійних центри первинної медико-санітарної допомоги, до складу яких входить 333 амбулаторії загальної практики-сімейної медицини та 498 фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів; охоплення населення обслуговуванням сімейними лікарями становить майже 99,0%.

За підтримки місцевих органів влади та сприяння Харківської експертної групи з реформування медичної сфери запроваджено пілотний проект з розроблення поетапної дорожньої карти трансформації первинної медицини на прикладі закладів Чугуївського району. Проводиться підготовка до нової моделі фінансування; розроблено низку конкретних пропозицій щодо змін санітарних правил і будівельних норм для оновлення будівель медичних закладів, спрощення документації і паперової звітності лікарів первинної ланки тощо. Результатом спільної роботи експертів та фахівців став укладений Меморандум про співпрацю між заінтересованими сторонами, що започаткувало проведення конкретних реформ первинної ланки в інтересах громадянського суспільства.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932 “Про затвердження порядку створення госпітальних округів” з представників місцевих органів влади та медичної громадськості утворено робочу групу з питань впровадження в області медичної реформи та формування госпітальних округів Харківської області.

Завдяки впровадженню положень Концепції регіоналізації перинатальної допомоги в Харківській області змінилася вся система надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та структура материнської смертності: виділено три рівні надання перинатальної допомоги, функціонує 3 перинатальні центри III рівня надання медичної допомоги. Вжиті

заходи дозволили знизити показники малюкової смертності на 23,1% (7,21 на 1000 живонароджених) та материнської – на 36,5% (8,33 на 100,0 тис. живонароджених) у порівнянні з 2015 роком (9,38 та 13,12 відповідно).

в) Екстренна медична допомога. Харківська область – лідер по реалізації Закону України “Про екстрену медичну допомогу”. За сприяння місцевих органів влади унікальний досвід побудови єдиної оперативно-диспетчерської служби з використанням сучасних інформаційних технологій рекомендовано керівництвом МОЗ України для розповсюдження серед інших регіонів України.

Протягом 2016 року на функціонування та розвиток системи екстреної медичної допомоги на території Харківської області було витрачено понад 281,0 млн грн (2015 р. – 251,0), що повністю забезпечило ресурсні потреби служби. У звітному році за рахунок виділених цільових видатків з обласного бюджету в обсязі 20,0 млн грн. автопарк служби поповнився 12 автомобілями категорії “А” і “В”. Загалом роботу служби забезпечують 231 машина та 200 бригад екстреної медичної допомоги. У всіх адміністративних одиницях області визначено розташування 188 пунктів постійного та тимчасового базування бригад екстреної медичної допомоги, у тому числі 26 відділень екстреної медичної допомоги.

Радіус дії відділень та пунктів базування бригад не перевищує 10–20 кілометрової зони, що дозволяє виконувати регламентовані нормативи доїзду бригад до пацієнтів.

В області на основі сучасних інформаційних технологій створена і діє унікальна система управління, моніторингу та контролю за діяльністю служби екстреної медичної допомоги.

Завдяки автоматизованій системі управління “Екстренна медична допомога” у режимі “онлайн” забезпечена можливість оцінки роботи кожного медичного працівника, доступний ретроспективний аналіз оперативності роботи бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги від моменту призначення викликів і до закінчення їх обслуговування, з урахуванням хронометражу і пробігу санітарного автотранспорту, можливе своєчасне коректування потоків госпіталізації, аналіз звернень хворих за нозологіями та по вікових групах, відтворення діалогу диспетчера “103” при прийнятті звернень від населення за медичною допомогою.

З метою забезпечення ефективного використання наявних бригад екстреної медичної допомоги, спеціалізованого санітарного транспорту, виробів медичного призначення, лікарських засобів для рятування життя та збереження здоров’я людей під час ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій розроблено маршрути евакуації та госпіталізації хворих (потерпілих) при різних видах та об’ємах надзвичайних ситуацій.

г) Заходи з подальшого удосконалення діяльності системи охорони здоров’я області. Поступово впроваджується принцип автономізації закладів у фінансовій та управлінській діяльності, що відповідає вимогам розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р “Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я”.

Відповідно до рішення обласної ради від 08 вересня 2016 року № 283-VII створено комунальне некомерційне підприємство “Обласний центр онкології”.

На цей час статус комунальних неприбуткових підприємств мають вже 6 закладів: Обласний центр онкології; Куп’янський центр первинної медичної допомоги; Близнюківська центральна районна лікарня; Близнюківській районний центр первинної медико-санітарної

допомоги; Золочівська центральна районна лікарня; Куп'янська міська залізнична поліклініка.

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 травня 2016 р. №418-р “Про затвердження плану пріоритетних дій Уряду на 2016 рік” щодо розбудови регіональних реперфузійних мереж на базі КЗОЗ “Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф” з липня 2015 року у режимі “24 години 7 днів на тиждень” функціонує ангиографічний центр інтервенційної кардіології для надання невідкладної допомоги хворим на гострий коронарний синдром та інфаркт міокарда.

У зв'язку із зростанням кількості хворих на рідкісні (орфанні) захворювання протягом 2016 року до 34707 пацієнтів, обмеженими обсягами фінансового забезпечення хворих лікарськими засобами та відповідними харчовими продуктами за кошти державного бюджету рішеннями Харківської обласної ради за рахунок коштів обласного бюджету виділено 9,0 млн грн для часткового забезпечення за життєвими показами найбільш вразливих верств населення (насамперед дітей), що страждають на орфанні захворювання, необхідними лікарськими засобами та відповідними харчовими продуктами для спеціального дієтичного споживання. За рахунок коштів місцевих бюджетів для зазначеної категорії пацієнтів у м. Харкові виділено 8,3 млн грн; у районах області – 6,03 млн грн. Загальна сума виділених коштів з усіх рівнів бюджету Харківської області становить 23,33 млн грн.

Керівництвом обласної державної адміністрації значна увага приділялась забезпеченню мешканців Харківської області препаратами інсуліну та десмопресину. Наприкінці року за рахунок коштів обласного бюджету для лікування інсулінозалежних хворих в районах та містах обласного значення додатково виділено понад 3,5 млн грн, що забезпечило потребу до кінця звітнього року.

З метою ефективного та раціонального використання бюджетних коштів вжито заходів щодо впровадження системи електронних державних закупівель прозого. Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації зареєстровано на сайті www.prozorro.org., на торгівельному майданчику smarttender.biz. Фахівцями Управління проведена електронна закупівля на торгівельному майданчику системи на суму 44,3 тис. грн, економія бюджетних коштів склала 5,7 тис. грн.

Комунальними закладами охорони здоров'я, що фінансуються з обласного бюджету та зареєстровані на сайті www.prozorro.gov.ua на торгівельних майданчиках, проведено 105 електронних процедур закупівель товарів на загальну суму 14608,7 тис. грн, економія бюджетних коштів склала 2697,2 тис. грн. Комунальними закладами охорони здоров'я районів та міст обласного значення Харківської області у поточному році проведено 225 електронні процедури закупівель товарів на загальну суму 4011,7 тис. грн, економія бюджетних коштів – 643,2 тис. грн.

За підтримки центральних та місцевих органів влади вирішено питання щодо організації медичної допомоги тимчасовим переселенцям.

Станом на 31.12.2016 р. відповідно до реєстру, який ведеться в Управлінні охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, за медичною допомогою звернулось 120620 осіб з числа тимчасово переміщених з АР Крим, м. Севастополя, Донецької та Луганської областей до Харківської області (у тому числі 81989 дорослих (68,0%) та 38631 дітей (32,0%).

Стаціонарна допомога надана 32661 особі або 27,1% від загальної кількості зареєстрованих, у тому числі 20949 дорослим та 11712 дітям (з них 1468 новонароджених).

Амбулаторну медичну допомогу отримали 87959 осіб (72,9% від загальної кількості зареєстрованих), у тому числі 61040 дорослих та 26919 дітей.

У закладах охорони здоров'я взято на облік 2011 вагітних (1,7% від загальної кількості зареєстрованих осіб). За період з 2 травня 2014 року в області проведено 1458 пологів (72,5% від кількості зареєстрованих вагітних) та народилося 1468 немовлят (слід зазначити, що за цей період 157 новонароджених потребували інтенсивного лікування у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії).

За окремими видами медична допомоги надана:

461 особі, хворій на цукровий діабет (354 дорослих, 107 дітей) з приводу забезпечення інсулінами як вітчизняного так і іноземного виробництва;

556 хворим на туберкульоз (з них 165 дітей), у тому числі стаціонарно – 268 особам та амбулаторно – 288 особам, які забезпечені лікарськими засобами за рахунок централізованих поставок МОЗ України;

266 особам із ВІЛ/СНІДом, у тому числі 229 дорослим, 37 дітям, померло 5 дорослих; усім проведено необхідне обстеження та проводиться спеціальне лікування;

з онкологічною патологією – 6269 звернень (4222 особи), стаціонарна допомога надана 2653 особам, амбулаторна – 3616;

16 пацієнтам (16 дорослих), хворим на хронічну хворобу нирок, надається високоспеціалізована медична допомога із застосуванням методів замісної ниркової терапії, а саме: гемодіалізу – “штучна нирка” – (8 дорослих), перитонеального діалізу (2 дорослих); а також імуносупресивної терапії (для хворих (6 дорослих), які перенесли трансплантацію нирки та інших органів).

Загальні витрати на надання медичної допомоги зазначеній категорії громадян у 2016 році склали 65,0 млн грн, з них на стаціонарне лікування – 57,5 млн грн, амбулаторне – 7,5 млн грн.

д) Надання медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України та інших військових формувань. Питання організації медичного забезпечення військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань – учасників антитерористичної операції та членів їх сімей є одним із пріоритетних у діяльності місцевих органів влади.

Протягом 2016 року продовжувалась робота щодо забезпечення виконання в закладах охорони здоров'я Харківської області Указу Президента України від 18.03.2016 р. № 150/2015 “Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції”; рішення сесії обласної ради від 09 квітня 2015 року № 1209-VI “Про затвердження комплексної програми соціальної підтримки учасників антитерористичної операції на 2015–2016 роки та Порядок використання коштів обласного бюджету на проведення відпочинку звільнених у запас (демобілізованих) військовослужбовців, які брали участь в АТО, у санаторно-курортних закладах Харківської області” та наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації (з вересня 2016 року – Управління охорони здоров'я) від 26.03.2015 р. № 194 “Про медичне забезпечення демобілізованих військовослужбовців”.

З метою своєчасного виявлення захворювань у демобілізованих військовослужбовців, визначення для них обсягів амбулаторного, стаціонарного, санаторно-курортного лікування,

проведення медичних реабілітаційних заходів, психологічної реабілітації та забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, з лютого поточного року проводяться повторні профілактичні медичні огляди демобілізованих осіб, членів їх сімей та членів сімей загиблих військовослужбовців.

На базі КЗОЗ “Обласний госпіталь ветеранів війни” ведеться реєстр демобілізованих військовослужбовців та членів їх родин. Списки на демобілізованих завіряються керівництвом рай(міськ)військкоматів.

Станом на 01 січня 2017 року, відповідно до завіреної інформації закладів охорони здоров'я, зареєстровано у реєстрі 6663 особи (+82), у тому числі 4169 осіб в районах області та 2494 особи в м. Харкові.

Із числа демобілізованих звільнені були з причини поранення 118 осіб, у тому числі 78 із районів області, 40 – з м. Харкова. Окрім цього, через виявлені захворювання або його загострення демобілізовано 151 особа, у тому числі 129 осіб із районів області та 22 особи з м. Харкова.

Документи, що засвідчують безпосередню участь демобілізованого в зоні проведення АТО наявні у 3965 осіб.

Станом на 31.12.2016 року померло 20 демобілізованих, а 523 особи пішли служити за контрактом.

Профілактичні медичні огляди демобілізованих, членів їх сімей та членів сімей загиблих проводяться за участю 12 спеціалістів (терапевт, хірург, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, психіатр, стоматолог, дерматолог, фтизіатр, уролог, травматолог, інші). За звітний період оглянуто 5043 особи або 75,7% від усіх демобілізованих, що зареєстровані в закладах охорони здоров'я. Після проведених медичних оглядів вперше виявлено 1608 випадків патології (32% від оглянутих). Відповідно до проведеного обстеження на диспансерний облік взято 2731 особа, або 54,2% від оглянутих. Підлягало стаціонарному лікуванню 580 осіб, у тому числі в закладах охорони здоров'я вторинного рівня – 306 осіб, у закладах охорони здоров'я третинного рівня – 174 особи, в науково-дослідних інститутах – 100 осіб. Проведено стаціонарне лікування 458 особам або 79,0% від тих, що підлягали.

Потребу в амбулаторному лікуванні було встановлено у 1268 осіб. Станом на 31.12.2016 р. проліковано амбулаторно 965 осіб або 76,1% від тих, що його потребували.

Встановлено, що 1033 особи потребують зубного протезування, запротезовано 310 осіб.

Санаторно-курортного лікування потребувала 801 особа. Видано санаторно-курортних довідок 438 демобілізованим, інші утримались з різних причин. За інформацією закладів охорони здоров'я в санаторних закладах оздоровлено 156 демобілізованих учасників АТО.

У 2016 році фахівцями КЗОЗ “Обласний центр медико-соціальної експертизи” надана експертна допомога 137 особам із числа учасників антитерористичної операції.

Відсотки втрати працездатності встановлені 52 особам і 81 особа визнана інвалідами:

I групи – 5 осіб, у т.ч. ІА групи – 3, ІБ групи – 2; II групи – 16 осіб; III групи – 60 осіб.

Причинами інвалідності стали: 18 – травматичне ураження головного мозку; 2 – травматичне ураження верхніх кінцівок; 10 – травматичне ураження нижніх кінцівок; 4 – політравми; 1 – післятравматичні ураження шкіри; 2 – судинні ускладнення травм кінцівок;

44 – інші причини (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, посттромбофлебітичний синдром, Хорея Гентингтона, наслідки інсульту, деформуючий артроз, радикулопатія, бронхіальна астма та ін.).

Для всіх 81 осіб з інвалідністю розроблена та складена індивідуальна програма реабілітації.

Усього з початку проведення антитерористичної операції 135 учасників АТО визнані інвалідами, в тому числі I групи – 11 осіб, II групи – 29 осіб, III групи – 95 осіб.

За ініціативи Харківської обласної громадської організації “Спілка ветеранів АТО” 24 листопада 2016 року на базі КЗОЗ “Обласний госпіталь ветеранів війни” проведено спільну нараду за участі представників Управління охорони здоров’я Харківської обласної державної адміністрації та громадської організації “Спілка ветеранів АТО” щодо проведення обстеження учасників АТО на вірусні гепатити та їх лікування. За результатами цієї наради визначено план заходів по запровадженню програми з обстеження учасників АТО на вірусні гепатити. На початковому етапі лікарями первинної ланки проводиться біохімічний скринінг та УЗ-дослідження учасникам АТО. Станом на 01 січня 2017 року проведено лабораторне та діагностичне обстеження: АЛТ – 859 особам; білірубін – 869 особам; УЗД печінки – 693 особам.

Наявність відхилення від норми виявлено: АЛТ – у 79 осіб (9,2%); Білірубін – у 61 особи (7%); УЗД печінки – у 138 осіб (19,9%).

За даними керівників закладів охорони здоров’я зареєстровано 8465 членів сімей демобілізованих, в тому числі батьків демобілізованих – 2728 осіб, дітей демобілізованих – 3044 особи, подружжя – 2222 особи, інших – 471 особа. У 2016 році медичний огляд проведено 5079 особам або 60% від тих, що зареєстровані. У 418 осіб або 8,2% було вперше виявлено захворювання. Ще у 2181 особи захворювання були виявлені у попередні роки.

На диспансерний облік взято 1961 особу, або 38,6%, 125 членів сімей демобілізованих мають групу інвалідності.

КЗОЗ “Обласний госпіталь ветеранів війни” визначений провідним закладом для надання стаціонарної медичної допомоги та психологічної реабілітації осіб вищезазначеного контингенту. Станом на 31.12.2016 р. в госпіталі проліковано 721 учасник АТО та 36 осіб ще проходять безоплатне лікування.

Для проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції на базі госпіталю за рішенням Управління охорони здоров’я Харківської обласної державної адміністрації залучаються лікарі-психотерапевти та психологи КЗОЗ “Обласний психоневрологічний диспансер”. Крім того, адміністрацією госпіталю укладено угоду з Харківською медичною академією післядипломної освіти щодо розміщення на базі госпіталю кафедри психотерапії. Щоденно працівники кафедри проводять сеанси психотерапії з учасниками АТО. З 2016 року в госпіталі укомплектовано 1,5 посади лікаря-психотерапевта двома фізичними особами, які проводять щоденний прийом хворих.

Амбулаторна психіатрична та психоневрологічна допомога і психологічна реабілітація надається мережею психоневрологічних диспансерів районів області, м. Харкова та відповідних кабінетів центральних районних лікарень. Лікарі-психотерапевти та психологи залучаються до роботи поліпрофесійних бригад, які проводять реабілітаційні заходи учасникам антитерористичної операції та членам їх сімей.

Для вирішення питань демобілізованих військовослужбовців та членів їх родин щодо надання їм психологічної реабілітації та медичної допомоги створено так звану “гарячу лінію” при Департаменті охорони здоров’я Харківської обласної державної адміністрації, КЗОЗ “Обласний психоневрологічний диспансер” та КЗОЗ “Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом”.

На виконання наказу Департаменту охорони здоров’я Харківської обласної державної адміністрації від 09.03.2016 р. № 110 “Про виїзди поліпрофесійних бригад фахівців” з 15.03.2016 р. по 29.03.2016 р., з 18.04.2016 р. по 27.04.2016 р. та з 18.05.2016 р. по 30.05.2016 р. були проведені виїзди поліпрофесійних бригад у 28 районів області. До складу зазначених бригад входили лікарі-науковці та практики, зокрема: психолог Інституту неврології, психіатрії і наркології НАМН України, терапевт Інституту терапії ім. Л.Т.Малої НАМН України, психотерапевт, ортопед-травматолог, невропатолог Харківської медичної академії післядипломної освіти, хірург та уролог Харківського національного медичного університету, лікар з фізичної реабілітації КЗОЗ “Харківський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер”.

Під час огляду фахівцями надавалась лікувально-консультативна допомога демобілізованим, визначалась індивідуально для кожного потреба в амбулаторному та стаціонарному лікуванні, у тому числі в закладах охорони здоров’я третинного рівня надання медичної допомоги.

Усього за всі періоди з’явилися для оглядів та виявили бажання їх пройти у відповідних фахівців 460 учасників АТО, у тому числі у: психотерапевтів – 417 осіб або 90,7%, психологів – 417 осіб (90,7%), терапевтів – 416 осіб (90,4%), невропатологів – 420 осіб (91,3%), ортопедів-травматологів – 278 осіб (60,4%), хірургів – 423 особи (91,9%), урологів – 251 особа (54,6%), лікарів з фізичної реабілітації – 194 особи (42,2%).

За підсумками оглядів фахівцями бригад встановлена потреба в амбулаторному лікуванні у 417 осіб, або 90,7% від оглянутих, у стаціонарному лікуванні – у 79 осіб (17,2%), у проведенні психологічної реабілітації – у 307 осіб (66,7%), у проведенні фізичної реабілітації – у 183 осіб (39,8%), підлягало направленню для лікування в заклади охорони здоров’я третинного рівня надання медичної допомоги та НДІ НАМН України – 130 осіб (28,3%).

24 березня 2016 року на засіданні колегії Харківської обласної державної адміністрації розглядалося питання “Про стан надання медичної допомоги учасникам антитерористичної операції”. За поданням Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни було вивчено досвід Кіровоградської області з питань проведення реабілітації учасників АТО на міжвідомчій основі.

Рішенням цієї колегії зобов’язано голів районних державних адміністрацій районів області:

створити міжвідомчі робочі групи для вирішення питань щодо реабілітації учасників антитерористичної операції та членів їх сімей;

розглянути питання про організацію медичного забезпечення та реабілітації демобілізованих військовослужбовців і членів їх сімей на колегіях районних державних адміністрацій;

забезпечити виконання постанови Кабінету Міністрів України від 27.01.2016 р. № 34 “Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в закладах охорони здоров’я для ветеранів війни”;

організувати проведення засідань у формі “круглих столів” для обговорення стану та напрямків медико-соціальної допомоги учасникам антитерористичної операції із залученням представників громадських організацій, що опікуються проблемами зазначеної категорії громадян.

З квітня поточного року для надання психологічної реабілітації учасникам антитерористичної реабілітації, які перебувають на стаціонарному лікуванні в КЗОЗ “Обласний госпіталь ветеранів війни”, до штатного розкладу закладу введено 2 посади практичних психологів, а також організовано прийом за графіком психологів – співробітників Харківського національного медичного університету та Харківської медичної академії післядипломної освіти.

У квітні 2016 р. в КЗОЗ “Обласний госпіталь ветеранів війни” відкрито спеціалізоване відділення реабілітації хворих ортопедо-травматологічного та неврологічного профілів, в умовах якого проходять реабілітацію також учасники антитерористичної операції. Для роботи цього відділення додатково введено 8,5 посад фахівців. На цей час в госпіталі працевлаштовано 5 випускників Харківської академії фізичної культури, в тому числі 3 інструктора з лікувальної фізкультури та 2 масажиста.

У квітні 2016 року адміністрацією КЗОЗ “Обласний госпіталь ветеранів війни” укладено угоду з Харківською національною академією фізичної культури щодо проходження на базі госпіталю практики студентами факультету фізичної реабілітації.

Управлінням охорони здоров’я Харківської обласної державної адміністрації розроблена та надіслана в заклади охорони здоров’я області для використання в практичній діяльності “Дорожня карта медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації військовослужбовців після демобілізації в Харківській області”.

Психологічна реабілітація військовослужбовців, які демобілізовані із районів проведення антитерористичної операції, проводиться мережею усіх закладів охорони здоров’я психоневрологічного профілю Харківської області, де створені та успішно працюють кабінети психологічної реабілітації. До роботи у цих кабінетах в районах області також залучені психологи закладів освіти та соціального захисту населення.

У районах області у квітні-травні 2016 року проведені засідання “круглих столів” для обговорення питань медико-психологічної допомоги учасникам антитерористичної операції із залученням активістів та членів районних ветеранських організацій учасників АТО.

На виконання положень Указу Президента України від 18 березня 2015 року № 150 “Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції”, з метою позачергового медичного забезпечення учасників антитерористичної операції Департаментом охорони здоров’я Харківської обласної державної адміністрації організовано та в період з 23 травня по 23 червня 2016 року для учасників АТО проведено місячник “Дні здоров’я”. Під час місячника додатковими медичними оглядами охоплено 3180 осіб (або 60%) від загальної кількості демобілізованих, в тому числі 1355 осіб (43,3%) в районах області та 1825 осіб (82,9%) у м. Харкові.

На базі КЗОЗ “Обласний госпіталь ветеранів війни” 16 червня та 25 жовтня 2016 року за сприяння та участі спеціалістів Харківського обласного Центру допомоги учасникам АТО

відбулись тренінгові заняття для заступників головних лікарів і головних медсестер закладів охорони здоров'я.

Фахівці, які безпосередньо задіяні у процесі роботи з учасниками АТО, взяли участь у нараді щодо психологічної реабілітації демобілізованих осіб (м. Кіровоград), а також пройшли навчання за курсом “Методи психологічної реабілітації осіб з посттравматичними стресовими розладами, методи тілесно орієнтованої терапії, Теорія ТТТ та TRE”. Навчання проводили тренери-мультиплікатори з Німеччини.

19 грудня 2016 р. проведено навчальний семінар для лікарів госпіталю “Методи тілесно орієнтованої терапії в реабілітації учасників АТО”, який проводив фахівець із Швейцарії Андреас Герольд за ініціативи та підтримки обласного Центру допомоги учасникам АТО.

є) Пріоритетні напрями відновлення, удосконалення та подальшого нарощування потенціалу готовності медичних структур області до виконання завдань за призначенням. Управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації розроблені відповідні організаційні заходи, що забезпечують постійну готовність підпорядкованих закладів до роботи в особливих умовах.

З метою оперативного вирішення питань щодо готовності медичних структур до виконання завдань за призначенням затверджено низку інструктивних документів, що визначають порядок взаємодії між Управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації та територіальними органами служб та установ, зокрема:

- Порядок взаємодії між медичною службою Головного управління ДСНС України у Харківській області та Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації під час проведення робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, у тому числі ситуацій, що виникли внаслідок терористичних актів або у разі введення особливого періоду;

- Інструкція щодо взаємодії Головного управління Національної поліції в Харківській області з Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації при виникненні (загрозі виникнення) надзвичайних ситуацій (терористичних актів) та резонансних подій, які у певних випадках можуть набути ознак надзвичайної ситуації, щодо сумісних дій під час забезпечення запланованих або несанкціонованих масових заходів на території Харківської області, а також щодо захисту медичних працівників, які виконують свої професійні обов'язки, від злочинних дій;

- Порядок взаємодії між Управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації та Департаментом охорони здоров'я Харківської міської ради при виникненні надзвичайних ситуацій;

- Порядок взаємодії між медико-санітарною частиною Національного університету цивільного захисту України та Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації під час виконання завдань за призначенням, у тому числі ситуацій, що виникли внаслідок терористичних актів або у разі введення особливого періоду.

У разі виникнення надзвичайної ситуації техногенного або природного характеру у дію вводиться “План створення (перепрофілювання) ліжкового фонду у складі обласної служби медицини катастроф на випадок виникнення надзвичайної ситуації техногенного або природного характеру”, яким передбачено розгортання 4514 ліжок на базі 45 закладів охорони здоров'я.

В особливий період на виконання вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 лютого 2015 року № 75 “Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального і воєнного характеру”, з метою організації належної роботи закладів охорони здоров'я проводяться заходи відповідно до вимог наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації від 24.02.2015 р. № 114 “Про функціонування закладів охорони здоров'я в особливий період”, зі створенням у разі необхідності резерву профільних ліжок (не менше 30%) для надання невідкладної медичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайної ситуації соціального і воєнного характеру.

В області створені місцеві резерви лікарських засобів, виробів медичного призначення на випадок виникнення надзвичайних ситуацій в 16 закладах охорони здоров'я, що відносяться до Департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради та в 23 закладах охорони здоров'я, підпорядкованих Управлінню охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації на загальну суму 556193 грн (78 найменувань) – 133% від потреби та регіональний резерв на суму 364099 грн (108 найменувань) – 70% від потреби.

Висновки щодо стану охорони здоров'я цивільного населення в районах проведення АТО та поближених до них:

Медичне забезпечення населення в районах проведення АТО та поближених до них здійснюється органами управління та закладами охорони здоров'я обласних рад та облдержадміністрацій з урахуванням загальних особливостей, що впливають на планування, організацію та проведення заходів щодо надання медичної допомоги, лікування та проведення оздоровчо-реабілітаційних заходів, а саме:

1. На цих територіях цивільні заклади охорони здоров'я залучаються для надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань.

2. Заклади охорони здоров'я залучаються для медичного забезпечення великої кількості переміщених осіб.

3. Велика кількість демобілізованих військовослужбовців із числа мешканців цих областей потребує проведення додаткових лікувально-діагностичних та експертних заходів а також медичної, психологічної та медико-соціальної реабілітації.

З урахуванням зазначених особливостей охорона здоров'я населення в цих областях потребує додаткового нормативно-правового врегулювання та фінансової підтримки з боку держави.

Як приклад, успішного виконання завдань медико – соціального спрямування в ході реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я в умовах військової агресії на Сході України, є діяльність системи охорони здоров'я в Харківській області. Набутий досвід і здобутки в цьому напрямку потребують впровадження в інших регіонах України.

7. ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗВИТКУ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Зовнішньополітичний курс України, заявлений керівництвом держави на найближчі десятиліття, припускає її рух і наступну поступову інтеграцію у європейські структури. Таке завдання ставить перед фахівцями всіх напрямків, у тому числі працівниками охорони здоров'я, високу планку цілей і пріоритетів. Щоб бути повноправним учасником Європейського співтовариства, необхідно відповідати тим стандартам і вимогам, які вже існують, а також запланованим до впровадження найближчими роками у провідних країнах континенту. Основна тенденція у розробці та впровадженні принципів електронної охорони здоров'я (e-health) у світі полягає в проектуванні не лише окремих інформаційних систем для ЗОЗ, але й у створенні інтегрованих інформаційних систем охорони здоров'я цілих регіонів із тенденцією до їх інтеграції у єдиний інформаційний медичний простір держави. В Україні поступово впроваджуються принципи e-health. На сучасному етапі регіональний розвиток інформатизації охорони здоров'я відбувається вкрай нерівномірно, проте помітна тенденція до розширення сфери застосування інформаційних технологій як для надання медичної допомоги, так і для забезпечення діяльності керівників охорони здоров'я різних рівнів.

Сьогодні усі заклади системи охорони здоров'я *Дніпропетровської області* усіх рівнів медичної допомоги – від первинного до третинного – мають зв'язок з відповідними рівнями управління за допомогою електронної пошти.

Телемедичні консультаційні кабінети існують на третинному рівні медичного обслуговування 4 закладів, на вторинному рівні – 26 закладів, на первинному – 9 закладів. Тринадцять закладів підключені до телемедичного порталу України, у т.ч. 5 – третинного рівня, 6 – вторинного рівня, 1 – первинного рівня та Державна медична академія.

Для проведення телемедичних консультацій заклади використовують персональні комп'ютери, оснащені Web-камерами та програмою Skype. У восьми ЛПЗ встановлена система відеоконференцій Polycom або Trueconf. 5 закладів оснащені телеметричним кардіологічним комплексом TREDEX або UNET.

Телемедичні кабінети мають можливість за допомогою передачі текстових файлів, що містять дані про пацієнта і фотографії функціональних, лабораторних і рентгенівських досліджень та відеозв'язку, надавати телемедичні консультації пацієнтам.

В області формується структура телемедицини – це районні вузли та кінцеві користувачі, які з'єднані з телемедичними цетрами обласних лікувальних закладів.

Функціонує чотири обласні телемедичні центри, які мають спеціальне медичне обладнання.

Згідно з пілотним проектом обласної Ради «На шляху до Європейських стандартів медичних послуг» на розвиток телемедичних консультацій ОКЛ імені І.І. Мечникова було передано телекомунікаційне обладнання на суму 91,5 тис. грн (5 комутаторів НР 1920–24G з трансвером).

Телекомунікаційне обладнання було впроваджено в сегмент локальної комп'ютерної мережі обласної консультативної поліклініки, на базі якої функціонує кабінет телемедичного консультування.

Впроваджене телекомунікаційне обладнання дозволило підвищити швидкість доступу до мережі Інтернет та технічно покращити якість надання медичних телеконсультацій. Окрім

того, значно покращився телекомунікаційний зв'язок з Порталом телемедицини ДУ «Державний центр телемедицини МОЗ України».

У 2016 р. кабінетом телемедичного консультування ОКЛ імені І.І. Мечникова проконсультовано 101 хворого – 178 телеконсультацій та 39 телеконсультацій-тестів на Порталі телемедицини ДУ «Державний центр телемедицини МОЗ України».

Розподіл медичних телеконсультацій за роками наведений на рис. 7.1.

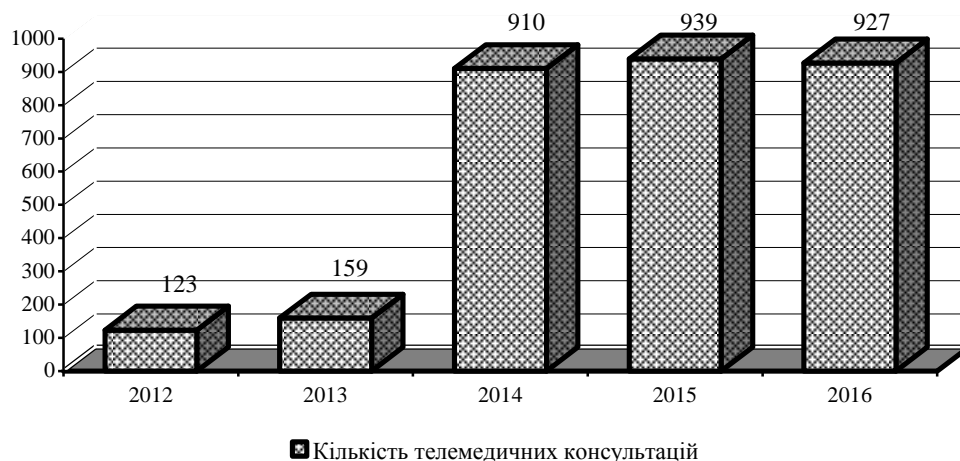


Рис. 7.1. Розподіл телемедичних консультацій, проведених в Обласній клінічній лікарні ім. І.І. Мечникова м. Дніпро, за роками

За профілями спеціалізації у процесі надання телемедичних консультацій більш затребуваними були спеціалісти з пульмонології, кардіології, судинної хірургії, гастроентерології, гематології, урології, невропатології, нейрохірургії, онкології, ревматології. Також проводилися телеконсультації з хірургії, нефрології, оториноларингології і травматології.

Проконсультовано багато рентгенограм, сонограм, КТ і МРТ-знімків, ЕКГ-плівок, наданих ЗОЗ. Були проведені телемедконсультації з обласним гематологічним центром і обласним торакальним центром.

У *Дніпропетровському* обласному клінічному центрі кардіології та кардіохірургії для надання консультативної допомоги з кардіології впроваджений Реєстр «Вроджені вади серця», з яким працюють дитячі лікарі області. Розроблено спеціалізоване програмне забезпечення для надання дистанційної консультації лікарям, за допомогою якого будь-який лікар може отримати кваліфіковану дистанційну консультацію:

- обласний реєстр «Інфаркти»;
- «Єдиний реєстр даних хворих на гіпертонічну хворобу у Дніпропетровській області»;
- системи дистанційного консультування мешканців області та лікарів в офф-лайн-режимі з використанням Skype.

У 2016 р. фахівцями закладу охорони здоров'я було надано 58 телемедичних консультацій, переважно це була співпраця з лікувальними закладами м. Дніпро, Павлоградською міською клінічною лікарнею №4, Дніпровською центральною районною лікарнею.

У Дніпропетровській обласній дитячій клінічній лікарні впроваджено з травня 2016 р. відкритий кабінет телемедицини, оснащений спеціалізованим автоматичним робочим місцем та засобами телеметрії. Кабінет забезпечений виділеним Інтернет-каналом 100 МБіт/с.

За період роботи кабінету здійснено 53 телемедичні консультації, з них 21 – ургентна, решта – планові. Здійснювався зв'язок з такими містами Дніпропетровської області, як Кривий Ріг, Кам'янське, Новомосковськ. Двічі консультувалися з опіковим центром м. Києва.

Проводиться спостереження за важкохворими дітьми області шляхом I етапу телекомунікаційного зв'язку (по мобільному телефону). У 2016 р. з усіх міст та районів області проконсультовано 660 дітей проти 647 в 2015 р., госпіталізовано до дитячих лікарень м. Дніпра – 600 дітей (90,9% від проконсультованих), з них до КЗ «ДОДКЛ» ДОР» 85,8% (15,3% до відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії).

Впроваджено в практику дистанцій інтенсивний нагляд за важко хворими дітьми області, що дозволило забезпечити цілодобове консультування з метою оцінки важкості стану дитини, корекції терапії та відбору пацієнтів, які потребують переведення до обласного дитячого центру реанімації.

У Дніпропетровському обласному перинатальному центрі зі стаціонаром з квітня 2016 р., в рамках реалізації проекту голови обласної ради «На шляху до європейських стандартів медичних послуг», в КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром «ДОР» працює кабінет телемедицини.

Протягом 2013–2015 рр. у Дніпропетровській області розроблялось технічне завдання та у 2016 р. відбулися торги на створення продукту «Спеціалізоване медичне програмне забезпечення для амбулаторій загальної практики сімейної медицини», метою впровадження якого є комп'ютеризація лікувально-діагностичного процесу в закладі охорони здоров'я загальної практики – сімейної медицини. Спеціалізоване медичне програмне забезпечення розглядається як інформаційно-технологічна платформа з різними сервісами, пов'язаними як з безпосереднім наданням медичних послуг (включаючи системи комплексної автоматизації діяльності медичних закладів, телемедицину, електронну охорону здоров'я (e-Health), мобільний доступ до даних про пацієнта тощо), аналітичними та статистичними задачами в галузі медицини, комунікації із ЗОЗ, так і з задачами контролю за якістю, обґрунтованістю надання медичних послуг, призначення медикаментів.

Протягом 2015–2016 рр. в Дніпропетровській області створена функціонально єдина регіональна оперативно-диспетчерська служба, яка складається з двох рівнозначних центрів, що приймають виклики, – у м. Дніпро (ЦМП № 1) та м. Кривий Ріг (ЦМП № 2). У разі аварійного виходу із ладу одного з них інший у змозі забезпечити прийняття навантаження усієї області. Це високотехнологічний об'єкт з використанням новітніх технологій та прийомів обробки та зберігання даних. Центральна оперативна диспетчерська Центру приймає виклики екстреної медичної допомоги за єдиним телефонним номером «103», які надходять від будь-якого оператора зв'язку з території всієї Дніпропетровської області.

Єдина оперативно-диспетчерська служба значно прискорила час обробки виклику, час формування заявки Ф-109/о та час передачі заявок бригадам ЕМД, забезпечила 100% контроль виконання нормативів прибуття, дозволила швидко знаходити найближчу вільну бригаду та направляти її до пацієнта. Створено реальний єдиний медичний простір з повноцінною реалізацією принципу екстериторіальності у наданні екстреної медичної

допомоги, існує можливість оперативного спрямування необхідної кількості бригад та інших матеріальних ресурсів у разі виникнення кризової ситуації та оптимізовано процес управління ресурсами служби екстреної медичної допомоги.

Протягом 2013–2016 рр. фахівці області брали участь у проекті Світового банку «Поліпшення здоров'я на службі людей», яким передбачено створення автоматизованих робочих місць лікарів та реєстраторів ЦПМСД та об'єднання їх у єдиний data-центр області, побудова інформаційної системи взаємодії між ЗОЗ на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги. Основою такою системи є інформаційний об'єкт – «Електронна медична картка», яка реєструється на первинному рівні в амбулаторіях, і у якій накопичується дані щодо захворюваності та послуг, наданих пацієнту на різних рівнях.

Для поглиблення міжнародного співробітництва фахівці ЗОЗ обласного рівня у 2016 р. чотири рази брали участь у міжнародних конференціях з питань сучасних інформаційних технологій.

У Житомирському обласному медичному КДЦ проведена повна автоматизація всіх робочих місць: з автоматизованої реєстратури до робочого місця лікаря та адміністратора. Тут нараховується близько 150 персональних комп'ютерів, проводиться автоматизована аналітична обробка всієї інформації: статистична звітність, фінансово-економічна діяльність, документообіг тощо. Створена і постійно поповнюється локальна електронна бібліотека. Крім того, в автоматизованому режимі ведеться моніторинг за хворими із встановленими штучними водіями ритму, за прооперованими хворими з приводу захворювань щитоподібної залози, за хворими із судомними станами, з патологією шийки матки, з ожирінням тощо. Накопичена база даних про стан здоров'я понад 500 тис. пацієнтів. ДЦ підключено до мережі Інтернет з цілодобовим доступом та оформлено веб-сторінку (www.omdc.zhitomir.ua).

У 2012 р. лікарями кардіо-диспансерного відділення КУОМКДЦ проведено 7 телеконсультацій: 6 – Малинська ЦРЛ, 1 – Бердичівська ЦМЛ. У Малинському міськрайТМО проведена одна телеконсультація з центром хірургії серця. Проведено три телеконференції для фельдшерів ФАП та ФП Малинського району з питань профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань фахівцями обласного медичного КДЦ. У 2016 р. лікарями кардіо-диспансерного відділення обласного медичного консультативно-діагностичного центру проведено 7 телеконсультацій хворих: 3 – з Малинського міськрайТМО, 2 – з Малинського міськрайЦПМСД та 2 – з ЦМЛ м. Бердичева.

Із січня 2012 р. лікарями клініко-діагностичної лабораторії впроваджено веб-консультування цитологічних препаратів пунктатів щитовидної залози та інших поверхнево розташованих органів із лікарями-цитологами Інституту ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка АМН України.

У 2016 р. клініко-діагностичній лабораторії продовжують проводити телеконсультації препаратів пунктату щитовидної залози та інших поверхнево розташованих органів із лікарями-цитологами Інституту ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка Академії медичних наук України. За рік проведено 8 консультацій пунктату щитовидної залози.

У 2016 р. лікарями ОКЛ за допомогою системи відеоконференцзв'язку проведено 4 консультації хворих з фахівцями Національного інституту серця.

На базі поліклініки № 2 КУ ЦМЛ №1 м. Житомира з грудня 2014 р. запроваджено інформаційну систему «Поліклініка», кінцева мета якої – створення електронної медичної карти та уникнення черг під кабінетами лікарів. Автоматизовано програму «Сімейний лікар». Автоматизовано: реєстратуру, інформацію про персонал медичного закладу, інформацію про пацієнта, веб-доступ до електронної черги пацієнтів до лікарів медичного закладу. Програма передбачає можливість реєстрації та запису на прийом до лікаря на Інтернет-сайті поліклініки Clinica2.munis.com.ua.

«Електронна медична карта пацієнта» – це основний компонент інформаційної системи «Поліклініка», де зберігається вся інформація про пацієнта – реєстраційні дані, антропометричні виміри, лабораторні та інструментальні обстеження, результати огляду лікаря. Правильність і повнота введення інформації контролюється автоматично під час формування медичного документу. Спеціально створена програма є зручною як для пацієнтів, так і для самих медичних працівників, адже суттєво спрощує процедуру – від запису до лікаря до відстеження історії хвороби та роботи медпрацівників.

У 2016 р. в обласному медичному КДЦ продовжувалась робота з розвитку телемедичних технологій. Протягом року кардіологами, невропатологом та ендокринологом проведено 12 телеконсультацій хворих з КЗ «Малинський міськрайонний центр первинної медико-санітарної допомоги».

Упродовж 2016 р. проводились роботи з уведення в дію сучасної системи електронної реєстрації поліклініки № 2 КУ «Центральна міська лікарня №1 м. Житомира». Медична електронна система дозволить пацієнту мати доступ до своєї медичної карти в медустановах міста. Мета програми – створення єдиного медичного простору, автоматизація всіх ключових позицій роботи медичного закладу: реєстратури, лікарів, лабораторії, діагностики, звітів, управління тощо. Програма «Поліклініка» розділена на III етапи, під час яких автоматизовано реєстратуру, внесено інформацію про персонал медичного закладу, первинну інформацію про пацієнтів, веб-доступ до електронної черги пацієнтів, створено можливість запису на прийом до лікаря через Інтернет. У липні 2016 р. закуплено 37 комп'ютерів та сервер. Упродовж вересня змонтовано комп'ютерну локальну мережу, у листопаді 2016 р. підписано договір на постачання та впровадження програмного забезпечення «Доктор Елекс» у кількості 17 примірників (робочих місць), що встановлені в реєстратурі, лабораторії, рентгенологічному відділенні та кабінетах сімейних лікарів поліклініки № 2. На заміну старої комп'ютерної техніки (2000 і 2001 рр. випуску), придбання серверу, а також на створення сучасної комп'ютерної локальної мережі в 2016 р. із міського бюджету було виділено кошти на загальну суму 677,52 тис. гривень. У 2017 р. на впровадження програми планується витратити 2,5 млн гривень.

У м. Новоград-Волинському запроваджено сервіс «Електронна реєстратура». Мешканці міста, маючи доступ до мережі Інтернет, зможуть самостійно у будь-який зручний час записатись онлайн на прийом до сімейного лікаря, а також отримати на свій мобільний телефон смс-підтвердження – «електронний талон», або ж пацієнт може отримати електронного листа на свою електронну пошту. Поряд з цим залишається можливість класичного запису на прийом через реєстратуру з отриманням талону на руки. Загалом «Електронна реєстратура» забезпечить: зменшення часу перебування у чергах до реєстратури та належну сучасну організацію часу на амбулаторне обслуговування для пацієнтів, якісне сучасне планування діяльності лікарем та зменшення неорганізованих черг

біля кабінетів прийому, постійний моніторинг адміністрацією закладу якості обслуговування працівниками реєстратури телефонних звернень відвідувачів та їх обслуговування, а також організації прийому лікарями закладу.

З 2006 р. обласний медичний КДЦ брав участь у міжнародному проєкті «Сітка лікарів», започаткованому 11 Конгресом Світової федерації Українських лікарських товариств (СФУЛТ).

На базі центру у 2012 р. було проведено 5 телеконференцій за участю лікарів США, Фінляндії, Чехії, країн ближнього зарубіжжя та України. У 2013–2016 рр. такі заходи не проводились.

З 2009 р. медичні заклади області включені до єдиної системи обміну медичними даними – мережі Content.net.

Обласний міжрайонний діагностичний центр м. Коростеня щорічно проводить спільні наукові дослідження з науковцями Університету Нагасакі (Японія). У 2016 р. продовжувалась плідна співпраця з Університетом Нагасакі (Японія), в рамках якої започаткований проєкт про вивчення впливу малих доз радіації на захворюваність органів шлунково-кишкового тракту. Погоджено підписання Договору про співробітництво між Університетом Нагасакі та ОМДЦ у м. Коростені.

Національні реєстри, які функціонують у Житомирській області:

– з 1987 р. – Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС;

– з 1992 р. – Національний Канцер-реєстр;

– з 2012 р. – Всеукраїнський Національний реєстр хворих на туберкульоз.

У 2012 р. обласними позаштатними спеціалістами дитячої клінічної лікарні створений електронний реєстр хворих, які потребують забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення, відповідно до Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року».

У 2015–2016 рр. область працювала в тестовому режимі «онлайн» при апробації Національного реєстру хворих на цукровий діабет.

За інформацією КУ «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» *Запорізької* обласної ради в 303 Запорізькій області є 3153 комп'ютери. На заходи щодо інформатизації у 2016 р. було витрачено 3427,784 тис. грн з місцевих бюджетів та 1996,322 тис. грн з інших джерел. Повністю комп'ютеризована фінансово-економічна служба.

Впровадження програми «Медстат» у всіх 303 дозволило автоматизувати підготовку, здачу та приймання статистичних звітів. Третина 303 області використовують програми «Поліклініка» і «Стаціонар» для автоматизації обліку захворюваності. Так, в КУ «Веселівська центральна районна лікарня» з 2008 р. працює інформаційна медична програма «МедІС». Ця програма включає електронний реєстр пацієнтів району, модуль «Стаціонар» (електронні медичні карти стаціонарного хворого), модуль «Поліклініка» (електронні медичні карти амбулаторного хворого), модуль «Рентген» (електронна база даних рентгенівських та флюорографічних знімків), модуль «Лабораторія» (база даних лабораторних обстежень). Усі додаткові обстеження, включаючи аналізи, автоматично вносяться та накопичуються в медичних картах стаціонарного хворого та медичних картах

амбулаторного хворого. Програма дозволяє надавати виписки з вищезазначених медичних документів через електронні носії. Для функціонування цієї системи в лікарні створено локальну комп'ютерну мережу, яка нараховує близько 40 комп'ютерів. У межах програми у кожного користувача є індивідуальні права для роботи з певними документами.

Велика робота проведена Департаментом охорони здоров'я ОДА та КУ «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Запорізької обласної ради з впровадження Реєстру медичних і фармацевтичних працівників системи МОЗ України. Це дозволило створити актуальний обласний реєстр усіх працівників охорони здоров'я, що сприяло покращенню кадрової роботи в ЗОЗ області.

У рамках спільного зі Світовим банком проекту МОЗ України «Покращення охорони здоров'я на службі у людей» з метою впровадження діагностично-споріднених груп в пілотних ЗОЗ області впроваджується програма «М. Е. Дос».

Проблемним залишається використання інформаційних технологій у лікувальній роботі. Так, у ЦПМСД області лікарями первинної ланки використовується 293 комп'ютери. Ведення медичних записів на паперових носіях, відсутність електронної бази даних стосовно здоров'я прикріплених пацієнтів обмежує можливості інтеграції діяльності центрів і програм суспільного здоров'я. Система збору статистичної інформації з використанням медичних записів на паперових носіях є застарілою, має багато недоліків і не відображає реальної картини. Відсутні електронні реєстри пацієнтів та немає можливості проводити моніторинг поведінкових і метаболічних факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Не всі лікарі ЦПМСД можуть використовувати сучасні системи самонавчання через Інтернет, мають доступ до довідкової інформації й зручних засобів комунікації з колегами. Застосування принципів доказової медицини без доступу до відповідних баз даних залишається декларативним.

У рамках субпроєкту Запорізької області «Вдосконалення медичної допомоги хворим з хворобами системи кровообігу у Запорізькій області на 2015–2017 роки» у проєкті Світового Банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» передбачається:

- пілотування 3 центрів ПМСД (комп'ютеризація робочих місць лікарів);
- створення електронного реєстру пацієнтів;
- впровадження ведення електронних медичних записів;
- удосконалення системи збору статистичних даних.

Впровадження електронного реєстру пацієнтів і ведення електронних медичних записів дозволить створити електронні бази даних щодо здоров'я пацієнтів з можливістю їх агрегації стосовно цілої громади, одержати більш достовірну порівняно з паперовими носіями статистичну інформацію. Це дозволить більш зважено підходити до планування обмежених ресурсів і подальшого контролю за їх використанням.

На цей час в області ведуться регіональні та державні реєстри:

1. Державний реєстр хворих на цукровий діабет.
2. Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи Міністерства охорони здоров'я України.
3. Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.
4. Національний канцер-реєстр.
5. Реєстр хворих на туберкульоз.

6. Звітність про кількість хворих, які перебувають на обліку, з хронічною хворобою нирок, трансплантованою ниркою або з гострим ушкодженням нирок.

7. Реєстр дітей, хворих на гіпофізарний нанізм.

8. Реєстр дітей, хворих на дитячий церебральний параліч.

9. Реєстр дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит.

Крім того, у 2016 р. в області запроваджено регіональний реєстр донорів крові та її компонентів, та осіб, яким відмовлено у донорстві і яким заборонено виконувати донорські функції.

40 закладів охорони здоров'я області підключені до телемедичної мережі.

З метою створення єдиного електронного медичного простору в ЗОЗ м. Мелітополя та запровадження ведення електронної картки пацієнта протягом 2012 р. відділом охорони здоров'я Мелітопольської міськради було укладено договір з розробником щодо розробки та впровадження єдиної програми для ЗОЗ міста – програмного комплексу «Персоніфікований облік медичної допомоги».

Робота з інформатизації ЗОЗ первинної ланки була розпочата також в 2012 р. шляхом пілотування розробленої частки програмного комплексу «Персоніфікований облік медичної допомоги» на базі нині функціонуючого КУ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» ММР ЗО (далі – ЦПМСД № 2). На цей час ЦПМСД № 2 завершив формування електронного реєстру пацієнтів згідно з встановленим програмним комплексом. Кожна амбулаторія ЦПМСД № 2 має відповідну картотеку пацієнтів у вигляді електронної медичної картки, яка: містить паспортні дані, місце проживання, телефон пацієнта; професійні групи; передбачує соціальний статус; диспансерний нагляд; інвалідність.

Протягом 2012–2016 рр. у ЗОЗ м. Мелітополя поступово відбувався розвиток телемедицини:

– на базі КУ «Мелітопольська міська дитяча лікарня» ММР ЗО проводяться дистанційні курси тематичного удосконалення, клінічні розбори кафедри лікувальної педіатрії ДЗ «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України, вебінари за участю міжнародних фахівців;

– на базі відокремленого структурного підрозділу КУ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» ММР ЗО амбулаторії загальної практики-сімейної медицини № 1 розгорнуто пункт телемедицини, за допомогою якого відбуваються дистанційні консультації пацієнтів з лікарем-кардіологом КУ «Мелітопольська міська лікарня № 2». Так, за 2012–2016 роки амбулаторією за допомогою телемедичних приладів було передано 71 результат ЕКГ та отримано консультації лікаря-кардіолога.

У КУ «Мелітопольський міський пологовий будинок» ММР ЗО також організовано надання телемедичних консультувань вагітним в обласному перинатальному центрі. За звітний період обласними спеціалістами надано більше 1200 медичних консультувань.

Таким чином, з розвитком телемедицини в ЗОЗ м. Мелітополя відбувається скорочення клінічного маршруту пацієнта.

З метою розвитку інформатизації охорони здоров'я та телемедицини КЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вільнянської районної ради отримано сучасне комп'ютерне та телекомунікаційне обладнання, у т.ч. для здійснення відеоконференцз'язку.

КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР налагодила систему відеоконференцій з травня 2015 р., наразі вона має дві системи для відеоконференції. З

початку свого функціонування з травня 2015 р. до грудня 2016 р. включно обидві системи провели 514 процедур відеозв'язку.

На базі торакального відділення КУ «Запорізький онкологічний клінічний диспансер» ЗОР кафедрою онкології ДЗ «Запорізький медичний державний університет МОЗ України» проводиться медична допомога хворим з використанням засобів дистанційного зв'язку, забезпечується надання пацієнтам якісної, своєчасної медичної допомоги із застосуванням телемедицини шляхом здійснення телемедичного консультування. Здійснюються заходи, спрямовані на обмін досвідом та підвищення кваліфікації лікарів з питань застосування телемедицини у практичній діяльності лікарів, шляхом проведення лекцій, семінарів, тренінгів, майстер-класів, конференцій, консультацій тощо. Телемедичний консилиум здійснюється за процедурою як телемедичне консультування, при цьому лікуючий лікар направляє запит одночасно двом і більше лікарям-консультантам. За необхідності, під час телемедичного консультування може забезпечуватись відео- та аудіозв'язок у режимі онлайн.

На базі КУ «Запорізький онкологічний клінічний диспансер» ЗОР створена єдина система галузевої статистичної звітності, яка надана регіонарним та лікарняним канцер-реєстрами. Через систему регіонального канцер-реєстру, здійснюється моніторинг рівня ураження злоякісними новоутвореннями населення області, стан організації медичної допомоги онкологічним хворим та інформаційно-аналітична підтримка з питань організації протиракової боротьби. Реєстрація онкологічних хворих ведеться за допомогою популяційного та лікарняного канцер-реєстрів, які дозволяють відстежувати усі показники діяльності онкологічної служби всієї області, а також діяльність стаціонару в повному обсязі та в автоматичному режимі друкувати виписки з історій хвороби для подальшого напрямку їх за місцем проживання хворого. Регіонарний канцер-реєстр входить до структури державного канцер-реєстру.

У режимі онлайн проводяться консультації з фахівцями ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» щодо складних випадків перебігу захворювань пацієнтів, призначення або заміни схеми АРТ у хворих в особливих випадках.

14 березня 2016 р. фахівці установи взяли участь у вебінарі «Мобільна робота з молоддю».

6 квітня 2016 р. взяли участь у телеконференції «Місце інгібіторів переносу ланцюга інтегразою в сучасних протоколах лікування ВІЛ».

Фахівці КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» ЗОР беруть участь в адмініструванні Національного порталу з ВІЛ/СНІД по Запорізькій області.

У державному закладі «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України активно працюють 3 центри телемедицини: 2 центри – на базі КУ «Запорізька міська багатопрофільна дитяча лікарня № 5» і навчально-наукового медичного центру; університетська клініка та один центр дистанційного навчання телемедицині в самому університеті.

Особливістю роботи центру дистанційного навчання телемедицині у 2015 р. стало проведення регулярних освітніх та наукових заходів на базі технологій відеоконференцій. До них можна віднести: семінари та лекції, що проводяться фахівцями Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України для лікарів за такими темами: «Берреліоз у дітей.

Особливості діагностики, клініки та лікування. Диспансерний нагляд», «Інноваційні процеси в медицині та медичній інформатиці», «Діагностика туберкульозу», «Вакцинація при алергодерматозах», «Діференційній діагноз atopічного дерматиту», «Тактика ведення пацієнтів з хронічними стероїдчутливими дерматозам» та інші.

Вищезазначені заходи включають телемедичні консультації, науково-практичні семінари, дискусії та обговорення. У семінарах беруть участь фахівці кафедр ДЗ «Запорізький державний медичний університет», МОЗ України та ЗОЗ м. Запоріжжя і Запорізької області.

Департамент охорони здоров'я Запорізької ОДА продовжує проводити роботу щодо впровадження наказу МОЗ України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я».

В Івано-Франківській області з 2010 р. (наказ ГУОЗ ОДА № 89 від 23.02.2010 року «Про невідкладні заходи щодо впровадження телемедичних технологій», наказ № 1 від 10.01.2012 року «Про подальше впровадження телемедицини в закладах області») була проведена робота щодо інформатизації та впровадження телемедичних технологій.

У 2016 р. видано наказ № 354 від 07.10.2016 року «Про подальше вдосконалення телемедицини в закладах області» на виконання наказу МОЗ України № 681 від 19.10.2015 року.

У 2016 р. робота продовжувалася на належному рівні в обласній дитячій лікарні, в якій встановлена Інтернет-мережа, підключено 98 комп'ютерів, налагоджено зв'язок з кафедрою інформатики КМАПО імені П.Л. Шупика та державним центром телемедицини МОЗ України.

Впродовж 2016 р.:

- проведено 15 відеолекцій провідними спеціалістами МОЗ України, в яких взяли участь 164 лікарі ОДКЛ;
- проведено 4 відеолекції спеціалістами кафедри педіатрії Івано-Франківського державного медичного університету для лікарів районних лікувально-профілактичних закладів області;
- проконсультовано 10 дітей з ендокринною патологією головним спеціалістом МОЗ України з дитячої ендокринології д.мед.н. професором Н.Б. Зелінською;
- проконсультовано в реальному часі 62 дитини з природженими вадами серця спеціалістами науково-практичного медичного центру кардіології та кардіохірургії МОЗ України.

У 2016 р. обладнано і запрацював кабінет телемедицини в обласному онкодиспансері. Налагоджена робота телемедичного центру центральної клінічної міської лікарні м. Івано-Франківська, зокрема консультування вдома в режимі on-lain спеціалістів рентгенології та комп'ютерної томографії.

Проводяться консультації з клініками Польщі та Відня, з якими налагоджена співпраця.

В обласній клінічній лікарні на даний час забезпечений надійний зв'язок під час консилярних обходів у хірургічних відділеннях з подальшою трансляцією на переривистих курсах та лікарських конференціях. Установлений відеозв'язок з операційних хірургічного та травматологічного відділень у режимі on-lain з можливістю трансляції як по локальній

мережі, так і в Інтернеті, що дало можливість профільним кафедрам забезпечити навчальний процес.

Обласний перинатальний центр співпрацює з пологовими відділеннями районів та міст області. За 2016 р. проведено 17 консультувань з районів відповідно до запитів.

Усього за період 2012–2016 рр. проведено 443 телемедичні консультації.

На рівні області працюють наступні інформаційні системи та бази даних:

- програма «Медичні кадри»;
- реєстр лікарняних листків непрацездатності;
- національний реєстр України (Чорнобиль);
- реєстр онкологічних хворих;
- програма «Скринінг патології шийки матки»;
- реєстр хворих на цукровий діабет, які отримують інсуліни;
- національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок та пацієнтів з гострим пошкодженням нирок «NKCDL»;
- реєстр хворих на туберкульоз «Manager»;
- ППС «Укрмедсофт: Стаціонар»;
- ППС «Укрмедсофт: Поліклініка».

З 2005 р. в *Кіровоградській області* використовується медична діагностична система «Тредекс»: на базі КЗ «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» в експлуатації з 2005 р., на базі Знам'янської ЦРЛ – в експлуатації з 2006 року. З жовтня 2012 р. телекомунікаційна система діє в усіх ЛПЗ області.

За рахунок субвенції з державного бюджету закуплено обладнання на загальну суму 1393,1 тис. грн: придбано комплекс медичний, діагностичний телеметричний, транстелефонний „Тредекс» – у складі 13 приймальних станцій і 89 ЕКГ-передавачів. Інсталяція комплексів з приймальними станціями проведена в кінці жовтня 2012 р. у КЗ „Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер», КЗ „КМЛШМД», МК ЛПЗ – МЛ №1 м. Олександрії і 10 ЦРЛ. Безпосередньо в обласний кардіологічний диспансер передають електрокардіограми 11 ЦРЛ.

ЕКГ-передавачами оснащені бригади ШМД м. Кіровограда, м. Олександрії, м. Знам'янки, м. Світловодська та усі ЦРЛ. Проводиться організаційна робота по ефективному використанню цієї системи.

Транстелефонна передача ЕКГ та консультації з ЛПЗ області в КЗ „Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» – за період 2012–2016 рр. передано і проконсультовано 22536 ЕКГ, у тому числі: у 2012 р. – 2471; у 2013 р. – 4764; у 2014 р. – 4934; у 2015 р. – 5097; у 2016 р. – 5270 ЕКГ.

На виконання наказу МОЗ України від 19.10.2015 р. № 681 „Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» на базі КЗ „Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» 4 січня 2016 р. створений кабінет телемедицини з метою забезпечення надання якісної, своєчасної консультативної медичної допомоги кардіологічним пацієнтам із застосуванням телемедицини, коли відстань є критичним чинником для її надання. Ведеться цілодобовий прийом ЕКГ по системі „Тредекс» лікарями-кардіологами, що надає змогу більш якісно надавати консультативну допомогу кардіологічним хворим.

У КЗ „Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер налагоджена система online з НДІ серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова для консультацій хворих із серцево-судинними захворюваннями.

У КЗ «Кіровоградська обласна лікарня» встановлено обладнання, яке використовується для телемедицини: відеотермінал QDX 6000 1 шт. інсталяційний сервіс для QDX 6000 Series 1 шт.; маршрутизатор Cisco CISCO1921-SEC/K9 1 шт.; мобільна стійка для ТВ-панелі 1 шт.

Для надання телемедичної допомоги область співпрацює з Інститутом педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України. Кількість отриманих телемедичних консультацій у 2012 р. – 3, у 2013 р. – 14, у 2014 р. – 25, у 2015 р. – 16. Протягом 2016 р. проконсультовано 22 вагітних та 39 новонароджених, проведено 29 телемостів з лікувально-профілактичними закладами області, під час яких проконсультовано 41 вагітну.

З метою конструктивної співпраці та налагодження системи оперативної координації діяльності щодо реалізації завдань та заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, на національному та регіональному рівнях запроваджено проведення щомісячних Skype-нарад, на яких розглядаються питання щодо стану реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу в регіонах; проводяться консилиуми в онлайн-режимі з розбору клінічно важких та мультирезистентних випадків туберкульозу на національному рівні.

В області створені і функціонують електронні бази даних:

- Облік медичних кадрів в області;
- Бухгалтерський облік;
- Національний реєстр осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС;
- Державний реєстр хворих на цукровий діабет «СиНаДіаб»;
- «Облік вагітних області»;
- Канцер-реєстр онкологічних хворих;
- Комп'ютерна цитологічна програма «Скринінг патології шийки матки»;
- Електронний реєстр хворих на туберкульоз;
- комп'ютерна програма «Медстат».

У Львівській області упродовж 2016 р. телемедичні послуги надавали наступні заклади охорони здоров'я:

- Львівський обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр;
- Львівська лікарня швидкої медичної допомоги;
- Львівська комунальна міська дитяча клінічна лікарня;
- Львівська комунальна 8 міська клінічна лікарня;
- Миколаївська центральна районна лікарня;
- Сколівська центральна районна лікарня;
- Старосамбірська центральна районна лікарня;
- Турківська центральна районна лікарня.

Усі вказані заклади мають відповідне комп'ютерне забезпечення та спеціальне медичне обладнання, що може бути використане для проведення чи отримання дистанційних консультацій. Ці заклади також мають доступ до мережі Інтернет.

Найактивнішим у наданні телемедичних консультацій у 2016 р. був обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр, яким надано 1752 такі консультації. Центр здійснював дистанційну передачу ЕКГ. В установі функціонує апарат Tredex-Телекард. Кількість наданих телекомунікаційних консультацій у 2012–2016рр. – 2251.

У лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова встановлено ПК-МОНОБЛОК HP 8200 – 4 шт., групова система SCOPIA XI 4200 – 2 шт., кількість наданих телемедичних консультацій за 2012–2016 рр. – 182.

У 8 МЛ м. Львова встановлено телемедичний комплекс на базі робочої станції Intel Core і 7, веб-камери D-LINK DCS-3112 зі статичною зовнішньою IP-адресою. За період 2012–2016 рр. проведено 24 телемедичні консультації.

У Миколаївській ЦРЛ у реанімаційному відділенні встановлено Telemed, через який консультує Львівська обласна лікарня швидкої допомоги. Щороку надається 2–3 телемедичні консультації.

У Сколівській ЦРЛ для надання телемедичних послуг використовується телемедичний термінал та локальний сервіс. За звітний період здійснено 18 телемедичних консультацій.

У Старосамбірській ЦРЛ встановлено комп'ютер, веб-камеру та факс. За 2012–2016 рр. надано 12 телемедичних послуг.

Турківською ЦРЛ отримано 20 телемедичних консультацій.

Усього за 2012–2016 рр. надано 2492 телемедичні консультації.

Усі обласні ЗОЗ, ЦРЛ та РЛ використовують такі інформаційні системи, як «Медичні кадри України», «Медстат» та «Укрвак». Кількість медичних послуг, наданих за допомогою ІКТ, зросла з 593 у 2015 р. до 1848 у 2016 р. Найбільший приріст відбувся за рахунок обласного державного кардіологічного центру, де за останніх три роки кількість наданих телемедичних консультацій зросла до 1752. Телемедичні послуги переважно включають у себе питання діагностики та лікування хворих.

Міською дитячою клінічною лікарнею м. Львова упродовж 2012–2016 рр. проводились відеотрансляції з клінікою Sick Kids м. Торонто (Канада) та Вроцлавською медичною академією (оперативні втручання та майстер-класи).

Державним онкологічним регіональним центром у грудні 2016 р. підписано угоду про співпрацю з лікарнею м. Замосць імені Івана Павла Папи Римського, яка передбачає обмін досвідом щодо впровадження інформаційних технологій.

Миколаївською ОДА до МОЗ України та Адміністрації Президента України неодноразово направлялись пропозиції щодо можливості включення до Національного плану дій стосовно відпрацювання у Миколаївській області інтегрованої моделі надання медичної допомоги та нового фінансового механізму на основі локального реєстру пацієнтів та клінічних протоколів з урахуванням досвіду, отриманого у Вознесенському районі. На даний час пропозиція розглядається.

Впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій у систему охорони здоров'я, у т.ч. в лікування та обслуговування хворих, дасть змогу якісного використання системи ЗБСТ, як основи для подальшого впровадження телекомунікаційних технологій у медицині (табл. 7.1). Проте повне впровадження системи призупинено, у зв'язку з недостатнім фінансуванням.

**Кількість консультацій, наданих лікарями Миколаївської області
за допомогою телемедичного обладнання у 2012–2016 рр.**

Рік	Кривоозерська ЦРЛ	МЛШМД	Братська ЦРЛ	Веселіновська ЦРЛ	Вознесенська ЦРЛ	Загалом
2012	51		43	32		126
2013	43		34	46		123
2014	42		38	24		114
2015	39		35	22		96
2016	32		44	31		107
Загалом	207	11	194	155	189	756

В області впроваджена і працює система ІАС та використовуються програми «Медстат», «Кадри», «Національний реєстр України список-талон», «Лікарняний канцер-реєстр», «Популяційний канцер-реєстр», «Всеукраїнський реєстр хворих на туберкульоз».

Поступово впроваджується перехід на електронний документообіг.

Подальше розгортання інформаційно-телекомунікаційних технологій, у тому числі створення електронного реєстру пацієнтів та запровадження програм з обчислення вартості надання медичної послуги для лікування та обслуговування хворих, загальмоване правовим вакуумом у даній сфері, проте технічне підґрунтя для таких послуг поступово створюється.

На даний час в КЗ «Обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради (РОР) успішно функціонують програмні модулі: підсистеми програми «Стационар» – програма «Ліжковий фонд» та АРМ «Статистика» (власні розробки); програма «Облік ургентної допомоги» (власна розробка); «Облік переливання крові»; «Облік продуктів» (власна розробка); «Аптека» (власна розробка); програма-реєстр „Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок»; програма «МедСтат» (2 робочі місця). Автоматизовані бухгалтерія (програма «Парус») та відділ кадрів (програма «Медичні кадри України»).

Діяльність закладу в 2012–2016 рр. була спрямована на ефективне вирішення невідкладних та перспективних задач розвитку в сфері інформатизації.

Проводились заходи із забезпечення безперебійної роботи програми «Стационар» у приймальному відділенні, відділі медичної статистики та у відділеннях стаціонару.

За звітний період збільшилась кількість підключень комп'ютерів до мережі Інтернет.

З листопада 2016 р. запроваджено перехід на використання єдиного реєстру для оприлюднення інформації щодо залишків лікарських засобів та медичних виробів на сайті eliku.in.ua.

У рамках реалізації спільного зі Світовим банком проекту МОЗ України «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», наказом МОЗ України від 17.03.2015 р. № 150 затверджено п'ять пілотних закладів області для впровадження системи діагностично-споріднених груп, а саме: КЗ «Володимирецька центральна районна лікарня» Володимирецької районної ради, Міська дитяча лікарня Рівненської міської ради, КЗ «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради, КЗ «Рівненський обласний онкологічний диспансер» Рівненської обласної ради, КЗ «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради.

Для впровадження системи діагностично-споріднених груп, у рамках реалізації субкомпоненту «Запровадження нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я на основі ДСГ», з червня 2016 р. встановлено програму М.Е.Дос модуль «Звітність МОЗ» та розпочато введення форм 066/о нового зразка.

За допомогою телемедицини технологій у КЗ «Рівненський обласний онкологічний диспансер» Рівненської обласної ради у 2016 р. проведено близько 360 телемедицини консультацій пацієнтам фахівцями закладів республіканського рівня надання спеціалізованої допомоги. Також за цією технологією проводиться внутрішньодиспансерний та міжорганізаційний рух електронних даних згідно з потребами рентгендіагностики, цитологічної діагностики, променевої терапії та хірургічної служби.

У КЗ «Рівненська обласна дитяча лікарня» РОР, регулярно, згідно з графіком МОЗ України, проводяться телемедицини консультації на базі НДСЛ «ОХМАДИТ» з головним позаштатним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «Дитяча ендокринологія» Н.Б. Зелінською.

Продовжується впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій у систему ЗОЗ області. У закладах використовується захищена багатоточкова система проведення селекторних нарад у режимі телеконференцій (ЗБСТ).

На даний час в КЗ «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» РОР через інформаційно-телекомунікаційний зв'язок створено чотири робочі місця диспетчерської служби для прийняття та передачі викликів виїзним бригадам по м. Рівне. Планується створення і введення в дію єдиної оперативно-диспетчерської служби для обслуговування викликів по всій області.

За участі адміністрації КЗ «Рівненський обласний онкологічний диспансер» РОД та фахівців УОЗ ОДА проводяться заходи щодо розвитку співробітництва на основі використання інформаційних технологій у медицині. Фахівці-онкологи області беруть участь у міжнародних виставках, конференціях з питань впровадження сучасних технологій, у тому числі й інформаційних, у систему надання спеціалізованої онкологічної допомоги та у обміні досвідом з міжнародними медичними науковими установами та організаціями з питань надання онкологічної допомоги відповідно до європейських стандартів (Білорусь, Республіка Польща, Англія, Іспанія, Італія та ін.).

Лікарі КЗ «Рівненська обласна клінічна лікарня» РОР, впродовж 2012–2016 рр., взяли участь у 24 міжнародних та 27 вітчизняних конференціях за участю іноземних фахівців.

Станом на 31.12.2016 р. в *Сумській* області телемедицини центри (кабінети) не було створено через брак коштів.

Одним із заходів Національної програми «Попередження смертності та інвалідності населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань» є розробка та впровадження телеметричних та телемедицини технологій дистанційного контролю за станом хворих на серцево-судинні захворювання та надання їм невідкладної допомоги з використанням сучасних засобів зв'язку.

Сьогодні в області працює дві центральні станції дистанційно-діагностичної мережі «Телекард» – у Сумському обласному кардіологічному диспансері та в Кролевецькій ЦРЛ, які приймають електрокардіограми від 28 датчиків, розподілених по районах області.

За 2016 р. по системі «Телекард» було передано 836 ЕКГ стрічок (у 2012 р. – 990, у 2013 р. – 1249, у 2014 р. – 969, у 2015 р. – 898, у 2016 р. – 836).

Використання мережі теле-ЕКГ на основі комплексу «Телекард» дозволяє здійснити самостійне лікування кардіологічних хворих в умовах ЦРЛ, виконати лікувальні заходи виїзними бригадами (наприклад, тромболізу в перші шість годин після телеконсультації), транспортувати пацієнта в ЛПЗ, що надає допомогу на третинному рівні після виклику консультантів обласного центру екстреної медицини.

У грудні 2016 р. в області відкрита служба діагностичного телеметричного кардіологічного консультування на базі Сумської станції Е(Ш)МД, яка працює з використанням телеметричного кардіологічного комплексу UNET та сучасних електрокардіографів «ЮКАРД-100». Оперативний зв'язок лікаря-консультанта з медичним працівником (фельдшером), який перебуває на місці виклику, допомагає у найкоротші терміни встановити діагноз, за необхідності провести реперфузійне лікування (догоспітальний тромболізис) та забезпечити своєчасну госпіталізацію (у термін до двох годин) для проведення коронарографії та первинного стентування судин на базі Сумського обласного кардіологічного диспансеру. З моменту його створення проведено 1814 ЕКГ.

У закладах охорони здоров'я області нараховується 2602 комп'ютери, з яких:

- сучасні моделі (5X 86, 5K86, Pentium та інші) – 1759 шт. (68%);
- застарілі моделі (PC XT або AT 286,386,486 та інші) – 843шт. (32%).

Проводиться перехід до широкого використання обчислювальної техніки за рахунок закупівлі ЛПЗ сучасних ПЕОМ. Протягом 2016 р. з різних джерел фінансування було придбано ЛПЗ 203 комп'ютери (2015 р. – 82).

У закладах охорони здоров'я області впроваджені уніфіковані бази даних та реєстри, які відповідають єдиним стандартам та розповсюджуються МОЗ України:

- «Національний канцер-реєстр» (онкохворих);
- «Національний реєстр України» (постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи);
- «СинаДіаб» (реєстр хворих на цукровий діабет та його ускладнення);
- «Медичні Кадри» (реєстр медичних працівників);
- База даних ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД;
- «МедСтат» (статистична система);
- «УКРВАК» (база даних щодо стану імунізації та охоплення населення імунопрофілактикою);
- Реєстр хворих на туберкульоз.

На даний час в області в роботу ЛПЗ впроваджуються інформаційно-пошукові системи «Поліклініка» та «Стаціонар». Даний програмний продукт впроваджується в Кролевецькій, Конотопській, Тростянецькій, Сумській ЦРЛ, обласних ЛПЗ: кардіологічному диспансері, дитячій клінічній лікарні, перинатальному центрі, госпіталі для інвалідів війни та Сумській міській дитячій клінічній лікарні.

Крім цього, у Кролевецькій ЦРЛ створено єдиний інформаційний простір медичного закладу на основі програмних продуктів «Поліклініка» та «Стаціонар» ТОВ «МедСистеми». У закладі проведено локальну мережу, що об'єднує комп'ютери в поліклініці та стаціонарі. Встановлено автоматизовані робочі місця лікарів у відділеннях стаціонару та поліклініки (терапевта, травматолога, кардіолога, хірурга, офтальмолога, лікаря УЗД, акушера-

гінеколога, ендокринолога, інфекціоніста), а також АРМ клінічної лабораторії, реєстратури та встановлено АРМ «Реєстратура». Але на сьогодні наказом по лікарні призупинена робота даних комп'ютерних програм з метою оцінки відповідності їх захищеності вимогам нормативно-правових актів у сфері технічного захисту інформації.

В обласному діагностичному центрі також призупинена робота із впровадження медичної інформаційної системи «Доктор Елекс», яка автоматизує документообіг, може зберігати і систематизувати інформацію про пацієнта, у зв'язку з обмеженим фінансуванням закладу.

У корпусах КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» завершені роботи із забезпечення доступом до мережі Інтернет та об'єднання їх у єдину локальну мережу закладу. У головному корпусі стаціонару прокладена локальна комп'ютерна мережа, яка об'єднала відділення, діагностичні служби та адміністрацію лікарні (50 активних робочих місць з доступом до мережі Інтернет). На сьогодні призупинено впровадження інформаційної системи «Стаціонар» компанії ТОВ «Медіасофт» у зв'язку з відсутністю коштів на придбання програмно-апаратних засобів захисту інформації на серверах та комп'ютерних мережах закладу та нормативно-правової бази щодо механізму захисту електронних баз пацієнтів.

Серед інформаційних ресурсів охорони здоров'я Сумської області функціонують сайти УОЗ ОДА та окремих ЗОЗ області. Крім цього, на сайті Сумської ОДА розміщена веб-сторінка УОЗ.

До глобальної мережі Internet станом на 31.12.2016 р. підключено 102 медичні заклади області (у 2015 р. – 94, у 2014 р. – 90): обласних ЗОЗ – 32 (100%), ЦРЛ – 18 (100%), ЦПМСД та СЛА – 36 (21%), міських закладів м. Суми – 8 (100%) та інших міських закладів у районах області – 10 (53%).

Для розширення міжнародного співробітництва на основі використання інформаційних технологій та обміну досвідом з міжнародними медичними науковими установами та організаціями в травні 2016 р. фахівці обласного центру медичної статистики як слухачі взяли участь у семінарі, організованому Світовим банком, ВООЗ та МОЗ України «Розвиток електронної охорони здоров'я».

Одним з кроків реформування охорони здоров'я в *Херсонській* області стало завдання впровадження електронної медичної карти пацієнта. На даний час розроблено технічні завдання та ведуться підготовчі роботи з уведення в дію єдиної локальної мережі ЗОЗ; виділені приміщення для розміщення серверної, фахівців та обладнання відділу електронної охорони здоров'я в КУ «Херсонський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики»; підписаний Меморандум з ТОВ «Ілайф» про співпрацю щодо створення електронної охорони здоров'я («Стаціонар», «Поліклініка»); укладені договори з аптечною мережею про електронні рецепти для пацієнтів; розпочато впровадження в ЗОЗ області (первинна ланка) електронного запису на прийом до лікаря (міські лікарні м. Херсона, ЦПМСД Білозерського, Бериславського районів та Кочубеївської ОТГ).

З метою підвищення рівня прозорості коштів, що виділяє держава на закупівлю ліків, та підзвітності закладів системи охорони здоров'я, Департаментом охорони здоров'я Херсонської ОДА з кінця 2016 р. запущено в роботу сайт «Доступні ліки»

(<http://kherson.liku.ua>). На сайті розміщено перелік оплачених державою медикаментів, що наявні у лікарнях Херсонської області та мають видаватися безкоштовно.

Протягом 2012–2016 рр. пацієнтам КЗ «Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня» ХОР було надано 232 телемедичні послуги. Як правило, це телеконсультації у режимі онлайн, які проводилися фахівцями лікарні з провідними центрами МОЗ України: з Центром дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України, з Українським Центром реабілітації дітей з ураженням центральної нервової системи, спеціалістами ДУ «ІПАГ НАМН України» тощо. Також через мережу Інтернет у системі Skype проводилися телеконсультації дітей у районах області. Для надання телемедичних послуг використовувались системи Skype, TrueConf, технології Lync Server та відеоконференцзв'язок із використанням терміналу TANDBERG EDGE 85MXP у режимі Online. З 2012 р. фахівці лікарні беруть участь у Міжнародній конференції з питань впровадження телемедицини у дитячій кардіології.

КЗ «Обласний територіальний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Херсонської обласної ради у 2016 р. придбаний програмний продукт TrueConf для проведення відеоконференцій зі структурними підрозділами закладу через Інтернет. Протягом року з метою дистанційного навчання медичного персоналу проведено п'ять відеоконференцій за допомогою програмного забезпечення «Телеметричний кардіологічний комплекс UNET», який є програмним модулем станції UCS 1000. За період роботи комплексу UNET прийнято 696 електрокардіограм, переданих бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги із віддалених районів Херсонської області. У всіх випадках проводилась кваліфікована консультація лікаря – консультанта центральної оперативної диспетчерської для вирішення питань надання екстреної медичної допомоги та доставки пацієнтів до ЗОЗ.

Обласною дитячою туберкульозною лікарнею надано 58 телемедичних послуг пацієнтам, які здійснені за допомогою програмного забезпечення Skype, мобільного додатку Viber.

КЗ ХОР «Обласний кардіологічний диспансер» передано з районів області, використовуючи систему «Телекард ТТ», 5658 ЕКГ.

Починаючи з березня 2016 р., на базі регіонального реперфузійного центру КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня імені О.С. Лучанського» розпочав роботу телеметричний кардіологічний комплекс (Telemetric Cardio Complex UNET) з програмним забезпеченням UNET. Загалом проведено 726 сеансів зв'язку з цифровими файловими GPRS-Інтернет, орієнтованими електрокардіографічними комплексами ЮКАРД-100 та надано 894 консультації за допомогою телефонного зв'язку.

Регіональна програма інформатизації охорони здоров'я Хмельницької області не затверджена. Заходи щодо інформатизації ЗОЗ періодично розглядаються на засіданнях колегії Департаменту охорони здоров'я ОДА і приймаються відповідні рішення щодо їх реалізації.

У Хмельницькому обласному онкологічному диспансері розгорнуто комплекс обладнання для телемедицини «Radvision» (у співпраці з благодійним фондом «Розвиток України»), яка дає можливість відеоспілкування (трансляції засідань, операцій, проведення консультацій тощо).

У 2016 р. проведено семінар з головами протиракових комісій та онкологами територій по методології запровадження телемедичних консультацій лікарів-онкологів обласного онкологічного диспансеру з лікарями вторинного рівня та налагодження системи телемедичних консультацій з Національним інститутом раку. Представникам територій області видані методичні матеріали щодо телемедичних консультацій з лікарями ХООД.

У 2016 р. телемедичних консультацій не було. Лікарі широко користуються консультаціями в телефонному режимі.

Центральна цитологічна лабораторія, яка входить до складу обласного онкодиспансера, підтримує співпрацю з Інститутом ендокринології імені Комісаренко в м. Києві. За 2011–2015 рр. проведено 8 консультацій, впродовж 2016 р. проведено 15 телемедичних консультацій по діагностиці цитологічних мазків, взятих під контролем УЗД зі щитовидної залози.

У Деражнянській ЦРЛ у 2012 р. для запровадження телемедичних технологій закуплено ноутбук, WEB-камеру, підведений Інтернет (WiFi) у стаціонарне відділення ЦРЛ. З використанням Skype у 2014–2015 рр. проведено п'ять консультацій з обласним шкірвендиспансером, у 2016 р. – чотири.

Лікарі Деражнянської ЦРЛ зареєстровані на порталі телемедицини (www.i-med.tv та www.esemi.org), що дає їм можливість брати участь у відеоконференціях. Використовуючи сайт «Доктор на роботі», лікарі Деражнянської ЦРЛ отримують консультації лікарів світової спільноти, які використовують даний сайт.

У Хмельницькій обласній лікарні у 2010 р. закуплена відповідна апаратура, налагоджена локальна мережа, проведено підключення до швидкісного Інтернет-зв'язку. Спеціалісти обласної лікарні консультуються за допомогою телемедичних технологій з Національним інститутом серцево-судинної хірургії імені М.М.Амосова, Національним інститутом хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова.

В обласній дитячій лікарні проводиться телеконсультування за результатами біологічних рідин, виписок з історій хвороби, світлин з НДІ нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова, НДСЛ «ОХМАТДИТ», НДІ ПАГ.

Отримано телемедичних консультацій у 2011 р. – 2, у 2012 р. – 4, у 2013 р. – 3, 2014 р. – 10, 2015 р. – 19, 2016 р. – 31.

У Хмельницькому обласному центрі екстреної медичної допомоги, до складу якого входять усі підрозділи швидкої медичної допомоги, наприкінці 2013 р. придбано 25 ЕКГ «ЮКАРД-100» з функцією телеметричної передачі даних і телеметричний центр UNET-1 на загальну суму 452 тис. гривень. У 2014–2015 рр. проведено 493 консультації, 2016 р. – 324.

В обласному кардіологічному диспансері, в усіх 20-ти ЦРЛ та 2-х МЛ встановлено транстелефонний канал – ЕКГ «Телекард».

Кардіодиспансером надається телемедична консультаційна допомога лікарям міських, центральних районних та районних лікарень щодо розшифрування електрокардіограм, корекції медикаментозного лікування у випадках діагностування чи підтвердження гострих та підгострих форм ішемічної хвороби серця. Проведено консультацій: 2011 р. – 354, 2012 р. – 248, 2013 р. – 210, 2014 р. – 137, 2015 р. – 112, 2016 р. – 158.

Облтубдиспансеру надає телемедичні консультації ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» у вигляді Skype-нарад: у 2015 р. – 5, у 2016 р. – 6.

В обласному психоневрологічному диспансері запроваджені телемедичні консультації з використанням Skype та Viber. У 2015 р. проведено 5 телемедичних консультацій, у 2016 р. – 8.

Також проводяться консультації у режимі телефонограми (для учасників АТО та їхніх родичів).

Для впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій у систему охорони здоров'я, у т.ч. в лікування та обслуговування хворих, забезпечення лікарськими препаратами, консультацію, діагностику тощо, запроваджено використання електронних державних та локальних формулярів лікарських засобів.

З метою налагодження та контролю за використанням лікарських засобів, заклади регулярно отримують електронною поштою повідомлення від Державної служби України та Хмельницької області з лікарських засобів та контролю за наркотиками про медикаментозні засоби, які вилучаються з обігу.

Інформаційно-аналітична служба отримує електронні інформаційні статистичні довідники з МОЗ України, Національного інституту раку.

У закладах охорони здоров'я для діагностики використовуються діагностична апаратура з цифровою обробкою інформації. Зокрема комп'ютерна обробка рентгенограм проводиться у 20 закладах, флюорограм – 30, спірограм – 26, електроенцефалограм – 11, реоенцефалограм – 14, ЕКГ-досліджень – 30, УЗД-досліджень – 29, холтер-моніторингу ЕКГ – 27, велоергометрій – 3, лабораторних досліджень – 17, комп'ютерна томографія – 2, магнітно-резонансна томографія – 1, комп'ютерна психодіагностика – 4, сцинтиграфія – 1.

В обласному кардіодиспансері налагоджена співпраця з кампанією American Heart of Poland в рамках спільної навчальної, науково-дослідницької діяльності, стажування в клініках, обміну пацієнтами тощо.

У 2016 р. фахівці обласного психоневрологічного диспансеру проводили телемедичне консультування хворих з фахівцями психіатричних клінік Іспанії, Італії, Ізраїлю та Швейцарії. Існують можливості для участі фахівців диспансеру в міжнародних виставках, семінарах та конференціях.

Черкаською обласною радою була затверджена регіональна Програма інформатизації сфери охорони здоров'я Черкаської області на 2015–2020 рр. від 16.10.2015 р. № 43-19/VI. Основним завданням програми є впровадження в ЗОЗ області «Е-лікарні», яка включає в себе електронну карту пацієнта.

Відповідно до реорганізації первинної ланки надання медичної допомоги області УОЗ ОДА впроваджує систему «Е-лікарня» у ЗОЗ області:

- Черкаський обласний кардіологічний диспансер;
- КНП «ПЧМЦПМСД» (м. Черкаси);
- КНП «ДЧМЦПМСД» (м. Черкаси);
- ЦПР та ЦПМСД м. Золотоноша.

На 2017 р. заплановано впровадження «Е-лікарня» у ЗОЗ третинного рівня допомоги.

Так, у Черкаському обласному кардіологічному центрі впроваджена система електронних карт пацієнта з 2015 року.

Впроваджено проект «ЕМСІММЕД» програмне забезпечення, як завантажені файли (встановлення та впровадження програмного забезпечення «Медична інформаційна система»

– електронна амбулаторна карта пацієнта) в медичних закладах м. Черкаси. Наразі у ЦПМСД та у дитячих поліклініках м. Черкаси триває впровадження в роботу електронної версії ведення амбулаторної карти пацієнтів. Працівники ЦПМСД та дитячих поліклінік міста пройшли навчання на базі Черкаського Державного технологічного Університету. Протягом 2015–2016 рр. забезпечено комп'ютерами ЦПМСД та дитячі поліклініки м. Черкаси.

У 2016 р. на реалізацію програми з інформатизації сфери охорони здоров'я Золотоніського району та м. Золотоноша витрачено 890,0 тис. гривень:

– 500,0 тис. грн з обласного бюджету: 46,0 тис. грн – придбання серверу, 305,5 тис. грн – створення мережі McLaut на 122 робочі місця для міського ЦПМСД (сімейної медицини), Золотоніської ЦРЛ та районного ЦПМСД (с. Коробівка, с. Пальмира, с. Бубнова-Слобідка); 148,5 – ліцензійне встановлення програм для сервера та 4-ох комп'ютерних робочих місць;

– використано 150,0 тис. грн, виділених з міського бюджету на закупівлю 11-ти комп'ютерних робочих місць. 20.01.2017 р. був направлений лист на міського голову м. Золотоноша з приводу виділення коштів на закупівлю 9 комп'ютерних робочих місць у сумі 125,0 тис. грн, а також для встановлення ліцензійного програмного забезпечення на 18 робочих місць у сумі 158,0 тис. грн;

– використано 240,0 тис. грн, виділених з районного бюджету для закупівлі 17 робочих місць та 20 пристроїв безперебійного живлення. Кошти для закупівлі 3 робочих місць та встановлення ліцензійного програмного забезпечення на 18 робочих місць у сумі 201,0 тис. грн виділені 15.02.2017 на сесії районної ради.

Управлінням подано проект «Інформатизація закладів охорони здоров'я» на 2017 рік до Державного фонду регіонального розвитку з метою створення єдиного медичного простору ЗОЗ обласного значення.

На виконання вимог наказу МОЗ України від 26.03.2010 № 261 «Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я» та наказу Департаменту охорони здоров'я ЧОД від 06.01.2015 № 10 проводиться робота, спрямована на впровадження телемедицини в ЛПЗ області.

Телемедицина передбачає дистанційне планове консультування фахівцями хворого та в реальному часі.

До цього часу консультації хворим області надавалися шляхом виїздів на місця обласних фахівців по лінії санавіації. Щорічно нараховувалось близько 3,5 тис. таких виїздів, з яких виїзди хірургічного профілю склали 51%, а терапевтичного – 49%. Фінансові витрати на виїзди, без урахування вартості амортизації транспорту, становили близько 3,0 млн. гривень.

З метою економії бюджетних коштів та наближення спеціалізованої медичної допомоги до віддалених верств населення наказом Департаменту охорони здоров'я ОДА (далі – ДОЗ ОДА) від 02.12.2014 № 952 було створено робочу групу, до складу якої увійшли провідні обласні спеціалісти, проведено детальне вивчення матеріально-технічного забезпечення медичних закладів та можливостей впровадження зазначеного методу консультування хворих на відстані.

ДОЗ ОДА прийнято рішення щодо поетапного впровадження телемедицини в області.

На I етапі визначено 5 обласних ЛПЗ та 5 ЦРЛ.

До переліку обласних ЛПЗ, у яких заплановано впровадження телемедицини на I етапі, увійшли:

- КЗ «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради»;
- Черкаський обласний кардіологічний центр;
- КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» Черкаської обласної ради;
- КЗ «Черкаська обласна дитяча лікарня» Черкаської обласної ради;
- КУ «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради».

До переліку ЦРЛ, на базі яких були апробовані сеанси телемедицини, увійшли Золотоніська, Канівська, Корсунь-Шевченківська, Смілянська та Уманська.

Наприкінці 2014 р. за рахунок спеціально виділених коштів придбано обладнання, необхідне для забезпечення сеансів телемедицини між зазначеними закладами.

На базі КЗ «Черкаський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Черкаської обласної ради створено тренінговий центр з питань впровадження телемедицини в ЛПЗ області.

У березня 2015 р. проведено перші сеанси телемедичного зв'язку між КЗ «Черкаська обласна лікарня ЧОР» та Уманським районом, надано консультації за нейрохірургічною спеціальністю.

Загалом протягом 2015 р. проведено близько 30 консультацій за напрямками: акушерство і гінекологія, урологія, нейрохірургія, кардіологія, ортопедія и травматологія.

За 2016 р. було надано:

- КЗ «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради» – 9 консультацій;
- Корсунь-Шевченківська ЦРЛ – 2 консультації;
- Смілянська ЦРЛ – 1 консультація.

У *Чернівецькій* області ГУОЗ виданий наказ від 02.03.2009 р. № 90 «Про затвердження галузевої програми «Електронна система реєстрації та обміну медичної інформацією між закладами, установами і організаціями системи охорони здоров'я області», на виконання якого розроблені заходи щодо впровадження вищезгаданої програми та створено Координаційну Раду та постійно діючу робочу групу. Розроблено комплекс заходів із впровадження галузевої програми «Електронна система реєстрації та обміну медичної інформацією між закладами, установами і організаціями системи охорони здоров'я області». Постійно проводиться моніторинг стану виконання в області зазначеної програми та її результатів.

З метою покращення обміну медичною інформацією в ЛПЗ впроваджується єдина централізована система реєстрації електронних адрес у відповідних зареєстрованих доменах районів області та м. Чернівці. Усі ЦРЛ представлені в мережі Інтернет власними сайтами.

Головним управлінням охорони здоров'я спільно з обласним відділенням фонду соціального страхування розроблено наказ, створено спільну робочу групу з питань впровадження та введення в дослідну експлуатацію Єдиного електронного реєстру листків непрацездатності, запроваджено ведення централізованої реєстрації листків непрацездатності в підпорядкованих ЛПЗ м. Чернівці.

Департаментом охорони здоров'я та цивільного захисту населення виданий наказ №81 від 30.11.2012 р. «Про удосконалення роботи сучасних інформаційних технологій в закладах охорони здоров'я Чернівецької області».

Лікувально-профілактичні заклади області оснащені обладнанням, необхідним для забезпечення електронної реєстрації та обміну медичною інформацією з іншими ЛПЗ регіону та України. Спільно з Буковинським державним медичним університетом використовуються серверне обладнання, зовнішні канали зв'язку, оптично-волоконні канали та локальні мережі ЗОЗ м. Чернівці та області.

Впроваджено інформаційно-телекомунікаційні технології в систему охорони здоров'я, у т.ч. в лікування та обслуговування хворих, забезпечення лікарськими препаратами, консультування:

- обмін інформацією про результати лабораторних та інструментальних досліджень використовується між обласною клінічною лікарнею та обласним діагностичним центром;
- використовується телеметричне обладнання «Телекард», яким сполучається обласний кардіологічний диспансер з 10 сільськими адміністративними районами та лікувально-профілактичними закладами м. Чернівці (2016 р. – 465 ЕКГ).

Реалізація заходів з інформатизації системи охорони здоров'я *Чернігівської* області здійснюється з 2003 р. відповідно до наказу УОЗ ОДА від 12.11.2003 р. №190 «Про реалізацію програми створення Єдиного інформаційного поля системи медичної допомоги області».

Основним проблемним питанням сталого розвитку електронної системи охорони здоров'я області є недостатнє фінансування на придбання, впровадження та супроводження програмно-технічних засобів, що негативно впливає на планування роботи. Створення окремих робочих місць у медичних закладах первинної ланки надання медичної допомоги реалізовано частково через брак коштів на придбання комп'ютерної техніки та відсутність кваліфікованих інженерів.

УОЗ ОДА надає інформацію щодо ЗОЗ області, які надають телемедичні послуги пацієнтам, мають комп'ютерне забезпечення, що може бути використане для проведення дистанційних консультацій, володіють комплексом організаційно-технічних заходів, що дозволяє проведення дистанційних консультацій та підключення закладів до телемедичної мережі.

У Чернігівській області надають телемедичні послуги пацієнтам наступні ЗОЗ:

- КЛПЗ «Чернігівська обласна лікарня»;
- КЛПЗ «Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня»;
- КЗ «Чернігівська обласна станція переливання крові» Чернігівської обласної ради;
- КЛПЗ «Чернігівський обласний кардіологічний диспансер»;
- КЛПЗ «Чернігівський обласний госпіталь ветеранів війни»;
- КЛПЗ «Чернігівський обласний онкологічний диспансер»;
- Пологовий будинок Чернігівської міської ради;
- Чернігівська міська лікарня №2 Чернігівської міської ради;
- КЗ «Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» Чернігівської обласної ради;
- КЛПЗ «Чернігівський обласний протитуберкульозний диспансер».

У 2004 р. було централізовано придбано сучасний комплекс «Телекард», що забезпечує передачу 12-канальної ЕКГ цифрової якості по телефонних каналах зв'язку (центральна станція та 10 периферійних ЕКГ-передавачів), з березня 2005 р. розпочато використання за призначенням. У першу чергу ЕКГ-передавачі були передані в ті райони, де були відсутні кардіологи, лікарі з функціональної діагностики. Пізніше придбано ще декілька передавачів.

Найбільш серйозною проблемою, що виникає у процесі роботи, є відсутність цільових коштів. Нерідко медпрацівникам доводиться працювати на телефонних лініях не найвищої якості. У 2009 р. Чернігівська область за кількістю переданих ЕКГ була на третьому рейтинговому місці, але зараз кількість ЕКГ, що передаються, значно знизилась у зв'язку з частою несправністю передавачів.

У Чернігівській обласній лікарні проводяться дистанційні телемедичні конференції із США, Словаччиною тощо. Підготовлений зал та все необхідне обладнання для проведення інтернет-конференцій.

За період 2003–2016 рр. в області впроваджено інформаційні системи та бази даних «Медстат», «Поліклініка», «Стаціонар», «Смертність», «Медичні кадри», «Ліжковий фонд», «Медичне обладнання», «Реєстр пацієнтів із життєзагрожуючими порушеннями серцевої діяльності», «Обласний канцер-реєстр», «Оперативні списки хворих на цукровий діабет».

На даний час в галузі охорони здоров'я області працюють наступні національні реєстри: «ТВ-manager», «Національний реєстр по постраждалому населенню від аварії на ЧАЕС», впроваджується в роботу «Реєстр хворих на цукровий діабет».

Впроваджено систему для висвітлення на веб-сайті УОЗ ОДА інформації щодо залишків лікарських засобів та виробів медичного призначення, закуплених централізовано за кошти Державного бюджету України та за іншими джерелами фінансування, оприлюднення наборів відкритих даних УОЗ на Єдиному державному веб-порталі.

Узагальнюючи наведене, варто зазначити, що в Україні зараз інформатизація в сфері охорони здоров'я представлена, переважно, національними та регіональними електронними реєстрами та окремими госпітальними системами. При цьому необхідно відмітити наявність таких проблем, як брак фахівців зі спеціальності «Медична інформатика», відсутність стандартизації та відповідного рівня захисту даних, взаємодії між системами, а також банальної нестачі техніки (саме для потреб інформатизації охорони здоров'я, а не виконання бухгалтерсько-адміністративної роботи). Також робота багатьох інформаційних систем не регламентована нормативними актами.

8. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КОНТРОЛЮ НАД ТЮТЮНОМ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ

Державна політика з контролю над тютюном в Україні у 2016 р. визначалася:

1. Рамковою Конвенцією ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ).

2. Законом України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» та іншими законодавчими актами.

3. Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та ЄС і державами-членами – з іншої. Стаття 427 Угоди передбачає, що співробітництво між Україною та ЄС, зокрема, охоплює такі сфери, як попередження та контроль за неінфекційними хворобами через обмін інформацією та найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров'я та проблем у галузі охорони здоров'я, зокрема через імплементацію Рамкової конвенції з контролю над тютюном.

Динаміка поширеності куріння в Україні

У 2016 р. поширеність тютюнокуріння в Україні зросла порівняно з попереднім роком. Таке зростання спостерігається вперше за останні вісім років, проте показник поширеності у 2016 р. є меншим, ніж у 2014 р. та попередніх роках.

Державна служба статистики України опублікувала щорічний звіт «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2016 р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2016 року)». За даними звіту, кількість курців серед населення України (без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя та частини зони проведення АТО) становила у 2016 р. 6,48 млн осіб. Поширеність куріння серед населення України віком 12 років і старше у 2016 р. становила 19,3%, що на 0,9 відсоткового пункту, або на 5%, більше, ніж у 2015 році. Проте загалом за вісім років (2008–2016 рр.) поширеність куріння скоротилася з 25,6% до 19,3%, тобто на 6,3 відсоткового пункту, або на 24%.

Звіт Держстату також засвідчив, що зростання поширеності тютюнокуріння серед дорослих також призвело до збільшення захворюваності: наприклад, частка осіб, які повідомили при опитуванні, що хворіють на хронічний бронхіт або емфізему легенів, у 2016 р. зросла до 6,5%, що на 5% більше, ніж у 2015 р., хоча протягом 2008–2015 рр. така частка зменшилася на 30%.

Поширеність щоденного куріння серед підлітків 14–17 років у 2016 р., навпаки, скоротилася і становила 2,1%, тоді як у 2015 р. вона дорівнювала 2,9% (а в попередні роки поширеність куріння серед підлітків поступово зменшувалася від найвищого рівня 10% у 2000 р.).

Цю тенденцію підтверджує і звіт про опитування ESPAD, яке було проведено 2015 р. серед підлітків України 15–17 років. У 2011–2015 рр. частка молодих людей, які курили хоча б один раз за останні 30 днів, зменшилася з 35,2% до 25,7% серед хлопців та з 24,2% до 13,2% серед дівчат, загалом з 29% у 2011 р. до 19% у 2015 році. Проте цей звіт також виявив, що в 2015 р. за останні 30 днів хоча б раз курили електронні сигарети 5,5% підлітків, а кальян – 11,3% підлітків.

Законодавство України з контролю над тютюном

Наприкінці 2012 р. набули чинності суттєві зміни до законодавчих актів щодо контролю над тютюном в Україні, які стосувалися заборони тютюнової реклами, нових попереджень на пачках сигарет, звільнення робочих та громадських місць від тютюнового диму. Проте протягом 2015 р. і 2016 р. змін до законодавства щодо контролю над тютюном не вносилося, окрім акцизного оподаткування тютюнових виробів.

Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, містить главу 22 «Громадське здоров'я», у якій, зокрема, зазначено, що «Сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я, зокрема щодо імплементації Рамкової конвенції з контролю над тютюном 2003 року».

Глава 22 «Громадське здоров'я» має статтю 428, у якій зазначено: «Україна поступово наближує своє законодавство та практику до принципів *acquis* ЄС, зокрема у сфері інфекційних хвороб, служб крові, трансплантації тканин і клітин, а також тютюну. Перелік відповідних актів *acquis* ЄС визначено у Додатку ХІІ до цієї Угоди».

13 травня 2015 року група народних депутатів подала на розгляд Верховної Ради проект Закону України №2820 «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну». Законопроект передбачає імплементацію Директиви №2003/33/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 26 травня 2003 року «Про наближення законодавчих, нормативних та адміністративних актів держав-членів про рекламу та спонсорство тютюнових виробів» та Директиви 2014/40/ЄС «Про наближення законів, правил та адміністративних положень держав-членів, що стосуються виробництва, презентації та продажу тютюну та супутніх товарів та скасування Директиви 2001/37/ЄС».

Законопроект №2820 пропонує наступні заходи:

- збільшення розміру попереджень на пачках сигарет з 50% до 65%, вони мають бути розташовані у верхній половині пачки і матимуть малюнки з обох сторін;
- щорічно на пачках буде друкуватися нова серія попереджень, які буде розробляти та затверджувати Міністерство охорони здоров'я на основі відповідної бібліотеки попереджень ЄС;
- друк рівнів смол і нікотину на пачках буде заборонено, а замість цього на всіх пачках з'явиться напис: *«Тютюновий дим містить більше 70 речовин, здатних викликати рак»*;
- заборону на тютюнові вироби з характерним смаком, а також на тютюнові вироби з певними добавками та смаковими речовинами;
- регулювання електронних сигарет і трав'яних виробів для куріння у повній відповідності до вимог ЄС;
- заборону тютюну для перорального застосування та запровадження норми щодо максимального вмісту монооксиду вуглецю в димі сигарет;
- повну заборону реклами тютюнових виробів у мережі Інтернет відповідно до Директиви №2003/33/ЄС.

7 жовтня 2015 року законопроект №2820 було підтримано Комітетом ВРУ з питань охорони здоров'я, проте з того часу його винесення на перше читання у Верховну Раду блокується Комітетом ВРУ з податкової та митної політики.

19 липня 2016 року група народних депутатів подала на розгляд Верховної Ради проект Закону України № 4030а «Про внесення змін до деяких законів України (щодо захисту громадського здоров'я від шкідливого впливу тютюнового диму)». Законопроектom №4030а пропонується виконати рекомендації Керівних принципів щодо втілення статті 8 РКБТ (визначення терміну «приміщення», розширення переліку місць, де повністю заборонено куріння) та статті 13 РКБТ (заборона елементів, що стимулюють продаж тютюнових виробів у місцях торгівлі).

У законопроекті №4030а також пропонується уніфікація розміру штрафу за куріння тютюнових виробів у заборонених місцях та вилучення зі статті 175-1 покарання у вигляді «попередження». За даними звіту МВС, у 2014 р. надійшло 95015 справ за порушення статті 175-1 КУАП, проте лише у 11997 (12,6%) випадках порушники сплатили штраф. Решта розглянутих справ вирішувалися накладенням адміністративного стягнення у вигляді «попередження». Стаття 175-1 КУАП наразі передбачає штраф у розмірі від 51 до 340 грн, а в 2014 р., згідно із звітом МВС, середній розмір штрафу становив 96 гривень. Запропоновані у законопроекті №4030а положення суттєво зменшують можливості для зловживань з боку правоохоронних органів при винесенні покарання за куріння тютюнових виробів у заборонених місцях.

Хоча майже всі види тютюнової реклами в Україні заборонені, чинне законодавство не вимагає повної заборони на зображення або видимість тютюнових виробів у місцях продажу, що є порушенням міжнародних зобов'язань України по РКБТ. Заборону видимого розміщення тютюнових пачок вже запроваджено в таких країнах, як Австралія, Канада, Фінляндія, Ірландія, Велика Британія, Білорусь. Головною підставою для заборони видимого розміщення тютюнових пачок у магазинах є те, що місця продажу відвідують діти, для яких сигарети стають нормальним і спокусливим товаром. Тому прибирання сигарет суттєво зменшує залучення дітей до куріння.

Оподаткування тютюнових виробів у 2016 році

За січень-грудень 2016 р. державний бюджет України отримав від тютюнових акцизів 33,2 млрд грн, що на 11 млрд більше, ніж рік тому.

Збільшення надходжень відбулося при зростанні реалізації до 76,4 млрд сигарет, що на 3,4 млрд сигарет більше, ніж у 2015 році. Виробництво в 2016 р. зросло з 93 млрд сигарет до 98 млрд сигарет, що було частково зумовлено зростанням експорту з 24 млрд сигарет у 2015 р. до 26 млрд сигарет у 2016 р. та невеликим скороченням імпорту.

Зростання реалізації сигарет у 2016 р. було штучним, спровокованим «ціновими війнами», які влаштували тютюнові корпорації. Протягом жовтня 2015 р. – лютого 2016 р. середні ціни на сигарети, за даними Державної служби статистики, зменшилися на 11%. Із березня 2016 р. тютюнові корпорації стали поступово збільшувати ціни, проте рівня жовтня 2015 р. середні номінальні ціни досягли лише у липні 2016 р., а реальні ціни (з урахуванням інфляції) – у вересні 2016 року.

«Цінові війни» спричинили зростання реалізації сигарет, що в поєднанні зі збільшенням мінімальної ставки акцизу на 40% із 1 січня 2016 р. призвело до різкого (на 49%) зростання надходжень до Державного бюджету.

20 грудня 2016 року Верховна Рада України ухвалила Закон «Про внесення змін до Податкового кодексу України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у

2017 році», який, зокрема, передбачає, що з 1 січня 2017 року специфічні ставки акцизу на всі тютюнові вироби підвищуються на 40%, зокрема мінімальний акциз на сигарети зростає з 425,75 грн до 596,05 грн на 1000 сигарет (або 11,92 грн на пачку з 20 сигарет).

Угода про асоціацію між Україною та ЄС (стаття 352) передбачає співробітництво у боротьбі з контрабандою підакцизних товарів, яке, зокрема, включає «поступове наближення акцизних ставок на тютюнові вироби». Акцизна політика ЄС передбачає систематичне підвищення ставок акцизу для скорочення споживання тютюнових виробів. З 1 липня 2006 року мінімальний рівень акцизу на 1000 сигарет було встановлено на рівні 64 євро, а з 1 січня 2014 року цей рівень було підвищено до 90 євро.

В Україні мінімальна ставка акцизу на 1000 сигарет з фільтром становила: 2013 р. – 217,6 гривні (20 євро), 2014 р. (липень-серпень) – 289,63 гривні (18 євро), з вересня 2014 р. – 304,11 гривні (13 євро), з 1 січня 2016 р. – 425,75 гривні (15 євро), з 1 січня 2017 р. – 596,05 гривні (215 євро). Таким чином, ставка акцизу в євро лише у 2017 р. перевищила рівень 2013 року.

Ціни на сигарети в Україні наразі набагато менші, ніж у сусідніх країнах. Наприкінці 2016 р. середні ціни і на дешеві, і на дорогі сигарети в Росії були майже вдвічі вищими, ніж в Україні. У сусідніх країнах ЄС середні ціни на сигарети перевищують 3 євро за пачку, тоді як в Україні лише найдорожчі сигарети мають ціну вище 1 євро за пачку. Така ситуація створює передумови для масової контрабанди сигарет з України до сусідніх країн.

Всесвітня митна організація (ВМО) опублікувала в грудні 2016 р. черговий звіт про нелегальну торгівлю [9]. Серед іншого, звіт ВМО містить дані про кількість та обсяги конфіскації контрабандних сигарет та інших тютюнових виробів. За даними ВМО, у 2015 р. державами було повідомлено про 4042 випадки конфіскацій сигарет, загальна кількість конфіскованих сигарет перевищила 2,6 мільярда.

Україна у 2015 р. посіла друге місце в світі як країна походження контрабандних сигарет (181 випадок конфіскацій), поступившись Польщі (звідки сигарети йдуть до Німеччини та інших країн ЄС), проте випередивши Білорусь та Молдову. За даними попередніх звітів ВМО, за показником кількості таких випадків Україна займала перше місце в світі у 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 та 2014 роках.

Безпосередньо в Україні, за даними ВМО, у 2014 р. відбувся 71 випадок конфіскації великих (більше 100 тисяч штук) партій сигарет, в яких було загалом вилучено майже 87 млн сигарет, а в 2015 р. Україна не потрапила до першої десятки країн за цим показником. Кількість випадків конфіскації невеликих (менше 100 тисяч штук) партій сигарет в Україні зменшилася з 77 у 2014 р. до 29 у 2015 році. Ці дані можуть свідчити як про зменшення ефективності роботи митних органів України, так і про значне скорочення обсягів контрабанди сигарет в Україну у 2015 році.

Для скорочення контрабанди сигарет в Україну та з України КМУ 1 березня 2017 року схвалив законопроект, що дозволить ратифікувати Протокол про ліквідацію незаконної торгівлі тютюновими виробами в Україні. Приєднання до даного Протоколу є одним із наступних кроків України, пов'язаним із ратифікацією РКБТ.

Висновки

У 2016 р., вперше за останні вісім років, поширеність тютюнокуріння в Україні зросла.

Головними фактором зростання поширеності тютюнокуріння у 2016 р. були:

1) зростання цінової доступності сигарет завдяки зменшенню цін на сигарети тютюновими корпораціями;

2) гальмування ухвалення прогресивного законодавства з контролю над тютюном.

Запроваджене із січня 2017 р. підвищення ставок акцизів на тютюнові вироби має зменшити їх цінову доступність, проте податкові заходи мають бути підсилені законодавчими заходами, передбаченими в законопроекті №2820, який розроблено відповідно до Директиви Європейського Союзу 2014/40, та законопроекті №4030а.

Комплексна реалізація всіх заходів контролю над тютюном здатна і надалі скорочувати поширеність тютюнокуріння і кількість пов'язаних з уживанням тютюну хвороб та смертей в Україні.

9. СТАН ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стандартизація в системі охорони здоров'я – це надання якісних послуг медичної та фармацевтичної допомоги, у т.ч. профілактичні й лікувально-діагностичні заходи, спрямовані на збереження та підвищення здоров'я населення.

Впровадження стандартизації надання якісних послуг у системі охорони здоров'я сприяє ефективному та економічному використанню трудових і матеріальних ресурсів системи; захисту інтересів пацієнтів на основі забезпечення реального рівня соціальних гарантій доступності якісної медичної та фармацевтичної допомоги населенню; структурній пропорційності служб системи охорони здоров'я; раціональному розподілу фінансових ресурсів.

Без стандартів неможливо здійснити оцінку якості медичної допомоги населенню.

У системі охорони здоров'я як стандарт можуть бути використані лише ті технології, ефективність, безпека й економічна доцільність яких доведені, а стандартизація є реальним способом впровадження доказової медицини у практику охорони здоров'я.

Відомо, що стандартизація має розподіл як за ієрархією, так і за об'єктами стандартизації.

За ієрархією застосування стандарти розподіляють на міжнародні, національні, регіональні та локальні.

За об'єктами стандартизації існують такі види стандартів: стандарти на ресурси охорони здоров'я; стандарти організації медичних служб і ЗОЗ; технологічні; стандарти програм медичної та фармацевтичної допомоги; медико-економічні; комплексні стандарти.

Стандартизація має забезпечувати інтереси всіх членів суспільства: як споживачів (пацієнтів), так і виробників, які пропонують послуги або товар.

Стандарти можуть бути обов'язковими (законодавчими) та рекомендаційними.

Який же на сьогодні стан запровадження єдиних медичних стандартів надання медичної допомоги у нашій державі?

Починаючи із 2016 р. розвиток процесу стандартизації медичної допомоги в Україні набуває системних змін в усіх сферах соціального, економічного та політичного життя суспільства і держави. Реформи стали ключовою ознакою перетворень в нашій країні. Особливо актуально це для сфери охорони здоров'я, адже реформування даної галузі віднесено до пріоритетних напрямів реформ, зазначених як у «Стратегії сталого розвитку – Україна 2020»; «Європейська Україна» Коаліційній угоді так і в Угоді про асоціацію між ЄС та Україною, а також у документі «Цілі Сталого Розвитку 2016–2030».

Система стандартизації медичної допомоги в Україні формувалась протягом трьох десятиліть і засновувалась на існуючій потребі гарантування безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, створення ефективної системи надання медичної допомоги, медичних послуг належної якості, підвищення доступності послуг у системі охорони здоров'я.

Для підвищення якості медичної допомоги у 2016 р. значна увага приділялася створенню робочих груп, які могли б забезпечити розробку високоякісних медико-технологічних документів.

Так, наказом МОЗ України від 28.01.2016 № 49 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при катаракті» затверджено склад мультидисциплінарної робочої групи з розробки медичних стандартів первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Катаракта» (уніфікованих КП) на засадах доказової медицини у 2016-2018 роках.

Також у 2016 р. за наказом МОЗ України від 12.05.2016 № 437 «Про затвердження персонального складу мультидисциплінарних робочих груп з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини у 2016 році» створена мультидисциплінарна робоча група з розробки медичних стандартів уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини за тематичними напрямками: 1) автозапальні захворювання; 2) адреногенітальний синдром; 3) акромегалія, гіпопітуїтаризм, нецукровий діабет; 4) ведення здорової дитини до 5 років включно; 5) вікова макулярна дегенерація; 6) герпетична інфекція у новонароджених; 7) гормонально-активні пухлини кори наднирників, гостра надниркова недостатність, первинний гіпоальдостеронізм, хронічна надниркова недостатність; 8) грибкові інфекції у новонароджених; 9) дивертикулярна хвороба, сімейний аденоматозний поліпоз; 10) ендоскопічні гастроінтестинальні втручання; 11) жовтяниці неонатального періоду; 12) захворювання щитоподібної та парашитоподібних залоз (гіперпаратиреоз, гіпопаратиреоз); 13) інфекції сечовивідних шляхів у дітей; 14) інфекції, що передаються статевим шляхом (сифіліс, гонорея, трихомоніаз, хламідіоз урогенітальний, мікоплазмоз урогенітальний, кандидозний вульвовагініт і баланопастит, папіломавірусна інфекція) у дорослих і дітей; 15) карієс у дорослих; 16) кесарів розтин; 17) негоспітальна пневмонія у дорослих; 18) недосконалий остеогенез; 19) нейроендокринні пухлини; 20) некротизуючий ентероколіт новонароджених; 21) опіки; 22) паліативна медична допомога, хронічний больовий синдром; 23) переломи; 24) преіндукція та індукція пологів; 25) природжений токсоплазмоз; 26) прогресуючі м'язові дистрофії: спинальна м'язова атрофія; діагностика; клініка; реабілітація та паліативна допомога; 27) профілактика внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах та надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги; 28) психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, за виключенням опіоїдів; 29) рак гортані; 30) рак сечового міхура; 31) рак яєчника; 32) ранній сепсис новонароджених; 33) синдром Кушинга; 34) травма нирки; 35) харчова алергія, включаючи алергію до білків коров'ячого молока; 36) хвороба Паркінсона; 37) цитомегаловірусна інфекція у новонароджених. Робочої групи з розробки нормативно-правових актів щодо забезпечення хворих нефрологічного профілю витратними матеріалами для лікування методом гемодіалізу та перитонеального діалізу

За наказом МОЗ України від 10.10.2016 № 1055 «Про утворення Робочої групи з розробки нормативно-правових актів щодо забезпечення хворих нефрологічного профілю витратними матеріалами для лікування методом гемодіалізу та перитонеального діалізу» утворено Робочу групу з розробки нормативно-правових актів щодо забезпечення хворих нефрологічного профілю витратними матеріалами для лікування методом гемодіалізу та перитонеального діалізу.

Наказом МОЗ України від 19.07.2016 № 733 «Про затвердження складу робочої групи з розробки Національної стратегії та плану дій щодо боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів» затверджено персональний склад робочої групи з розробки

Національної стратегії та плану дій щодо боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів, з комплексним аналізом стану державної політики, нормативно-правових актів, методичних матеріалів з питань епідеміологічного нагляду (спостереження) за протимікробною резистентністю, внутрішньолікарняними інфекціями, боротьбою зі стійкістю до протимікробних препаратів та узагальненням пропозицій щодо приведення у відповідність до сучасних міжнародних норм.

У 2016 році приділено увагу створенню робочої групи з удосконалення системи екстреної медичної допомоги (наказ МОЗ України від 30.06.2016 № 643 «Про утворення робочої групи з удосконалення системи екстреної медичної допомоги»).

Затверджено склад міжвідомчої робочої групи по розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року (наказ МОЗ України від 18.08.2016 № 861 «Про затвердження складу міжвідомчої робочої групи по розробці проекту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року»).

Також, наказом МОЗ України від 18.08.2016 № 861 «Про затвердження складу міжвідомчої робочої групи по розробці проекту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року» затверджено персональний склад міжвідомчої робочої групи по розробці проекту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року».

Зокрема наказом МОЗ України від 18.08.2016 № 858 «Про утворення міжвідомчої робочої групи Міністерства охорони здоров'я України з питань резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів» утворено міжвідомчу робочу групу Міністерства охорони здоров'я України з питань резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів на період 2014–2018 роки. Внесено зміни до Складу робочої групи з розробки Концепції програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017–2021 роки зареєстровано наказом МОЗ України від 21.01.2016 № 33 «Про внесення змін до Складу робочої групи з розробки Концепції програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017-2021 роки».

В силу швидкого розвитку новітніх технологій наказом МОЗ України від 03.06.2016 № 525 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації надання адміністративних послуг в електронній формі через Єдиний державний портал адміністративних послуг та інтеграції до нього власних інформаційних систем» затверджено План заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації надання адміністративних послуг в електронній формі через Єдиний державний портал адміністративних послуг та інтеграції до нього.

Наказами МОЗ України від 15.07.2016 № 720 «Про утворення робочої групи з розробки та впровадження стандартів електронної охорони здоров'я» та від 05.09.2016 № 940 «Про внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 20 серпня 2015 року № 535 «Про визначення відповідальних за впровадження спільного зі Світовим банком проекту "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» утворено робочу групу з розробки та впровадження стандартів електронної охорони здоров'я, відповідно до пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України», з метою організації впровадження проекту

«Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» відповідно до Угоди про позику між Україною і Міжнародним банком реконструкції та розвитку від 19 березня 2015 року № 8475-UA «Угода про позику (Проект "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей") між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку від 19 березня 2015 року», з розробки проектів стандартів електронної охорони здоров'я: 1) «Заклади охорони здоров'я», 2) «Медичний персонал», 3) «Лікарські засоби», 4) «Діагнози».

Значну увагу у сфері стандартизації медичної допомоги було приділено розвитку стандартизації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД. Зокрема, наказами МОЗ України від 18.03.2016 № 207 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2009 року № 673 «Про затвердження переліків центрів профілактики і боротьби зі СНІДом для проведення лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією і антиретровірусною терапією та проведення підтверджуючих досліджень в Україні» та від 17.08.2016 № 851 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2009 року № 673 (зі змінами)» затверджено зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2009 року № 673 «Про затвердження переліків центрів профілактики і боротьби зі СНІДом для проведення лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією і антиретровірусною терапією та проведення підтверджуючих досліджень в Україні». Наказом МОЗ України від 02.07.2016 № 655 «Про внесення змін до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» затверджено зміни до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» на період 2014–2018 роки. Впроваджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» затверджений наказом МОЗ України від 16.05.2016 № 449.

Також, зареєстровано зміни до наказу МОЗ України від 27.11.2015 року № 799 «Про проведення дослідної експлуатації Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції», в рамках реалізації проекту «Доступ спільнот до послуг з догляду та лікування ВІЛ через зміцнення системи охорони здоров'я – ACCESS», що фінансується за підтримки Федерального агентства Центру контролю та профілактики захворювань США (CDC), в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД – PEPFAR, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2016 № 691 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 листопада 2015 року № 799 «Про проведення дослідної експлуатації Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції».

З огляду на значні втрати людського потенціалу, зумовлені серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), у 2016 р. продовжувалась розробка медико-технологічних документів у сфері стандартизації надання медичної допомоги пацієнтам саме з цією патологією.

Так, наказом МОЗ України від 02.03.2016 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 34» затверджено зміни до наказу МОЗ України від 21.01.2016 року № 34 до клінічного протоколу із запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань. Наказами МОЗ України від 02.03.2016

№ 152 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця» та від 23.09.2016 № 994 «Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України» затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця». Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST» затверджено наказом МОЗ України від 03.03.2016 № 164. Наказом МОЗ України від 13.06.2016 № 564 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань» затверджено та впроваджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь» затверджено наказом МОЗ України від 15.06.2016 № 597 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при фібриляції передсердь».

Також, наказом МОЗ України від 08.08.2016 № 813 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при судинних аномаліях у дітей» затверджено та впроваджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Судинні аномалії у дітей».

З урахуванням високих рівнів захворюваності і смертності населення внаслідок онкологічних захворювань стандартизація медичної допомоги полягала в розробці таких УКПМД.

Наказ МОЗ України від 13.04.2016 № 353 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах» затверджено та впроваджено Уніфікований КП первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі», з внесенням змін наказом МОЗ України від 23.09.2016 № 994.

Наказом МОЗ України від 29.07.2016 № 797 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при первинному, постполіцитемічному та посттромбоцитемічному мієлофіброзі» затверджено та впроваджено Уніфікований КП первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Первинний, постполіцитемічний та посттромбоцитемічний мієлофіброз».

Поповнилась база стандартів надання медичної допомоги хворим при акушерсько-гінекологічних захворюваннях.

Наказом МОЗ України від 02.07.2016 № 662 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при остеосарком» затверджено та впроваджено Уніфікований КП первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Остеосаркома». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієнток з генітальним

ендометріозом» затверджено наказом МОЗ України від 06.04.2016 № 319 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при генітальному ендометріозі».

Завершилась робота над стандартами надання медичної допомоги хворим з іншими видами патології, які суттєво розширили перелік чинних стандартів і були затвержені відповідними наказами МОЗ України:

– від 23.02.2016 № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі».

– від 11.02.2016 № 85 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострих запальних захворюваннях верхніх дихальних шляхів та вуха».

– від 11.02.2016 № 90 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при запальних захворюваннях кишечника»

– від 21.06.2016 № 613 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті В», затверджено та впроваджено клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при вірусному гепатиті В: 1) «Вірусний гепатит В у дітей»; 2) «Вірусний гепатит В у дорослих».

– від 18.07.2016 № 729 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при вірусному гепатиті С», затверджено та впроваджено клінічний протокол при вірусному гепатиті С: 1) «Вірусний гепатит С у дітей»; 2) «Вірусний гепатит С у дорослих».

– від 21.06.2016 № 612 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги», затверджено та впроваджено клінічний протокол надання екстреної медичної допомоги: 1) «Травма органів грудної клітки – пневмоторакс»; 2) «Масивна кровотеча з кінцівок»; 3) «Зовнішня кровотеча з тулуба та шиї».

– від 13.06.2016 № 565 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гикавці».

– від 21.06.2016 № 614 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при легеневій гіпертензії», затверджено та впроваджено клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при легеневій гіпертензії: 1) «Легенева гіпертензія у дорослих»; 2) «Легенева гіпертензія у дітей».

– від 21.06.2016 № 609 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при дефіциті мієлопероксидази фагоцитів».

– від 19.07.2016 № 736 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при деменції».

– від 15.09.2016 № 972 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гендерній дисфорії».

– від 12.05.2016 № 439 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бульозному епідермолізі».

– від 12.05.2016 № 438 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації інтегрованого ведення хвороб дитячого віку».

– від 15.02.2016 № 135 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бульозному епідермолізі».

Достатньої уваги було приділено медичним стандартами профілактики захворювань. Наказом МОЗ України від 12.02.2016 № 92 внесено зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 09.10.2015 року № 671»Про затвердження плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо імунізації населення від поліомієліту на 2015 рік», щодо імунізації населення від поліомієліту в 2016 році.

У 2016 р. нормативно-правова база державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я була доповнена наказом МОЗ України від 14.03.2016 № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності» та наказ МОЗ України від 01.02.2016 № 51 «Про затвердження Методики щодо забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення», якої затверджено граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками з урахуванням надання спеціалізованої (вторинної) та високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги у розрахунку на 10 тис. нас., який повинен становити не більше 60 ліжок.

Наказом МОЗ України від 02.02.2016 № 56 «Про сприяння взаємодії експертів проекту «Системи покращеного доступу до лікарських засобів та фармацевтичних послуг» із закладами охорони здоров'я для проведення оцінювання національної системи забезпечення лікарськими засобами», з метою отримання ефективної технічної допомоги від проекту.

Крім розвитку нормативно-правової бази стандартизації у сфері охорони здоров'я, також відбулись зміни в інституційному забезпеченні процесу стандартизації. Так, наказом МОЗ України від 22.01.2016 № 36 «Про забезпечення реалізації проекту «Реконструкція і розширення Національного інституту раку».

Наказом МОЗ України від 17.06.2016 № 605 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.12.2015 № 888 «Про утворення комісій з проведення заходів, пов'язаних з реорганізацією державних закладів, установ та підприємств Міністерства охорони здоров'я України, перелік яких затверджений наказом МОЗ від 18.09.2015р. № 604»

Так, Спільним наказом Міністерства оборони України, Міністерства охорони України та Міністерства освіти і науки України від 29.09.2016 № 514/633/989 «Про утворення кафедр медицини катастроф та військової медицини вищих медичних навчальних закладів», здійснено заходи щодо утворення кафедр медицини катастроф та військової медицини Буковинського державного медичного університету, Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Дніпропетровської медичної академії Міністерства охорони здоров'я України, Івано-Франківського національного медичного університету, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Одеського національного медичного університету та Української медичної стоматологічної академії.

У 2016 році було скасовано ряд наказів: від 09 лютого 1998 року № 30«Про заходи щодо профілактики і боротьби з грипом та гострими респіраторними інфекціями в Україні», від 07 листопада 2007 року № 690«Про створення державної установи «Український центр грипу та гострих респіраторних інфекцій» МОЗ України», від 20 листопада 2008 року № 661«Про затвердження методичних рекомендацій „Епідеміологічний нагляд і контроль за випадками сезонного та пташиного грипу у людей», від 04 грудня 2009 року № 922«Про

організацію вірусологічних досліджень на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції в Україні в період пандемії», від 07 грудня 2009 року № 926 «Про затвердження плану заходів з проведення вакцинації населення проти сезонного та пандемічного грипу», від 02 липня 2010 року № 530 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 04.12.2009 № 922 "Про організацію вірусологічних досліджень на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції в Україні в період пандемії», від 04.12.2009 № 922 «Про організацію вірусологічних досліджень на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції в Україні в період пандемії»; наказом МОЗ України від 30.05.2016 № 489 «Про доповнення до наказу МОЗ України від 18 квітня 1996 року № 81 «Про визнання такими, що не застосовуються в Україні, наказів СРСР»» внесено доповнення до наказу МОЗ України від 18 квітня 1996 року № 81 «Про визнання такими, що не застосовуються в Україні, наказів СРСР»; наказом МОЗ України від 30.05.2016 № 488 внесено доповнення до наказу МОЗ України від 18 квітня 1996 року № 80 «Про визнання такими, що втратили чинність наказів МОЗ УРСР та МОЗ України».

Особливе місце у системі стандартизації у сфері охорони здоров'я займають державні соціальні стандарти і нормативи. Їх перелік визначений Законом України від 05.10.2000 №2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» та деталізований у Державному класифікаторі соціальних стандартів і нормативів, який затверджено наказом Міністерства праці та соціальної політики України № 293 від 17.06.2002 р.

Після внесення деяких змін і доповнень, перелік державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України складають такі нормативно-правові документи:

- постанова КМУ від 11.07.2002 № 955 «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги»;
- постанова КМУ від 17.08.1998 № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань»;
- постанова КМУ від 05.09.1996 № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету»;
- постанова КМУ від 27.12.2001 № 1752 «Про норми харчування у протитуберкульозних закладах для осіб, хворих на туберкульоз, та малолітніх і неповнолітніх осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу»;
- постанова КМУ від 10.10.2012 № 918 «Про затвердження нормативів харчування в державних і комунальних дитячих санаторно-курортних закладах (крім протитуберкульозних)»;
- постанова Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 р. № 1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення»;
- наказ МОЗ України від 24.03.1998 № 74 «Про орієнтовні нормативи потреби у стаціонарній медичній допомозі дітям, вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим»;
- наказ МОЗ України від 10.01.2005 № 7 «Про затвердження стандартів надання медичної допомоги за спеціальністю «Професійна патологія» в амбулаторно-поліклінічних закладах»;

- спільний наказ МОЗ та АМН України від 31.12.2003 № 641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні»;
- наказ МОЗ України від 10.09.2013 № 793 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів первинної (медико-санітарної) допомоги»;
- наказ МОЗ України від 07.02.2008 № 57 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів»;
- наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»;
- наказ МОЗ України від 12.05.2008 № 242 «Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією»;
- наказ МОЗ України від 21.04.2009 № 262 «Про затвердження рекомендованого середньодобового набору продуктів харчування для ветеранів війни у лікувально-профілактичних закладах»;
- наказ МОЗ України від 29.10.2013 № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні»;
- наказ МОЗ України від 24.03.2016 № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності».

Загалом у медичній галузі України затверджено понад 3,5 тис. документів щодо стандартизації медичної допомоги.

Таким чином, процес розробки стандартів концептуально являє собою циклічний процес з шістьох кроків: пропозиція, перевірка, розробка, затвердження, опублікування та виконання.

У 2016 р. продовжувалось виконання державного завдання, яке полягає у здійсненні моніторингу за розробкою та впровадженням державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України, що було покладене на ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України». На пріоритетності виконання цього державного завдання наголошується у статті 24 Закону України від 05.10.2000 №2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» та дорученні Кабінету Міністрів України від 18.12.2003 №81186.

У відповідності до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 11.08.2004 № 411 «Про запровадження моніторингу виконання та фінансового забезпечення державних соціальних нормативів в охороні здоров'я» моніторингу підлягають виконання та фінансове забезпечення державних соціальних нормативів в охороні здоров'я України.

Станом на 31.12.2016 р. МОЗ України отримало інформацію про результати моніторингу впровадження державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я за II півріччя 2016 року від 18 регіональних управлінь охорони здоров'я (Волинської, Донецької, Житомирської, Закарпатської, Запорізької, Кіровоградської, Львівської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Рівненської, Сумської, Тернопільської, Харківської, Херсонської, Чернівецької Чернігівської обласних та Київської міської державних адміністрацій).

Результати моніторингу дотримання державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я за типами лікувально-профільних закладів медичного забезпечення населення в 2016 році, що здійснювався відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів.

У структурі медичного забезпечення населення відповідно до соціальних нормативів цей показник становить 96,6% в Одеській, 97,4% в Сумській та 98,65% у Волинській областях.

За даними управління охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації медичне забезпечення населення відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів здійснюють 95,2% лікувально-профілактичних закладів обласного підпорядкування, 98,2% лікувально-профілактичних закладів міського підпорядкування, 96,3% центральних районних лікарень та 95,0% центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Виключення становлять центри первинної медико-санітарної допомоги Волинської та Одеської областей, серед яких 95,0% закладів надають медичну допомогу населенню відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів та 80,0% сільських лікарських амбулаторій Сумської області. Коливання показника медичного забезпечення у структурі становлять від 65,1% у Житомирській, 73,2% у Рівненській, 75,16% у Волинській областях. Найбільш високий відсоток медичного забезпечення населення (понад 90,0%) у Запорізькій, Львівській, Одеській, Полтавській, Тернопільській та Харківській областях в 2016 р. (рис. 9.1).

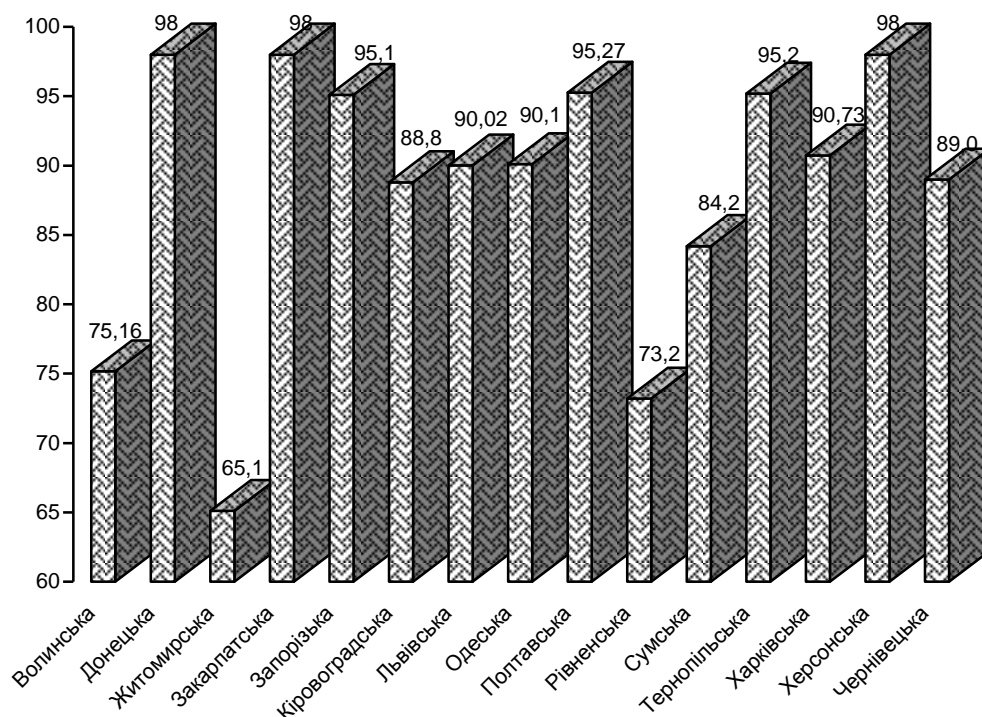


Рис. 9.1. Структура медичного забезпечення населення за типами лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я України, 2016 р., %

В 2016 р. за даними регіональних управлінь Волинської, Донецької, Житомирської, Закарпатської, Запорізької, Кіровоградської, Миколаївської, Полтавської, Рівненської, Тернопільської, Харківської, Херсонської, Чернівецької Чернігівської обласних та Київської міської державних адміністрацій, впровадження соціальних нормативів у структуру всіх підпорядкованих закладах ПМСД (первинна медико-санітарна допомога) впроваджено майже в повному обсязі.

Така картина характеризується тим, що за даними управління охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації питома вага впровадження соціальних нормативів здійснюється на 100% у лікувально-профілактичних закладах обласного підпорядкування, районних лікарнях та сільських лікарських амбулаторіях; 97,6% міського підпорядкування; 92,3% в центральних районних лікарнях та 89,5% центрів первинної медико-санітарної допомоги. Також за даними управління охорони здоров'я Львівської та Сумської обласних державних адміністрацій питома вага впровадження соціальних нормативів здійснюється на 100% у лікувально-профілактичних закладах, 99,5% - у пропущено і відповідно 80,0% в сільських лікарських амбулаторіях.

У структурі кількості хворих, які отримали медичну допомогу на дотримання соціальних нормативів спостерігаються великі розбіжності (рис. 9.2).

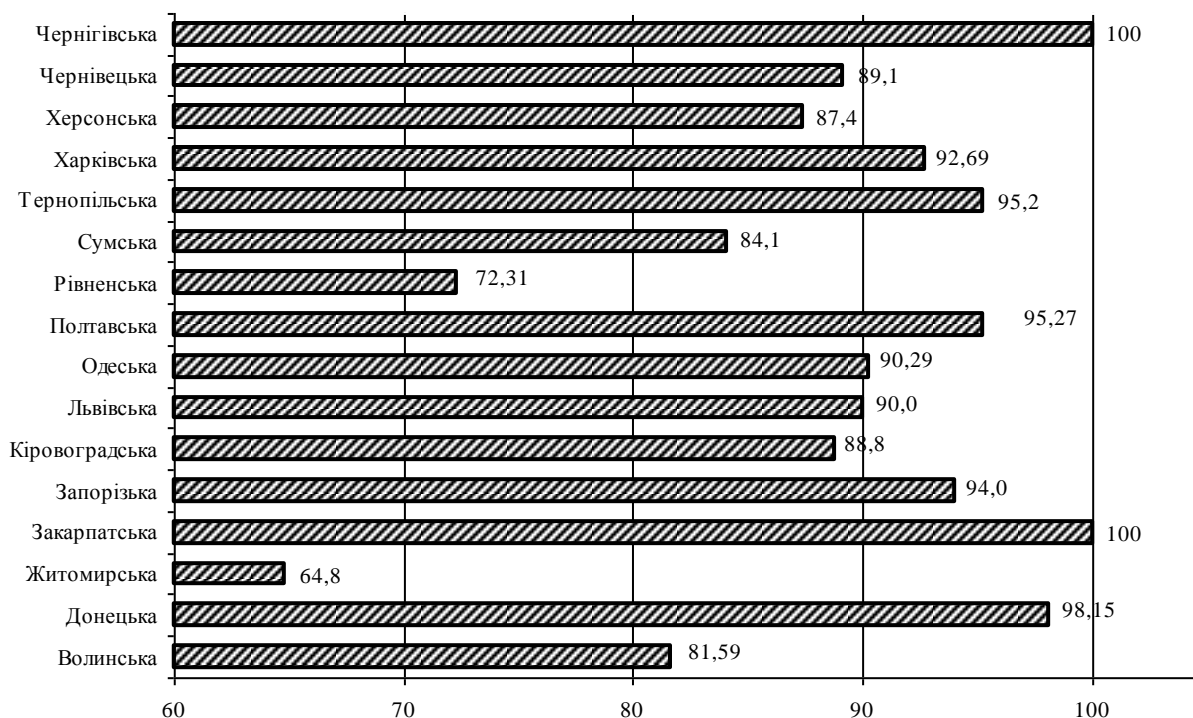


Рис. 9.2. Питома вага хворих, які отримали медичну допомогу в закладах ПМСД відповідно до вимог соціальних нормативів, 2016 р.,%

Якщо у Закарпатській та Чернігівській областях кількість хворих, які отримали медичну допомогу в закладах ПМСД, становила 100,0%, Донецькій – 98,15%, Полтавській та Тернопільській – 95,2%, то у Житомирській області – лише 64,8%.

За даними результату моніторингу 2016 року впровадження державних соціальних нормативів надання медичної допомоги населенню в лікарняних стаціонарах сфери охорони здоров'я здійснювалося відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів.

Стан впровадження державних соціальних нормативів надання медичної допомоги населенню в лікарняних стаціонарах Одеської області дорівнює 93,8%. В свою чергу 100% впровадження державних соціальних нормативів надання медичної допомоги населенню відбулося в лікувально-профілактичних закладах міського підпорядкування та районних лікарнях, 94,1% – обласного підпорядкування, 88,5% – в центральних районних лікарнях.

Результати моніторингу дотримання державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я в лікарняних стаціонарах у 2016 році здійснювалося відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів.

У структурі медичного забезпечення надання медичної допомоги населенню в лікарняних стаціонарах цей показник становить від 72,1% у Херсонській області до 97% у Харківській та Чернігівській областях (рис. 9.3.).

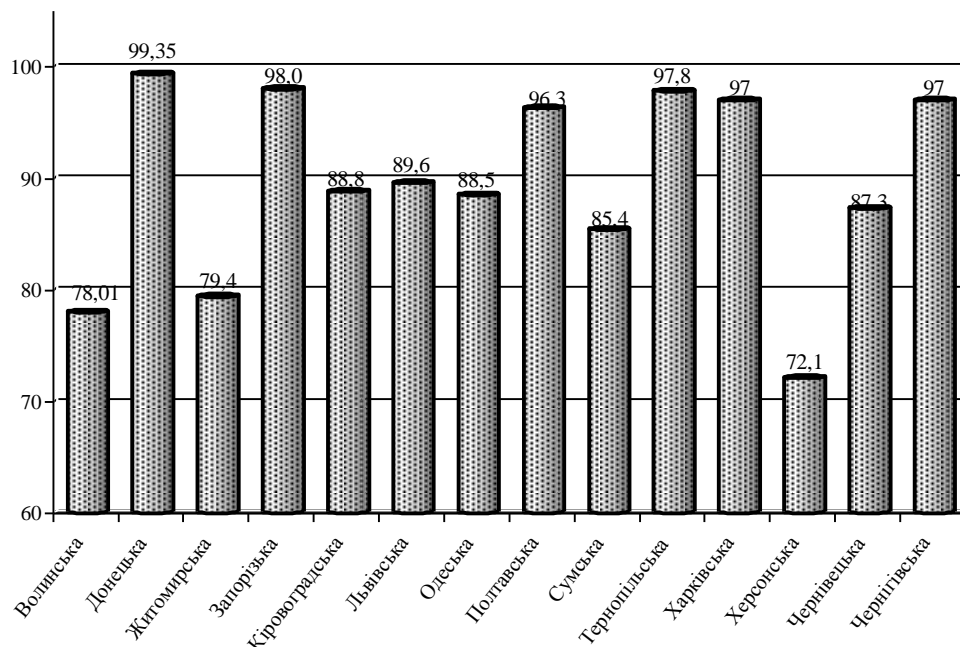


Рис. 9.3. Структура кількості хворих, які отримали медичну допомогу в лікарняних стаціонарах відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів, 2016 р.,%

В залежності від типу підпорядкування лікарняного стаціонару забезпечення населення відповідно до соціальних стандартів і нормативів надання медичної допомоги спостерігалися розбіжності (табл.9.1.).

Таблиця 9.1

Кількість хворих, які отримали медичну допомогу в лікарняних стаціонарах різного підпорядкування, відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів, 2016 р.,%

Адміністративно-територіальна одиниця	ЛПЗ обласного підпорядкування	ЛПЗ міського підпорядкування	Центральні районні лікарні	Районні лікарні	Дільничні лікарні	Інші заклади охорони здоров'я	Всього
<i>Область</i>							
Волинська	76,95	85,97	75,73	70,69	56,43	*	78,01
Донецька	99,98	99,9	94,51	100	*	*	99,35
Житомирська	81,7	81,9	76,8	85,0	45,6	*	79,4
Закарпатська	*	*	*	*	*	*	*
Запорізька	99,6	97,0	96,0	91,0	*	*	98,0
Кіровоградська	93,9	87,9	86,2	*	*	89,3	88,8
Львівська	85,0	97,8	89,6	78,2	70,0	81,2	89,6
Миколаївська	*	*	*	*	*	*	*
Одеська	82,5	99,0	80,0	100	*	*	88,5
Полтавська	99,4	97,9	94,4	*	*	*	96,3
Рівненська	*	*	*	*	*	*	*
Сумська	93,1	95,8	76,2	*	32,2	*	85,4

Тернопільська	99,9	99,1	97,4	92,3	91,9	*	97,8
Харківська	93	97	100	*	*	100	97
Херсонська	58,9	81,1	76,8	0	0	0	72,1
Чернівецька	81,9	100	85,6	*	*	*	87,3
Чернігівська	93	97	*	100	*	*	97
м. Київ	*	*	*	*	*	*	*

Примітка * - відсутні дані

За даними регіональних управлінь Сумської, Житомирської та Волинської областей кількість хворих, які отримали медичну допомогу в лікарняних стаціонарах дільничних лікарень згідно положень державних соціальних стандартів і нормативів становила 32,2%, 45,6% та 56,43% відповідно; в стаціонарах обласного підпорядкування Херсонської області – 58,9% та в стаціонарах міського підпорядкування 75,73% Волинської, 76,2% Сумської, 76,8% Житомирської і Херсонської областей.

Достатній рівень медичного забезпечення (медичної допомоги) був забезпечений в лікарняних стаціонарах міського підпорядкування (рис. 9.4.).

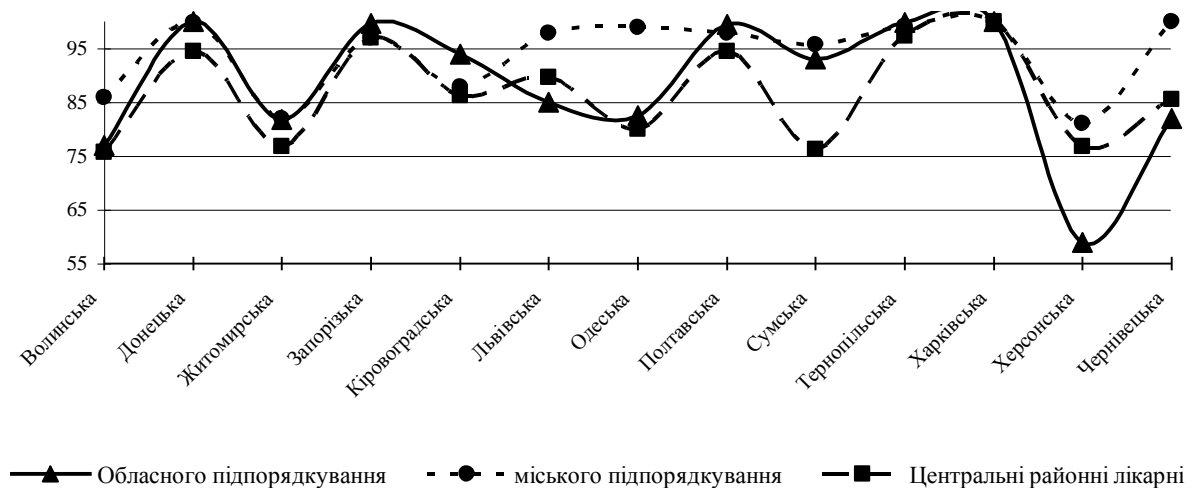


Рис. 9.4. Структура надання медичної допомоги, за типами лікарняних стаціонарів відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів, 2016 р., %

У структурі профінансованих видатків на дотримання нормативів за рахунок усіх джерел фінансування спостерігаються великі розбіжності по областях. Якщо у Чернівецькій області вони становили 99%, Донецькій – 82%, Львівській – 55%, то у Сумській області 34% (рис. 9.5).

Майже у всіх областях фінансування за рахунок коштів місцевих бюджетів перевищує фінансування з державного бюджету.

Найбільші відмінності спостерігаються у Миколаївській області – 91,21% і 1,15% відповідно, Чернівецькій – 87,10 і 5,35, Житомирській – 86,90 і 3,89, Львівській – 67,74 і 23,31%.

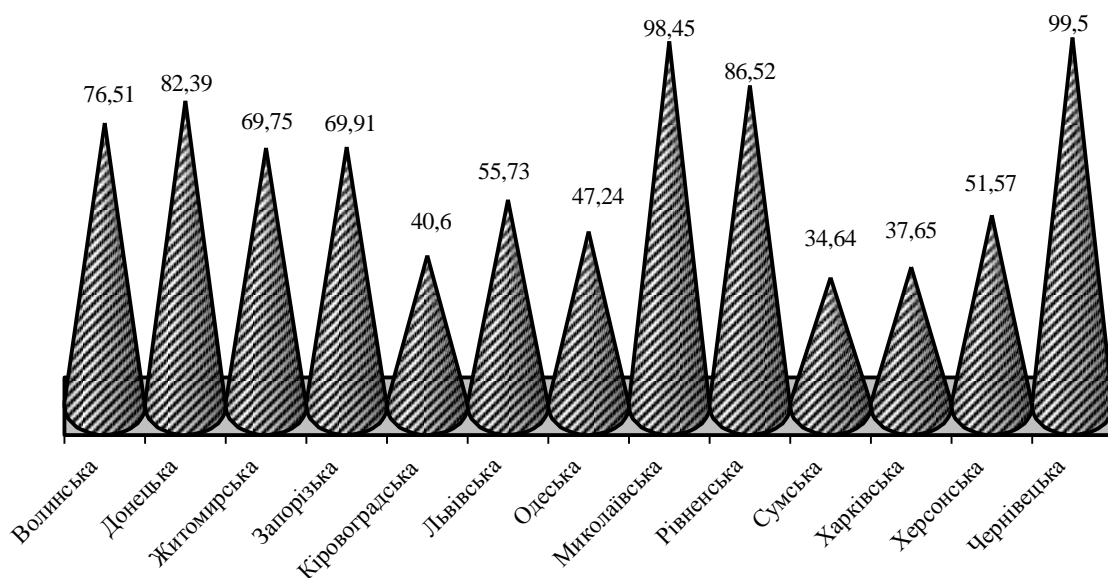


Рис. 9.5. Структура профінансованих видатків на дотримання нормативів, 2016 р., %

У Рівненській області 28,04% коштів надходить з державного бюджету, тоді як у Волинській, Запорізькій, Кіровоградській областях коштів з державного бюджету на ці цілі не виділяється. Також спостерігаються коливання у фінансуванні за рахунок власних коштів громадян. Так, у Харківській області профінансовано – 31,66%, Волинській – 10,24%, Донецькій області – 5,14%, у Рівненській – 0,19%. (табл. 9.2).

Таблиця 9.2

Структура профінансованих видатків на дотримання нормативів, 2016 р., %

Область	Структура				
	Профінансовані видатки на дотримання нормативів				
	за рахунок усіх джерел фінансування	в тому числі			
		за рахунок бюджетних коштів		за рахунок залучених позабюджетних коштів	за рахунок власних коштів громадян
державного бюджету	місцевих бюджетів				
Чернівецька	99,50	5,35	87,10	5,09	2,46
Миколаївська	98,45	1,15	91,21	7,04	0,60
Рівненська	86,52	28,04	51,22	20,55	0,19
Донецька	82,39	51,54	42,01	1,31	5,14
Волинська	76,51	0,00	77,49	12,27	10,24
Запорізька	69,91	0,00	88,77	10,08	1,15
Житомирська	69,75	3,89	86,90	5,72	3,50
Львівська	55,73	23,31	67,74	8,39	0,56
Херсонська	51,57	6,52	79,60	13,26	0,62
Одеська	47,24	15,32	77,82	4,07	2,79
Кіровоградська	40,60	0,00	96,77	3,23	0,00
Харківська	37,65	22,22	40,57	5,54	31,66
Сумська	34,64	8,34	85,31	3,62	2,73

Колівання профінансованих видатків на дотримання нормативів до потреби становить від 98,6% у Чернівецькій області, 78,9% у Донецькій, 76,6% у Полтавській, 50,9% у Херсонській, до 29,07% у Харківській області (табл. 9.3).

Стан фінансового забезпечення соціальних нормативів, 2016 р.

Область	Розрахункова потреба коштів на дотримання соціальних нормативів		Профінансовано видатків на дотримання соціальних нормативів		Профінансовані видатки на дотримання соціальних нормативів, до потреби, %
	абс., грн.	з них на одну особу, грн.	абс., грн.	з них на одну особу, грн.	
Харківська	2195880940,43	265,01	638344621,09	77,04	29,07
Чернівецька	1078421038,98	3685,24	1063308091,72	3628,11	98,60
Волинська	2080486990	2000,58	1098209440	1056,03	52,79
Рівненська	3275857429,30	415,81	2196229102,06	278,77	67,04
Херсонська	2280887461,56	2272,37	1159865294,49	1155,53	50,86
Сумська	1682641085	776,30	862844775	398,08	51,30
Миколаївська	2953025382	878,15	1548946046	460,62	52,45
Полтавська	1968842108,17	219,96	1508283006,22	168,50	76,61
Одеська	3364091447	1413,94	1554523428	467,38	46,20
Кіровоградська	1582565280	1147,06	743109232,9	535,40	47,00
Житомирська	2575905670	177,29	1581407982	108,84	61,39
Львівська	3463076530,88	186,50	2468759681,48	132,95	71,29
Донецька	2298405845,94	12875936,21	1814286751,61	130354,38	78,94

Як видно з таблиці, сума профінансованих видатків на дотримання нормативів на одну особу коливається від 3628,11 грн. у Чернівецькій області до 77,04 грн. у Харківській області при розрахунковій потребі коштів 3685,24 грн. і 265,01 грн. відповідно.

Щодо стану фінансування в розрахунку на одне стаціонарне ліжко, то профінансовані видатки у відсотках становлять по областях 88,00 у Чернівецькій, 87,90 у Запорізькій, 81,26 у Полтавській, 75,58 у Донецькій, 70,28 у Рівненській, 66,49 у Житомирській, 58,91 у Херсонській, 51,90 у Миколаївській, 46,71 у Харківській, 44,10 у Кіровоградській, 35,60 у Одеській областях (дані наведені по областях, які надали звіти).

Кількість ліжок на 10 тис. населення коливається від 96,5 у Чернігівській області, 83,1 у Сумській, 82,2 у Запорізькій, 78,2 у Полтавській до 65,2 у Одеській, 60,2 у м. Києві, 60,0 у Миколаївській областях.

Стан фінансування нормативів безоплатного та пільгового забезпечення лікарськими засобами пільгових категорій населення характеризується наступними показниками. Профінансовані видатки на дотримання нормативів до потреби у відсотках коливаються від 49,0 у Одеській області, 34,7 у Закарпатській, 20,0 у Чернівецькій, 19,5 у Харківській, 14,0 у Рівненській до 4,9 у Сумській, 3,5 у Волинській, 1,34 у Кіровоградській області (табл. 9.4).

Таблиця 9.4

Стан фінансування нормативів безоплатного та пільгового забезпечення лікарськими засобами, 2016 .

Область	Розрахункова потреба у коштах		Сума виділених бюджетних коштів		Профінансовані видатки на дотримання нормативів, до потреби, %
	абс., грн.	з них на одну особу, грн.	абс., грн.	з них на одну особу, грн.	
Харківська	21163590	1584,22	4134313	309,48	19,54
Волинська	116792564	347,17	4150835	133,89	3,55
Рівненська	103628882	202,49	14010182	118,00	14,00
Херсонська	78596354	453,63	4794216	28,00	6,00
Сумська	101004134	552,82	4915734	26,91	4,87
Миколаївська	121075857	358,02	10494820	197,00	9,02

Запорізька	70563506	257,89	3190688	292,48	5,00
Полтавська	73230572	206,98	3581899	203,72	4,89
Одеська	184392744	396,18	90504141	1860,35	49,00
Чернівецька	39758910	183,8	8049351	253,2	20,00
Кіровоградська	76255558	393,13	1023228	250,55	1,34
Житомирська	21638084	54,92	2873035	79,54	13,28
Закарпатська	28867947	109,16	10011035	365,87	34,70
Львівська	111399501	255,90	13624514	31,30	12,23
Донецька	53114287	222,70	7917994	303,94	14,91

Слід зазначити, що тільки у Одеській області профінансовані видатки на дотримання нормативів до потреби безоплатного та пільгового забезпечення лікарськими засобами майже дорівнюють 50%, у невеликій кількості областей заледве досягають 20%, тоді як у більшості областей видатки складають 6-5% (рис. 9.6). Це свідчить про неефективне використання коштів на ці цілі.

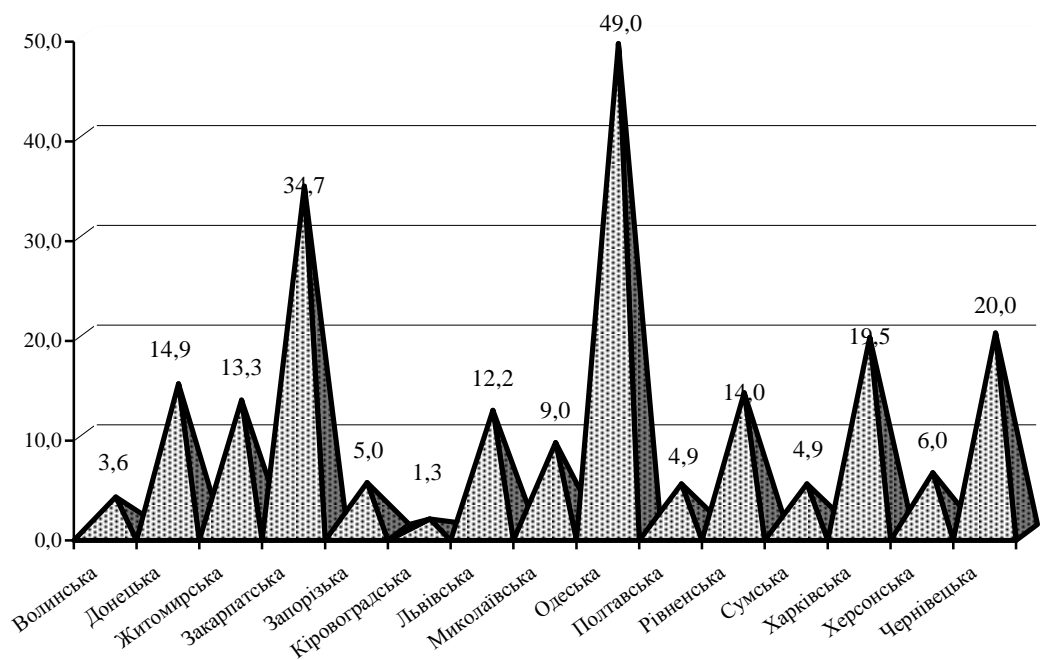


Рис. 9.6. Стан профінансованих видатків на дотримання нормативів до потреби, 2016 р.,%

Висновки

В системі охорони здоров'я України відбувається важлива подія - побудова якісно нової системи стандартизації медичної допомоги на основі використання методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини.

Впровадження державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я у 2016 р. здійснювалося шляхом створенням робочих груп, які забезпечили розробку високоякісних медико-технологічних документів. Станом на 2016 р. затверджено склад 18-ти робочих, експертно-технічних, мультидисциплінарних та міжвідомчих груп, а у 2015 р. було 9 робочих груп з розробки медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини по нозологіях, з подальшим впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації у 2017 році.

Нормативно-правова база стандартизації доповнилась клінічними настановами, медичними стандартами та Уніфікованими клінічними протоколами медичної допомоги, медико-технологічними документами (які в свою чергу представлені за темою: Артеріальна гіпертензія, Ішемічний інсульт, Хвороба Паркінсона та інші). Тематика зазначених медико-технологічних документів стосувалась соціально небезпечних захворювань (ВІЛу, СНІДу), деяких інших інфекційних хвороб, онкологічних та психічних захворювань, хвороб шлунково-кишкового тракту та деяких інших хвороб, медичної допомоги при багатоплідній вагітності, маткових кровотеч та екстреної медичної диспансеризації.

Продовжувався розвиток нормативно-правової бази державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України. Зокрема наказом МОЗ України від 14.03.2016 № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності» та наказ МОЗ України від 01.02.2016 № 51 «Про затвердження Методики щодо забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення», якої затверджено граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками з урахуванням надання спеціалізованої (вторинної) та високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги у розрахунку на 10 тис. населення, який повинен становити не більше 60 ліжок.

Проте, при деяких позитивних зрушеннях та змінах в розвитку та впровадженні державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я у 2016 р., слід зазначити про існування проблеми, яка полягає у відсутності низки державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України з числа тих, які містяться у переліку, визначеному у Законі України від 05.10.2000 №2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії».

Зазначена проблема виникла ще в 2014 р. після відміни наказом МОЗ України від 8.05.2014 № 310 державних соціальних стандартів надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладах охорони здоров'я, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур, та скасування цим же наказом уніфікованих державних соціальних стандартів - показників якості надання медичної допомоги. Це призвело до порушення положень Закону України від 05.10.2000 № 2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», оскільки в результаті прийнятого рішення громадяни України позбавлені соціальних гарантій щодо отримання медичної допомоги.

Вирішенням проблеми невідповідності певним вимогам державних соціальних стандартів слугувало б розроблення змін до них або доповнення і перезатвердження їхньої оновленої версії, і лише за такої умови, можлива відміна чинних на той час державних соціальних стандартів.

На відміну від державних соціальних стандартів чинні Уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги не володіють функцією державного соціального гарантування, оскільки при їх розробці не обраховуються обсяги потрібних для їх реалізації коштів. Вони є лише взірцями кращої медичної практики, для фінансування яких на сьогодні не вистачає бюджетних коштів.

Отже, існує нагальна потреба розробки державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню України в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах, які повинні бути соціально орієнтованими еталонами надання медичної допомоги,

адаптованими до теперішніх фінансових можливостей держави щодо їх фінансування і слугувати основою для формування розмірів бюджетних видатків на охорону здоров'я. Їх розробка повинна проводитись з використанням даних доказової медицини та з обрахуванням коштів, необхідних для їх реалізації. Оскільки стандарти надання медичної допомоги населенню створюють підґрунтя для взаємодії законодавчої та виконавчої влади, що дає можливість створити в Україні сучасну та ефективну систему медичної допомоги у відповідності до міжнародних стандартів.

Крім того, потребує перегляду порядок проведення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів і нормативів в сфері охорони здоров'я, який затверджений наказом МОЗ України від 11.08.2004 № 411. Це зумовлено тим, що у період з 2004 року затверджено низку нових державних соціальних стандартів і нормативів у сфері охорони здоров'я, моніторинг за якими до цих пір не проводиться.

Також перегляд порядку проведення моніторингу необхідний у зв'язку зі змінами в мережі закладів охорони здоров'я, які повинні надавати на центральний рівень системи державного управління галузю охорони здоров'я інформацію про результати моніторингу впровадження державних соціальних стандартів і нормативів. Ці зміни мережі зумовлені суттєвою реструктуризацією системи закладів охорони здоров'я у тих регіонах держави, які, згідно Закону України від 7.07.2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», перебували в експерименті з реформування медичної галузі.

Перегляд і оновлення чинного порядку проведення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів і нормативів в охороні здоров'я, який затверджений наказом МОЗ України від 11.08.2004 № 411, повинен дати можливість об'єктивного оцінювання стану впровадження вищезазначених державних соціальних стандартів і нормативів.

Враховуючи вище викладене, чинні державні стандарти надання медичної допомоги та Уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги щодо їх відповідності критеріям якості, потребують перегляду з метою осучаснення їх змісту та доповнення даними доказової медицини.

З огляду на те, що сфера дії Закону України «Про стандартизацію» від 05.06.2014 № 1315-VII не поширюється на стандарти медичної допомоги, необхідно розробити окреме положення про галузеву стандартизацію. У ньому слід визначити її мету та основні принципи державної політики у сфері стандартизації, об'єкти і суб'єкти галузевої стандартизації.

Також не менш важливими завданнями у сфері розвитку стандартизації є: створення галузевого органу стандартизації та розробка положення про нього і його керівну раду. Необхідно визначити права власності на галузеві стандарти, порядок фінансування їх розробки та технології міжнародної співпраці у сфері стандартизації, створити умови для інформаційного забезпечення галузевої стандартизації та щорічно затверджувати плани проведення останньої.

10. ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Домінування у структурі захворюваності і смертності населення НІЗ, насамперед хвороб органів дихання, системи кровообігу, злоякісних новоутворень тощо, змусило ВООЗ у «Доповіді про ситуацію в області неінфекційних захворювань у світі 2014 р. Досягнення дев'яти глобальних цілей по НІЗ, загальна відповідальність» поставити перед суспільством наступні цілі щодо вирішення цієї проблеми (табл. 10.1).

Таблиця 10.1

Глобальні цілі щодо НІЗ

№ цілі	Зміст
Глобальна ціль 1	Відносне скорочення на 25% загальної смертності від серцево-судинних захворювань, онкологічних захворювань, діабету та хронічних респіраторних захворювань до 2025 р.
Глобальна ціль 2	Скорочення шкідливого вживання алкоголю щонайменше на 10% до 2025 р.
Глобальна ціль 3	Відносне скорочення поширеності недостатньої фізичної активності на 10% до 2025 р.
Глобальна ціль 4	Відносне скорочення на 30% середнього споживання солі серед населення до 2025 р.
Глобальна ціль 5	Відносне скорочення на 30% показника поширеності куріння серед осіб у віці від 15 років до 2025 р.
Глобальна ціль 6	Скорочення на 25% поширеності випадків підвищеного кров'яного тиску або стримування поширеності випадків підвищеного кров'яного тиску, відповідно до національних умов, до 2025 р.
Глобальна ціль 7	Припинення зростання числа випадків діабету і ожиріння до 2025 р.
Глобальна ціль 8	Отримання до 2025 р. принаймні 50% людей, яким це необхідно, лікарської терапії та консультування (включаючи глікемічний контроль) для запобігання інфаркту та інсульту
Глобальна ціль 9	Досягнення 2025 р., як у приватних, так і в державних закладах охорони здоров'я, 80% рівня наявності базових технологій і основних лікарських засобів (включаючи препарати-генерики), необхідних для лікування основних неінфекційних захворювань

Таким чином, більшість глобальних цілей по подоланню НІЗ прямо чи опосередковано пов'язані саме з проблемою формування ЗСЖ.

Дуже гостро проблема НІЗ стоїть в Україні, де досі немає системного вирішення проблеми профілактики цих хвороб, спостерігається недостатність координації та науково обґрунтованого міжгалузевого підходу щодо подолання НІЗ тощо. Результатом є критичні показники здоров'я населення України: за рівнем споживання алкоголю на душу населення віком від 15 років українці знаходяться серед світових лідерів, курить понад 6 млн українців, на диспансерному обліку перебуває майже 1 млн онкохворих, на діабет страждає понад 1,2 млн осіб. Наркоманія в Україні зростає на 8% за рік, що є одним з найвищих у світі показників. 70% наркоманів — молодь до 25 років. У цілому по країні на обліку з приводу вживання наркотичних засобів перебуває понад 100 тис. осіб, токсичних засобів – понад 800 осіб. Якщо врахувати „поправочний” коефіцієнт ВООЗ, то прихована кількість споживачів наркотиків на порядок більша від зареєстрованої.

Ці тривожні цифри підтверджують, що значна частина населення України веде нездоровий спосіб життя, зокрема переважна більшість українців перебуває під впливом таких факторів ризику, як тютюнокуріння, зловживання алкогольними напоями, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо.

Сумарним показником стану проблеми є середня тривалість життя громадян України.

Показник СОРЖ в Україні значно поступається як аналогічному показнику країн ЄС, так і європейському регіону в цілому. За даними ВООЗ, цей показник у 2015 р. при народженні (обох статей) дорівнював в країнах ЄС 80,78 року, в європейському регіоні 77,12 року, а в Україні – 71,29 року, тобто на 6–9 років менше. За рівнем СОРЖ у 2015 р. країна опинилася серед аутсайдерів: 46-е місце серед 51 країни, для яких ВООЗ вирахувала цей показник.

Викликають занепокоєння й високі рівні таких ключових факторів ризику передчасної смертності, що значно залежать від способу життя, як вживання алкоголю і тютюну, а також надмірна маса тіла та ожиріння. За оцінкою ВООЗ (2014 р.), стандартизовані за віком поширення надлишкової маси тіла та ожиріння серед населення у віці від 18 років і старше в Україні показники наступні: надлишкова маса тіла – майже 55,0%, ожиріння – понад 20,0%. Для порівняння: в країнах ЄС проблеми з ожирінням відчувають 15,9% повнолітніх жителів (16,1% чоловіків і 15,7% жінок), серед молоді цей показник становить 5,7%, серед людей у віці 65–74 років — 22,1%.

Алкоголь наразі знаходиться серед найбільш популярних продуктів харчування українських громадян. За обсягом споживання він значно переважає, наприклад, молоко. За даними Держстату України, у 2016 р. в країні було вироблено молока рідкого обробленого (пастеризованого, стерилізованого, гомогенізованого, топленого, пептизованого) 965,6 тис. тонн та йогурту (інші ферментовані чи сквашені молоко та вершки) 425,8 тис. тонн, тобто всього більше 1,39 млн тонн. Для порівняння: за вказаний рік було вироблено (без урахування вина) 188,7 млн дал алкогольних напоїв, тобто на третину більше.

Роки конфлікту на сході країни, економічна криза значно ослабили українську економіку, що позначилося на статках людей. За даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені Птухи, майже 60% українців живуть за межею бідності. А за минулорічними даними ООН, ця цифра сягає 80%. Однак, незважаючи на зниження купівельної спроможності населення країни останніми роками, витрати населення на спиртне та тютюн, за даними Держстату України, залишаються практично стабільними: на рівні 3,3–3,5% від сукупних витрат домогосподарств (табл. 10.2).

Таблиця 10.2

Структура сукупних витрат населення України у 2010–2015 рр. (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим та м. Севастополя)

Сукупні витрати	Рік					
	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*
Сукупні витрати в середньому за місяць у розрахунку на 1 домогосподарство, грн	3073,3	3458,0	3592,1	3820,3	4048,9	4952,0
Структура сукупних витрат домогосподарств,%	89,9	90,1	90,8	90,2	91,6	92,9
<i>з них:</i>						
продукти харчування та безалкогольні напої	51,6	51,3	50,1	50,1	51,9	53,1
алкогольні напої, тютюнові вироби*	3,4	3,4	3,5	3,5	3,4	3,3

Примітка: * без урахування витрат на придбання спиртного при харчуванні поза домом (ресторани, бари, кафе тощо).

До своєї 140-ї сесії ВООЗ оприлюднила низку звітів, зокрема черговий звіт про рівень споживання алкоголю у 191 країні світу. За показником загального споживання алкогольних напоїв (легального і нелегального в перерахунку на літри абсолютного спирту на душу населення) Україна входить до першої десятки найбільш питущих країн світу: Молдова (17,4), Білорусь (17,1), Литва (16,2), Росія (14,5), Чехія (14,1), Україна (13,9), Андорра (13,8), Румунія (12,9), Сербія (12,6) та Австралія (12,6).

З погляду ВООЗ, прогностичним показником є «самосприйняття здоров'я», яке тісно пов'язане з об'єктивним станом здоров'я (табл. 10.3).

Таблиця 10.3

Самооцінка стану здоров'я населення України порівняно з населенням країн ЄС

Країна	Частка населення у віці 18 років і старше, яке оцінило стан свого здоров'я як			Частка населення у віці 16 років і старше, яке має хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям
	добрий	задовільний	поганий	
Україна*	42,3	45,0	11,7	41,8
ЄС**	66,8	23,3	9,9	32,6
Бельгія	74,5	16,1	9,4	24,9
Болгарія	65,3	22,3	12,3	20,5
Чехія	60,5	27,9	11,7	31,7
Данія	71,7	20,7	7,6	28,1
Німеччина	64,1	27,6	8,3	38,8
Естонія	51,4	32,0	16,7	45,9
Греція	73,0	16,0	11,0	24,1
Іспанія	72,3	19,3	8,4	29,8
Франція	67,5	24,0	8,6	37,1
Італія	67,3	20,5	12,2	24,8
Кіпр	76,9	17,4	5,6	32,3
Латвія	44,9	37,7	17,4	40,6
Литва	44,1	37,8	18,2	32,3
Люксембург	72,3	19,3	8,5	22,7
Угорщина	56,8	27,2	16,1	37,1
Мальта	74,3	22,4	3,4	28,2
Нідерланди	77,2	17,4	5,5	34,7
Австрія	68,9	22,1	9,1	35,8
Польща	57,3	28,7	14,0	34,0
Португалія	45,0	36,3	18,7	40,4
Румунія	70,1	20,9	8,9	18,9
Словенія	64,5	24,4	11,1	32,3
Словаччина	64,1	23,1	12,8	30,3
Фінляндія	69,0	24,5	6,5	46,1
Швеція	79,7	16,2	4,0	34,9
Велика Британія	69,5	21,3	9,2	34,3

Примітки: *за даними опитування домогосподарств, проведеного у жовтні 2015 р.; **дані наведено за 2014 р.

Якщо переважна більшість українців власний стан здоров'я визнають як «задовільний» або «поганий», то більшість населення 23 з 27 країн ЄС вважають стан свого здоров'я добрим.

В Україні середньостатистична сім'я витрачає на продукти харчування стабільно більше 50% від сукупних витрат на місяць (табл. 2). За міжнародними стандартами, сім'ї, в бюджеті яких витрати на харчування перевищують 50% сукупних витрат, вважаються бідними.

Соціально-економічна нестабільність, зuboжіння населення, невпевненість та відсутність перспективи у майбутньому, звернення до психоактивних речовин тощо стали могутніми деструктивно-дестабілізуючими та соціально обумовленими стресогенними чинниками, що мають серйозні медико-соціальні наслідки. Україна належить до країн Європи з високим рівнем суїцидів (табл. 10.4).

Таблиця 10.4

Стандартизований коефіцієнт смертності, самогубства та самопошкодження у будь-якому віці населення України порівняно з країнами ЄС за період 2008–2012 рр. (на 100,0 тис. населення)

Країна	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.*
Україна	18,5	19,02	17,88	17,68	17,82
Європейський регіон	12,3	12,31	11,71	11,27	11,23
Країни ЄС	10,15	10,39	10,27	10,24	10,15

Примітка: *останній можливий рік для порівняння у базі даних ЄРБ ВООЗ за 2016 р.

За даними ВООЗ, самогубства на сьогодні вийшли на друге місце за поширеністю причин смерті у віковій групі від 15 до 29 років. Проблема самогубства стала настільки актуальною, що багато експертів вважають, що для її подолання варто мати спеціальні довгострокові програми. Наразі вже 28 країн світу мають такі програми. Україна до цих країн не належить.

Питання біологічної безпеки та біологічного захисту населення неможливо вирішувати при низькому рівні санітарної культури населення. Адже причинами, що сприяють виникненню спалахів ГКІ в дитячих навчальних та виховних закладах, на об'єктах ресторанного господарства і торгівлі, є грубі порушення санітарного законодавства при технології приготування, зберігання страв, недотримання правил особистої гігієни особами, які беруть участь у приготуванні страв, тощо.

Актуальність проблеми останніми роками зумовлена дією запровадженого мораторію на перевірки будь-яких об'єктів протягом 2014–2015 років, а також фактичною ліквідацією санепідслужби, що здійснювала нагляд за діяльністю суб'єктів господарювання, насамперед за закладами громадського харчування, дитячими закладами тощо. Індикатором небезпечного стану епідемічного благополуччя населення є стрімке зростання групових спалахів ГКІ та харчових отруєнь. За даними Держпродспоживслужби України, станом на 21.07.2016 р. в країні зареєстровано 86 спалахів кишкових інфекційних захворювань, внаслідок яких постраждало 1815 осіб, з яких 864 дитини. За аналогічний період 2015 р. було зареєстровано 51 спалах, внаслідок якого постраждало 923 особи, з них 470 дітей. Такі випадки реєструвались майже на всіх адміністративних територіях, за винятком Донецької та Закарпатської областей. За місцем виникнення 36 (41,9%) спалахів зареєстровано в організованих дитячих колективах, із закладами ресторанного господарювання та торгівлі пов'язано 27 (31,4%) спалахів, з приватними домогосподарствами – 23 (26,7%) спалахи.

Формування ЗСЖ та гігієнічне виховання населення ускладнюється у зв'язку з неоднозначним ставленням населення до різних профілактичних заходів. Так, у рамках проекту «Індекс здоров'я. Україна» Київським міжнародним інститутом соціології та Школою охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» було опитано 10 тис. респондентів. Дослідження показало, що в Україні 14% опитаних негативно ставляться до вакцинації (найвищий цей показник – 29% – на Львівщині). Відмовлялися від щеплень своєї дитини 25% респондентів (40% на Львівщині).

Таким чином, проблема ЗСЖ дуже складна, оскільки має багато взаємообумовлених складових. Механізм її вирішення має передбачати комплекс соціально-економічних, правових, екологічних, санітарно-гігієнічних, пропагандистських, просвітницьких, виховних, організаційних та інших методів.

Діяльність з формування ЗСЖ та гігієнічного виховання населення в Україні здійснюється шляхом формальної та неформальної освіти різних верств населення.

Валеологічна освіта (health adduction по ВООЗ) у процесі загальноосвітнього навчання підростаючого покоління в сучасних умовах вважається у світі провідною у системі формальної освіти підростаючого покоління. Принципових змін в інтегрованому курсі «Основи здоров'я», що входить до державного компоненту освіти, для учнів 5–9 класів в обсязі 35 год., у 2016 р. не відбулося. У 10–11-х класах, як і в попередні роки, вивчається предмет «Основи безпеки життєдіяльності» по 0,5 години на тиждень за навчальною програмою «Основи безпеки життєдіяльності».

Однак говорити про ефективність валеологічної освіти підростаючого покоління наразі важко. На сьогодні ЗСЖ не став нормою серед підростаючого покоління. В країні невпинно поширюється наркоманія серед неповнолітніх. За індексом маси тіла 15% хлопців та 7,5% дівчат мають надмірну вагу тіла або ожиріння. Третина учнівської молоді віком 11–17 років має досвід тютюнопаління. Соціологічне дослідження «Молодь України-2015», що було проведено GFK Ukraine на замовлення Міністерства молоді та спорту України, показало, що займалися фізичними вправами або спортом за останні сім днів тільки 59% респондентів, однак лише 44% з них не мали шкідливих звичок. Водночас 27% опитаних протягом тижня вживали алкогольні напої, 26% жодного разу не займалися спортом або будь-якими видами рухової активності за останній рік, 10% пробували наркотики, 27% курять. Ще й досі серед підлітків не сформовано культури здорового дозвілля (2014 р.), не більше 20% підлітків виконують ранкову гімнастику. Водночас 99,5% підлітків значний час приділяють роботі на комп'ютері, 82,8% – спілкуванню з друзями, 72,3% – перегляду фільмів, 56,6% – виконанню домашніх завдань, 48,7% – іграм. Водночас на відкритому повітрі менше однієї години перебуває лише 23,9% з них. Внаслідок такого способу життя, за даними МОН України, 36% учнів загальноосвітніх шкіл мають низький рівень фізичного здоров'я, а 34% – нижчий за середній.

Освіта і здоров'я нерозривно пов'язані між собою. Освіта сприяє зміцненню здоров'я і навпаки – здорові учні вчать краще. Як свідчить світова практика, до реалізації концепції «Здоров'я через освіту» найбільш наближеними за своїми характеристиками і вимогам є міжнародний проект ЄМШСЗ. Він стосується здоров'я усіх верств підростаючого покоління і реалізується в місцях їх організованого навчання, виховання, дозвілля та оздоровлення – в дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, інтернатних закладах освіти, технічно-професійних училищах, вищих навчальних закладах тощо (усіх типів, видів акредитації та форм власності). Цінність цього проекту полягає в тому, що у закладах ЄМШСЗ діяльність щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я всіх учасників навчально-виховного процесу здійснюється комплексно за наступними напрямками:

1. Підтримка здоров'язберігаючих середовища вищого навчального закладу.
2. Підвищення ефективності навчання здоров'ю учнів у школі, формування стійких мотивацій до ЗСЖ.
3. Підвищення професійної компетентності педагогічного колективу щодо збереження здоров'я дітей.

4. Організація тісної співпраці всіх учасників навчально-виховного процесу: учнів, батьків, вчителів, громадськості.

Національна мережа ЄМШСЗ створена в 2003 р. після проведення першого Всеукраїнського конкурсу-захисту сучасної моделі навчального закладу – Школи сприяння здоров'ю. За період 2003–2015 рр. проведено чотири конкурси. Сьогодні Національна мережа шкіл сприяння здоров'ю налічує близько 5 тис. навчальних закладів. Однак питання ефективності роботи мережі ЄМШСЗ залишається відкритим.

Підлітковий вік – сприятливий вік для формування ЗСЖ. Успішна діяльність щодо інформованості молоді про здоров'я пов'язана з потребами пошуку нетрадиційних, оригінальних ідей, розроблення інформаційних матеріалів, пошуку методів і форм доведення інформації. Одним із таких напрямків роботи є реалізація проекту КДМ.

Завдання КДМ полягають у тому, щоб надати медико-соціальну та консультативну допомогу, спрямовану на формування ЗСЖ; збереження психічного здоров'я, у т.ч. при складних життєвих обставинах; профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ/СНІД; формування навичок, які сприяють збереженню здоров'я, підвищенню рівня інформованості з питань ЗСЖ тощо.

В Україні КДМ почали впроваджуватися за сприяння ЮНІСЕФ в Україні з 1998 року. Проект розрахований на дітей віком від 10 до 17 років, а також на молодих людей до 35 років. Наразі в Україні в усіх областях (регіонах), крім підконтрольної території Луганської області, функціонують «Клініки, дружньої до молоді». Мережа КДМ має тенденцію до зростання: 123, 147, 135, 139 та 142 КДМ у 2012–2016 рр. відповідно. Форми та обсяг профілактичної роботи КДМ наведено у таблиці 10.5.

Таблиця 10.5

Форми санітарно-освітньої роботи КДМ у 2015–2016 рр.

Назва заходу	2015 р.		2016 р.	
	Кількість	Охоплено	Кількість	Охоплено
Індивідуальні форми профілактичної роботи (консультування)	203892	86,9%	20981	85,0%
Групові форми профілактичної роботи	28804	495378	35156	452985
Бесіди	16499	123539	25339	110674
Семінари-тренінги	3386	32259	2160	30473
Круглі столи	856	14561	497	14577
Відеолекторії	2680	60920	2716	58370
Лекції	4688	164725	3898	139804
Акції	597	98488	435	98130
Звернення до «Телефону довіри»	10027 клієнтів		10283 клієнти	

Незважаючи на позитивну динаміку в цілому щодо розвитку мережі КДМ та збільшення обсягу роботи з використанням індивідуальних і групових форм, значним недоліком їхньої роботи є те, що вони переважно розміщені в міській місцевості (табл. 10.6). Тим самим спостерігається нерівноправність щодо доступу до профілактичних послуг мешканців міст і сіл.

Розподіл відвідувачів КДМ за місцем проживання у 2014–2016 рр.

Місце проживання	Кількість відвідувачів					
	Рк					
	2014		2015		2016	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Місто	179082	77,9	179299	76,5	182384	73,9%
Село	50803	22,1	55156	23,5	63971	25,9%
Без певного місця проживання			55	0,02	363	0,1%
Разом	229959		234510		246718	

Структура звернень клієнтів до КДМ наступна: I місце – з приводу консультувань; II місце – з приводу захворювань; III місце – з приводу психологічної допомоги.

Структура звернень для одержання консультації з питань власного здоров'я наведена у табл. 10.7.

Таблиця 10.7

Звернення клієнтів КДМ для одержання консультації з питань власного здоров'я у 2015–2016 рр.

Причина звернень	2015 р.		2016 р.	
	абс.	%	абс.	%
З приводу консультувань, у т.ч.:	203892	87%	209813	85%
з методів контрацепції	67372	28,7%	63184	25,6%
з профілактики ВІЛ/СНІДУ	105182	44,9%	117704	47,7%
з приводу вагітності	7964	3,4%	8947	3,6%
з проблем загального психічного здоров'я	18155	7,7%	17907	7,3%
з проблем сексуальних відносин у підлітковому віці	22551	9,6%	23296	9,4%
з правових питань	2042	0,9%	1652	0,7%
з інших питань	19556	8,3%	16069	6,5%

Таким чином, майже 50% консультативних звернень припадає на питання профілактики ВІЛ/СНІДУ. Водночас, незважаючи на загалом позитивну динаміку, дещо повільно запроваджується у КДМ добровільне передтестове консультування на ВІЛ: у 2015–2016 рр. було охоплено передтестовим консультуванням понад 36,7 тис. осіб та майже 44,0 тис. клієнтів відповідно.

Серед неформальної освіти населення ЗМІ наразі залишаються одним з найбільш масових та доступних джерел інформування населення з питань профілактики захворювань та ЗСЖ. Про це свідчать досить значні обсяги інформації через регіональні ЗМІ щодо питань охорони здоров'я (табл. 10.8).

Таблиця 10.8

Інформування населення про ЗСЖ та профілактику захворювань через регіональні ЗМІ у 2013–2016 рр.*

ЗМІ	Кількість заходів (тис.)											
	2013 р.			2014 р.			2015 р.			2016 р.		
	1**	2**	3**	1**	2**	3**	1**	2**	3**	1**	2**	3**
Обласні	17,4	11,3	32,4	11,5	7,2	21,8	11,9	6,5	21,0	11,1	6,4	20,2
Міські	17,7	20,8	33,4	13,1	15,6	26,3	12,5	12,6	24,7	13,2	14,4	26,5
Районні, відомчі, багатотиражки	-	30,3	2,4	-	15,4	1,1	-	14,8	1,7	-	16,1	1,2
Усього	35,1	62,4	68,2	24,6	38,2	49,2	24,4	33,9	47,4	24,3	36,9	47,9

Примітки: *Дані узагальненої ф. № 51-здоров за 2012–2016 роки; **1 – телепередачі, 2 – радіопередачі, 3 – публікації.

Головний недолік в інформуванні населення через ЗМІ полягає в тому, що до цього часу не вивчається ставлення широких верств населення до різноманітних джерел інформації, не запроваджено моніторинг за її змістом та якістю тощо.

Слід враховувати той факт, що наразі знайти нетрадиційні ідеї впливової інформації щодо формування ЗСЖ досить важко, оскільки усі відомі методи вже застосовуються. Як вважають фахівці з інформації, резерв залишається як у зміні ідеї подання матеріалу (інформація повинна впливати не тільки на свідомість людини, але й засвоюватися на підсвідомому рівні), так і у її змісті: необхідно переконувати людей про необхідність самозахисту, бо їхнє здоров'я нікого не цікавить, тому здоров'я – справа особиста. Тому у контенті матеріалів для ЗМІ акцент доцільно робити на популяризацію ідеалу заможної людини, у якої власне здоров'я – передумова життєвого успіху.

Для привернення уваги населення до актуальних проблем охорони здоров'я в Україні щорічно проводяться пропагандистські акції, присвячені як певним датам (охорона навколишнього середовища, запобігання шкідливим для здоров'я звичкам, раціональне харчування, профілактика ВІЛ/СНІДу тощо), так і у зв'язку з епідситуацією. Кількість проведених акцій у 2012–2016 рр. наведено у табл. 10.9.

Таблиця 109

Кампанії щодо підвищення поінформованості населення у сфері охорони здоров'я в Україні

Кількість пропагандистських акцій в областях	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Мінімум	8–10	6–10	6–10	6–10	7–10
Максимум	21–30 та >	21–30 та >	21–30 та >	21–30 та >	41–51 та >
Україна (в середньому)	22	25	26	27	27

Ефективність таких акцій невідома. Вони фінансово не забезпечуються, тому мають обмежене коло заходів, насамперед через ЗМІ. Спостерігається дефіцит наочності, популярної літератури для населення тощо. Тому дуже складно створити психологічний пресинг на свідомість населення про важливість таких акцій. Як засвідчує практика, ефективність таких пропагандистських заходів значно підвищується, коли вони одночасно супроводжуються різними оздоровчими заходами на вулицях та в ЗОЗ.

Ймовірно, ефективність пропагандистських кампаній незначна, про що непрямо може свідчити кількість звернень населення до телефону «гарячої лінії» за останні роки, яка має тенденцію до зниження (табл. 10.10).

Таблиця 10.10

Звернення населення до телефонів «гарячої лінії» у 2012–2016 рр.

Кількість звернень (тис.)				
Рік				
2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
64,6	103,7	73,7	46,2	37,7

Загальновідомо, що популярна санітарно-освітня література є важливим джерелом інформування населення про профілактику захворювань та ЗСЖ. Видання такої літератури для населення за останні роки ЗОЗ системи МОЗ України наведено у табл. 10.11.

**Видання санітарно-освітньої літератури з питань ЗСЖ та профілактики захворювань
закладами системи МОЗ України у 2011–2016 рр.**

Показник	Рік					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість найменувань, тис.	1,9	2,0	<2,7	~1,9	2,0	2,3
Загальний обсяг (млн. прим.)	<1,4	1	2,7	0,921	1,01	1,11
Тираж 1 найменування (прим.)	700	512	449	491	493	487

Зберігається загальна тенденція до незначних накладів видання одного найменування популярної санітарно-освітньої літератури для населення (не більше 500 прим.). Такий обсяг виданих популярних санітарно-освітніх матеріалів виключає можливість забезпечення в достатній кількості населення будь-якого регіону навіть з однієї найбільш актуальної регіональної проблеми. Тим самим спостерігається в усіх, без винятку, регіонах гострий її дефіцит. Ще гірші справи з виданням плакатів. Так, у 2016 р. останні видавалися лише у 13 регіонах у кількості 617 найменувань загальним накладом 165,5 тис. прим., тобто тираж 1 найменування склав менше 270 примірників.

Дефіцит матеріалів для населення унеможливує, по-перше, здійснення будь-яких інтервенцій з різноманітних питань ЗСЖ, що повинні проводитися у закладах ПМСД, насамперед щодо відмови від куріння, зменшення вживання алкоголю, додержання норм раціонального харчування, своєчасного проходження профілактичних обстежень, своєчасного щеплення тощо; по-друге, виконання УКПМД у частині забезпечення пацієнтів матеріалами відповідно до стану свого здоров'я тощо.

Навчання пацієнтів за медико-оздоровчими показаннями (факультативна гігієнічна підготовка окремих груп та контингентів населення), як і в попередні роки, кількісно домінувало серед неформальної освіти населення. Слід вказати, що вона неповністю наразі відображається в офіційних галузевих формах звітності органів та ЗОЗ. Так, робота шкіл гіпертоників, діабетиків, астма-шкіл тощо в них до цього часу не знайшла свого відображення. Водночас у УКПМД діяльність таких шкіл передбачається. Лише в деяких обліково-звітних формах (форма 51-здоров, 038/о) відображається діяльність з формування ЗСЖ, гігієнічного виховання населення.

Із групових форм навчання у вказаних формах передбачена робота шкіл відповідального батьківства та гігієнічне виховання реконвалесцентів. Показники охоплення навчанням пацієнтів за медико-оздоровчими показниками наведено у таблиці 10.12.

Таблиця 10.12

**Охоплення факультативним гігієнічним навчанням окремих контингентів населення
у 2013–2016 рр. (узагальнена форма №51-здоров)**

Контингент	Рік							
	2013		2014		2015		2016	
	Усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчанню	Усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчанню	Усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчанню	Усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчанню
Реконвалесценти	5,33 млн.	76,7	4,7 млн.	83,7	4,6 млн.	84,0	4,4 млн.	79,2

Вагітні	423,6 тис.	95,9	379,9 тис.	95,4	352,8 тис.	95,5	304,4	93,7
Породіллі	384,5 тис.	96,9	352,7 тис.	97,1	312,4 тис.	98,0	293,7	96,5
Матері дітей 1-го року	369,0 тис.	96,6	341,8 тис.	95,9	282,3 тис.	94,6	268,2	93,7
Матері, які госпіталізовані з хворою грудною дитиною	230,5 тис.	94,4	197,3 тис.	94,8	160,7 тис.	93,3	167,8	93,3

Примітки: *дані по АР Крим та по м. Севастополю за 2014–2015 рр. відсутні, а по Донецькій та Луганській областях представлені частково; ** по всім контингентам дані по м. Києву за 2013–2016 рр. відсутні.

Недоліки, що притаманні такій формі гігієнічного навчання, протягом багатьох років залишаються без змін: воно ґрунтується тільки на вербальних методах навчання через відсутність будь-яких наочних і популярних санітарно-освітніх матеріалів, у медиків відсутня мотивація до якісного її проведення, переважна більшість медичних працівників не мають відповідної підготовки з методики гігієнічного навчання населення тощо. Більше того, її високі показники викликають певну недовіру.

Реформа охорони здоров'я, яка здійснюється в Україні, орієнтована на розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини. Сімейна медицина має компенсувати прогалини у профілактичній та медико-соціальній роботі ЗОЗ, адже, виходячи зі світового досвіду, 60% роботи сімейного лікаря полягає саме у профілактиці.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначено, що з 1 січня 2020 р. надання медичної допомоги на первинному рівні має здійснюватися лише лікарями загальної практики – сімейними лікарями. Тому актуальною для України є проблема якості підготовки сімейного лікаря.

Аналіз Типового навчального плану та програми інтернатури випускників медичних вищих навчальних закладів освіти III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», розроблений співробітниками кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Донецького національного медичного університету ім. М. Горького відповідно до наказів МОЗ України №81 від 23.02.2005р. «Про затвердження переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів», №621 від 25.11.2005 р. «Про внесення змін до наказу МОЗ України №81» та №1088 від 10.12.2010 р. «Про удосконалення післядипломної освіти лікарів», проведений УІСД МОЗ України, засвідчив наступне.

Професійні завдання, перелік знань та програма навчання в інтернатурі для ЛЗПСЛ у частині профілактики як невід'ємні складові учбового процесу збігаються тільки в питаннях імунопрофілактики, II та III профілактики захворювань та диспансеризації. Стосовно гігієнічного виховання населення та формування ЗСЖ спостерігається лише частковий збіг між вказаними складовими навчання.

У переважній більшості навчальних курсів програми інтернатури для ЛЗПСЛ профілактична робота не висвітлена взагалі або висвітлена з позиції лікувальної парадигми охорони та зміцнення здоров'я.

Суб'єкти профілактичної роботи, з якими повинні співпрацювати у своїй повсякденній роботі ЛЗПСЛ, висвітлені не повністю.

Форми роботи з об'єктами профілактичного впливу обмежені: групові форми навчання передбачаються тільки для пацієнтів з однотипними захворюваннями або для осіб груп ризику, а для здорових осіб вони не передбачені взагалі. Серед індивідуальних форм профілактики не відображене проведення короткотермінових інтервенцій щодо вживання інтоксикантів. Зовсім не представлені масові форми профілактики в практиці роботи ЛЗПСЛ.

Відсоток засвоєння практичних навичок з профілактики ЛЗПСЛ після закінчення інтернатури незначний (10,4% від загальної кількості), акцент серед них зроблено на імунпрофілактиці інфекційних хвороб (43%). Спостерігається недооцінка засвоєння практичних навичок з профілактики: до переліку не включено ряд важливих навичок, як з гігієнічного навчання населення, так і з формування ЗСЖ.

Існують певні об'єктивні труднощі щодо профілактичної діяльності ЛЗПСЛ. Примірним табелем матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, затвердженим наказом МОЗ України № 1150 від 27.12.2013 р., не передбачається оснащення для профілактичної роботи та формування ЗСЖ (за винятком ваг та ростоміру для визначення ІМТ): тести Фагерстрема та AUDIT, забезпечення пацієнтів відповідними інформаційними матеріалами (друкованими, аудіо-, відео-, інтернет-технологіями тощо) щодо захворювання, його ускладнень, придбання (видання) наочних матеріалів з різних аспектів ЗСЖ та профілактики ХНІЗ для забезпечення учбового процесу при групових формах навчання пацієнтів, оснащення приміщень закладу тощо. І хоча освітньо-кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» у розділі II «Проведення заходів щодо профілактики захворювань та травматизму, формування ЗСЖ, виявлення та корекція факторів ризику найбільш поширених захворювань» передбачається, що він повинен брати участь в «організації та проведенні школи відповідального батьківства, школи здоров'я для пацієнтів з хронічними захворюваннями та ін.», вказаним Примірним табелем не передбачається використання в навчальному процесі будь-яких наочних засобів, забезпечення слухачів відповідними друкованими матеріалами тощо. Водночас окремі УКПМД у частині первинної медичної допомоги передбачають певне устаткування і навіть окремі спеціальні приміщення для проведення навчання пацієнтів, наприклад «...4. Базою навчання є стаціонар або поліклініка з виділенням окремого приміщення з необхідним устаткуванням (шкільна дошка, глюкометри, тест-смужки, зразки препаратів і засоби введення інсуліну, наочні посібники та ін.)» (Протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнений цукровий діабет від 22.05.2009 р. № 356) або «В приміщенні ЗОЗ (в місцях, доступних пацієнтам) мати друковані інформаційні матеріали, в яких будуть висвітлені стратегії призначення антибіотиків при ГРІ».

Відсутність усталеного механізму фінансування діяльності з формування ЗСЖ та первинної профілактики ХНІЗ в регіонах, безперервне скорочення мережі установ та структур профілактичного спрямування, насамперед ЦЗ, на практиці призводить до нерівномірності розвитку послуг з формування ЗСЖ на місцях (табл. 10.13).

Нерівномірність послуг із формування ЗСЖ у регіонах України у 2014–2016 рр.

<i>Послуги з ЗСЖ</i>					
Видання санітарно-освітньої літератури для населення		Інформаційно-методичний супровід діяльності із ЗСЖ (видання методичних матеріалів)	Функціонування телефону довіри	Функціонування телефону «гаряча лінія»	Моніторинг щодо рівня поінформованості населення з питань ЗСЖ
Буклети, пам'ятки	Плакати				
<i>Кількість регіонів, у яких ці послуги відсутні</i>					
2014 рік					
2		4	2	5	7
2015 рік					
2	9	4	3	4	8
2016 рік					
1	12	5	-	4	9

Висновки

Вирішення проблеми подолання НІЗ на сучасному етапі прямо чи опосередковано пов'язане з проблемою формування ЗСЖ серед широких верств населення.

Формування ЗСЖ, гігієнічне виховання населення в Україні здійснюється шляхом формальної та неформальної освіти, які недостатньо взаємопов'язані між собою.

Типові програми інтернатури за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» наразі не забезпечують відповідну підготовку ЛЗПСЛ у частині профілактичної складової. Матеріальні передумови для гігієнічного навчання пацієнтів та формування ЗСЖ у процесі амбулаторного прийому у закладах ПМСД майже відсутні, що ускладнює реформування охорони здоров'я на засадах сімейної медицини.

Погіршення останніми роками стану санітарно-епідемічного благополуччя в Україні тісно пов'язане із суб'єктивним фактором.

Відсутність механізму фінансування заходів із формування ЗСЖ та гігієнічного виховання населення призводить до нерівномірності надання таких послуг населенню.

Покращення діяльності із формування ЗСЖ та гігієнічного виховання населення залишається однією з актуальних проблем охорони здоров'я в Україні.

11. МОНІТОРИНГ ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПРОБЛЕМ ЯК ОСНОВА ПРОФІЛАКТИЧНИХ СТРАТЕГІЙ ТА ПРОГРАМ ДІЙ

У сучасних умовах на глобальному, регіональному та національному рівнях зростає увага до поширеності неінфекційних захворювань (НІЗ) і пріоритетності дій у боротьбі з цією епідемією. У професійному середовищі підвищується усвідомлення проблем, пов'язаних з НІЗ, їх причин, посилюється доказова база для ефективних втручань.

Статистичні дані та експертні оцінки підтверджують збільшення поширеності неінфекційної патології у світі та зростання масштабів викликаних нею негативних медико-соціальних наслідків. Питома вага смертності від неінфекційних хвороб у загальній структурі смертності населення світу збільшилася впродовж останніх років з 63% до 68%. На глобальному рівні 31,3% випадків смерті обумовлено хворобами системи кровообігу, 13,0% – злоякісними новоутвореннями, 6,2% – цукровим діабетом, 5,0% – хронічними обструктивними захворюваннями легень. Провідними чинниками ризику розвитку неінфекційних захворювань є підвищений кров'яний тиск, який призводить до 9,4 млн смертей, куріння, яке обумовлює 6 млн смертей, алкоголь, який викликає 3,3 млн смертей тощо. Особливу тривогу викликає той факт, що 40% смертей від НІЗ були передчасними.

За прогностичними оцінками, до 2030 р. частка неінфекційних хвороб у загальній структурі смертності становитиме 75%. Майже три чверті смертей від неінфекційних захворювань відбуваються в країнах із середнім та низьким рівнем розвитку, що свідчить про глобальність загрози для здоров'я людей з різним рівнем матеріального забезпечення, для бідних і багатих країн та про шарків населення.

Надзвичайно загрозлива ситуація щодо НІЗ склалася в Європейському регіоні ВООЗ, де вони є найпоширенішою причиною смерті, що досягає 86% усіх випадків і 77% глобального тягаря хвороб. Смертність від серцево-судинних захворювань становила майже 50% усіх випадків смерті населення Європи. Щорічно від хвороб системи кровообігу помирають 5,1 млн людей. За останні 15 років стандартизований коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу зменшився в Європейському регіоні ВООЗ з 458,8 до 332,7 випадку на 100 тис., тобто на 27,5%, у країнах ЄС – з 310,4 до 192,1 на 100 тис., тобто на 38,1%. Проте в країнах Східної Європи прогрес у скороченні смертності від хвороб системи кровообігу був незначним. Відмінності у величині вказаного показника між окремими країнами досягали семи разів.

Протягом 15 років відбувалося зниження рівнів смертності внаслідок онкологічних захворювань у Європейському регіоні ВООЗ. Однак рівень передчасної смертності від раку залишається високим і становить у цілому в Регіоні 75,2 випадку на 100 тис. (в країнах ЄС – 70,5 на 100 тис.).

Оскільки провідну роль у формуванні тягаря хвороб та рівнів смертності в країнах Європейського регіону ВООЗ відіграють хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хронічні обструктивні захворювання легень, цукровий діабет, а також чинники ризику їх розвитку, саме вони повинні бути предметом моніторингу та об'єктом пильної уваги керівників і спеціалістів охорони здоров'я, осіб, які приймають рішення.

Стратегічними і програмними документами ВООЗ, насамперед Глобальною стратегією профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями та Глобальним планом дій з профілактики неінфекційних хвороб і боротьби з ними на 2013–2020 рр.,

окреслено низку пріоритетних завдань у боротьбі з епідемією НІЗ. З урахуванням глобальних пріоритетів у Європейському регіоні ВООЗ затверджено План дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 рр., який передбачає всеохоплюючий інтегрований підхід до вирішення проблем, пов'язаних з хронічною патологією. Його складовими є напрями і заходи, які сприяють зміцненню здоров'я і розвитку програм профілактики хвороб на популяційному рівні, серед груп і осіб, які зазнають високого ризику, і спрямовані на максимальне охоплення населення ефективним лікуванням і доглядом.

Одним із важливих напрямів Плану дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 рр. є моніторинг і оцінка ситуації щодо НІЗ. Проте використання різних інструментів збору даних ускладнює завдання порівняння значного обсягу результатів епідеміологічних досліджень у Європейському регіоні ВООЗ. З огляду на це, перед багатьма країнами постають завдання забезпечення якості, надійності, стійкості систем епідеміологічного нагляду, зважаючи на їх значущість для розробки цілеспрямованих дій, слідкування за ходом роботи з протистояння епідемії неінфекційних хвороб та оцінки її успішності, удосконалення стратегій і політики боротьби з неінфекційною патологією. Системи епідеміологічного нагляду відносно НІЗ повинні генерувати і відслідковувати інформацію щодо тягаря неінфекційної патології, включаючи захворюваність, інвалідність, смертність, поширеність хронічних хвороб і чинників ризику їх розвитку, економічні збитки, соціальні детермінанти, групи ризику, реалізацію стратегій тощо.

Зважаючи на значну поширеність НІЗ серед населення України, їх вагомий внесок у формування глобального тягаря хвороб, необхідний моніторинг ситуації щодо поширеності неінфекційної патології в Україні, чинників ризику її розвитку, визначення особливостей та тенденцій на національному, регіональному та місцевому рівнях для обґрунтування комплексних заходів протидії епідемії. Проведення моніторингових досліджень повинно враховувати причини сучасних епідеміологічних зрушень, у т.ч. демографічні тенденції постаріння населення, негативні наслідки, які супроводжують соціально-економічні перетворення, глобалізацію, урбанізацію, некеровану мобільність тощо.

Негативні тенденції щодо зростання поширеності НІЗ властиві Україні, де вони набувають загрозливих масштабів. Статистичні дані свідчать про те, що 86% глобального тягаря хвороб обумовлено саме хронічною патологією.

За даними Глобальної обсерваторії охорони здоров'я, стандартизовані за віком показники смертності населення України від НІЗ становили у 2015 р. 714,7 випадку на 100 тис., у т.ч. чоловічого населення – 965,2 на 100 тис., жіночого – 549,0 на 100 тис. У загальній структурі смертності населення України від неінфекційної патології 34% становили випадки передчасної смертності, у т.ч. у чоловіків – 47%, жінок – 22%.

За даними Державної служби статистики України, результати опитування осіб з 9,3 тис. домогосподарств у жовтні 2016 р. засвідчили, що із загальної кількості опитаних 37,8% мали хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям. Найбільш поширеними були гіпертонічна хвороба та захворювання серця. На наявність гіпертонії вказали 42,8% опитаних, хвороб серця – 25,1% осіб, які мають хронічні захворювання. Серед усіх хронічно хворих 13,0% хворіють на артроз або артрит, 12,7% – на остеохондроз, 7,8% мають в анамнезі хронічний гепатит, жовчнокам'яну хворобу, холецистит, холангіт, цироз печінки,

6,5% – хронічний бронхіт, емфізему легенів, 6,0% страждають на мігрені або частий головний біль, 5,6% мають виразку шлунка або 12-палої кишки, 5,0% – алергію.

Серед міських жителів, які мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям, більш поширені, порівняно із сільським населенням, остеохондроз, хвороби печінки, алергія, хвороби органів травлення, діабет, інсульт та алергічна астма. Найвища частка хронічних хворих або осіб, які мають проблеми зі здоров'ям, спостерігалася серед жінок та чоловіків непрацездатного віку.

Стійку тенденцію до зростання неінфекційної захворюваності підтверджують дані ЦМС МОЗ України. Протягом 1991–2016 рр. захворюваність населення на серцево-судинні захворювання збільшилася в 1,7 разу і досягла 4287,1 випадку на 100 тис. населення. Поширеність хвороб системи кровообігу серед населення збільшилася у 2,7 разу і становила у 2016 р. 52970,4 випадку на 100 тис. Аналіз показників за період 2000–2016 рр. виявив тенденцію до стабілізації і деякого зниження первинної захворюваності (на 9,7%). Водночас поширеність серцево-судинної патології за вказаний період збільшилася на 45,0%, у т.ч. поширеність гіпертонічної хвороби – на 58,3%, ішемічної хвороби серця – на 53,0%, цереброваскулярних хвороб – на 16,8%.

Упродовж 2015–2016 рр. показники первинної захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу практично не змінилися (захворюваність населення на серцево-судинну патологію зменшилася на 0,59%, поширеність хвороб збільшилася на 0,26%). Проте захворюваність на інсульти збільшилася на 2,0%. У структурі захворюваності дорослого населення України на хвороби системи кровообігу провідні місця посідають гіпертонічна хвороба (46,7%), ішемічна хвороба серця (34,9%) та цереброваскулярні хвороби (11,3%) (рис. 11.1).

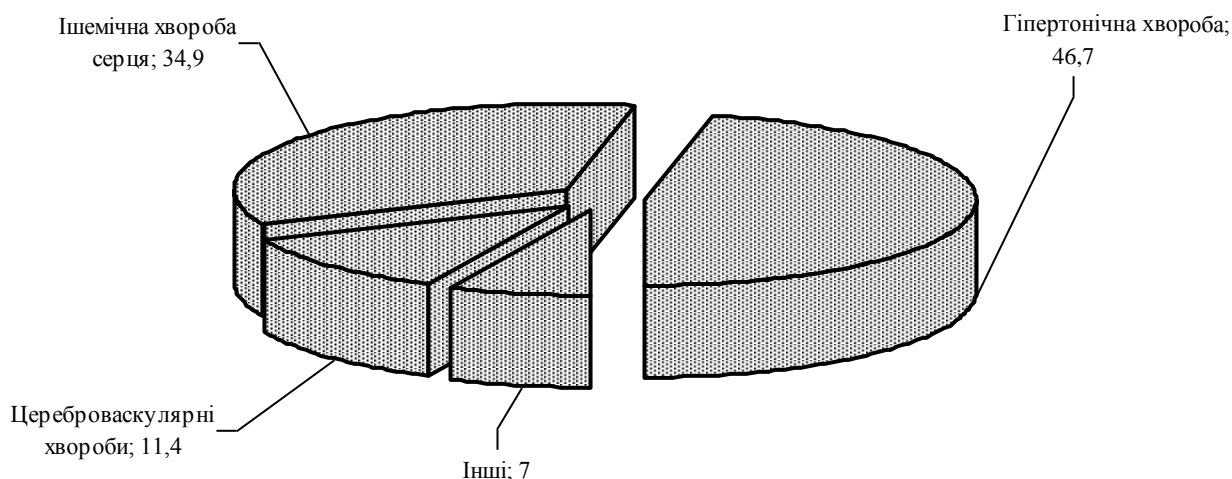


Рис. 11.1. Структура захворюваності дорослого населення України на хвороби системи кровообігу (%)

За 25-річний період спостереження захворюваність на вказані нозологічні форми мала негативну динаміку (рис. 11.2). Водночас у 2016 р. рівні захворюваності на провідні хвороби системи кровообігу є нижчими. Їх оцінка повинна бути комплексною і враховувати усі чинники, у т.ч. рівень доступності медичної допомоги, повноту виявлення тощо.

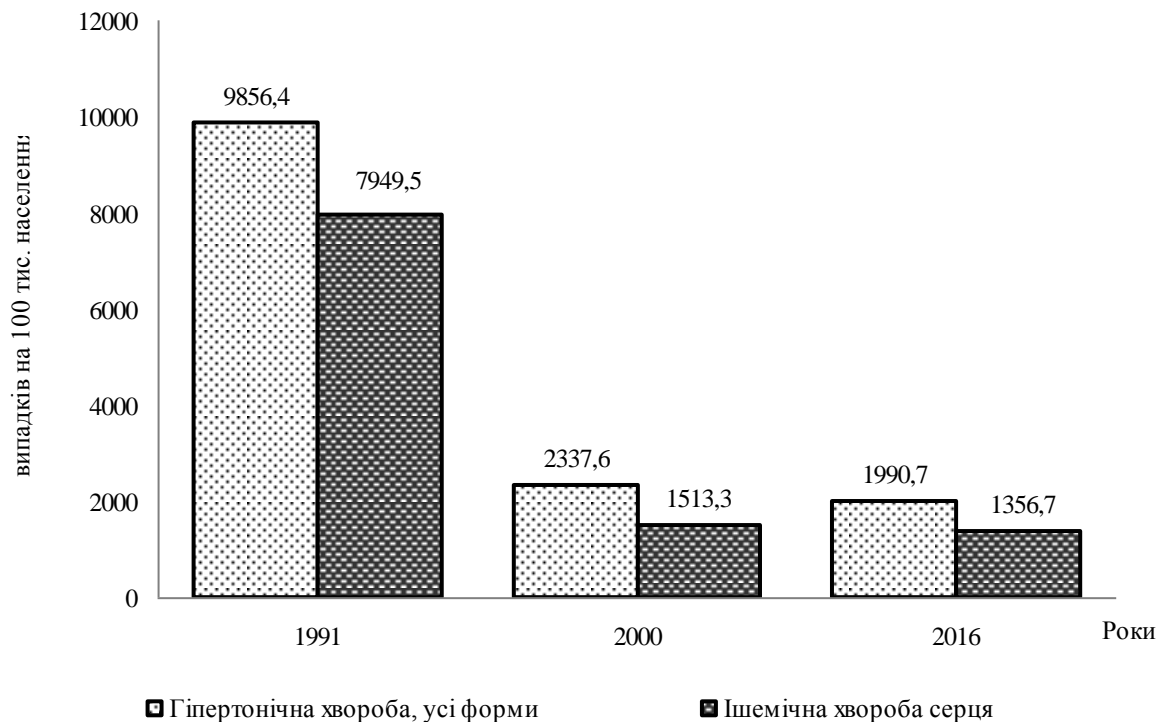


Рис. 11.2. Захворюваність на окремі хвороби системи кровообігу дорослого населення України у 1991 р., 2000 р. та 2016 р. (на 100 тис.)

Хвороби системи кровообігу займають перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, питома вага яких у 2015 р. становила 23,4%, і в структурі смертності населення (68,0%). Серцево-судинні захворювання у чоловічого населення країни на 27,2% формують показник DALYs, у жіночого – на 33%. Протягом 1991–2015 рр. показник смертності від хвороб системи кровообігу в Україні зріс з 488,0 до 946,1 на 100 тис., тобто вдвічі.

За стандартизованим показником смертності населення з цієї причини країна в 1991 р. займала 17-те за величиною місце серед країн Європейського Регіону ВООЗ, у 2014 р. – вже перше місце, за стандартизованим показником смертності від хвороб системи кровообігу у працездатному віці – друге місце.

Як і в більшості європейських країн, в Україні серйозною проблемою здоров'я населення є збільшення поширеності онкологічної патології. Захворюваність населення на рак також має негативну тенденцію до зростання. Протягом 1991–2016 рр. даний показник збільшився з 303,7 на 100 тис. до 315,4 на 100 тис., або на 3,4% (рис. 11.3). При цьому найвищі рівні захворюваності на рак реєструвалися у 2010–2013 рр. (341,2–360,3 випадку на 100 тис.). Впродовж 2015–2016 рр. захворюваність на рак практично не змінилася (збільшилася на 0,57%). Внесок злоякісних новоутворень у формування загального тягаря хвороб у чоловічого населення України становить 9,0% DALYs, у жіночого – на 10,4%.

За даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», поширеність раку в Україні досягає 2,4% населення, у країнах Європейського Регіону ВООЗ – 2,3%, у країнах ЄС – 2,7%.

У 2016 р. контингент хворих на онкологічні хвороби в Україні досягнув 985,4 тис. осіб. Порівняно з попереднім роком він збільшився на 23,6 тис. У структурі смертності населення у 2015 р. новоутворення посіли друге місце з питоמוю вагою 13,8%.

Внаслідок цих захворювань у 2015 р. померло 78,8 тис. Понад третину померлих від раку становили люди працездатного віку.

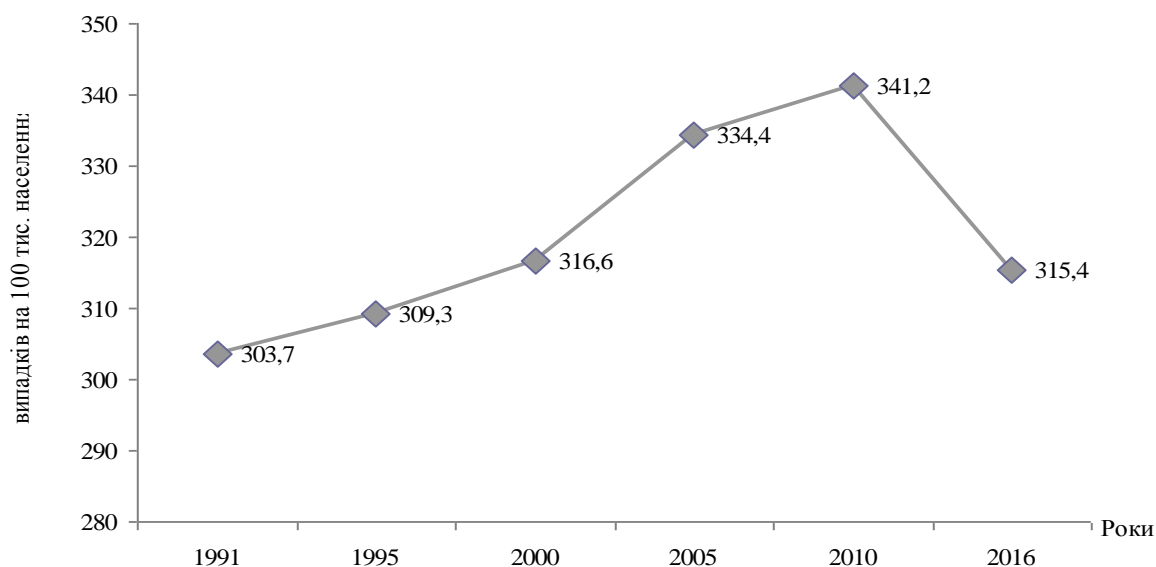


Рис. 11.3. Захворюваність населення України на злоякісні новоутворення впродовж 1991–2016 рр. (на 100 тис. населення)

Стандартизовані коефіцієнти смертності населення від злоякісних новоутворень в Україні протягом 15-річного періоду мали тенденцію до зменшення (-11,7%), що збігається із загальноєвропейською тенденцією (-12,1%) та тенденцією в країнах ЄС (-14,2%). Водночас стандартизовані показники смертності від раку населення працездатного віку в Україні на 35,6% перевищують показники в країнах ЄС і на 27,3% – середні показники в Європейському регіоні ВООЗ в цілому. Україна займає шосте місце за величиною стандартизованого показника смертності населення працездатного віку від онкологічної патології.

Надзвичайно важливою проблемою в Україні є значна поширеність цукрового діабету. За даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», поширеність цукрового діабету в Україні досягає 3,1% населення, у середньому в країнах Європейського Регіону ВООЗ – 3,8%, у країнах ЄС – 5,1%.

У 2016 р. в Україні на цукровий діабет хворіло понад 1,2 млн осіб, або 2925,8 на кожні 100 тис. населення. Порівняно з 1991 р. поширеність діабету збільшилася на 74,5%, за останніх 10 років – на половину, порівняно з попереднім 2015 р. – на 4,8%

Інсулінозалежний діабет становив 6,5% усіх випадків хвороб. Протягом тривалого періоду зростала і первинна захворюваність на цукровий діабет, про що свідчить щорічна реєстрація близько 95 тис. нових випадків захворювання. У 2016 р. показник первинної захворюваності становив 221,9 на 100 тис. населення, що на 51,3% перевищує показник 1991 р. (рис. 11.4).

Невчасно діагностований та неналежно пролікований цукровий діабет призводить до серйозних ускладнень, вражаючи органи-мішені, у т.ч. нирки, очі, судини. Діабет обумовив майже 3% первинної інвалідності дорослого населення. Стандартизований показник смертності внаслідок цукрового діабету скоротився за 15-річний період на 34,5% і був меншим за середньоєвропейський у 3,6 разу, в країнах ЄС – у 3,1 разу.

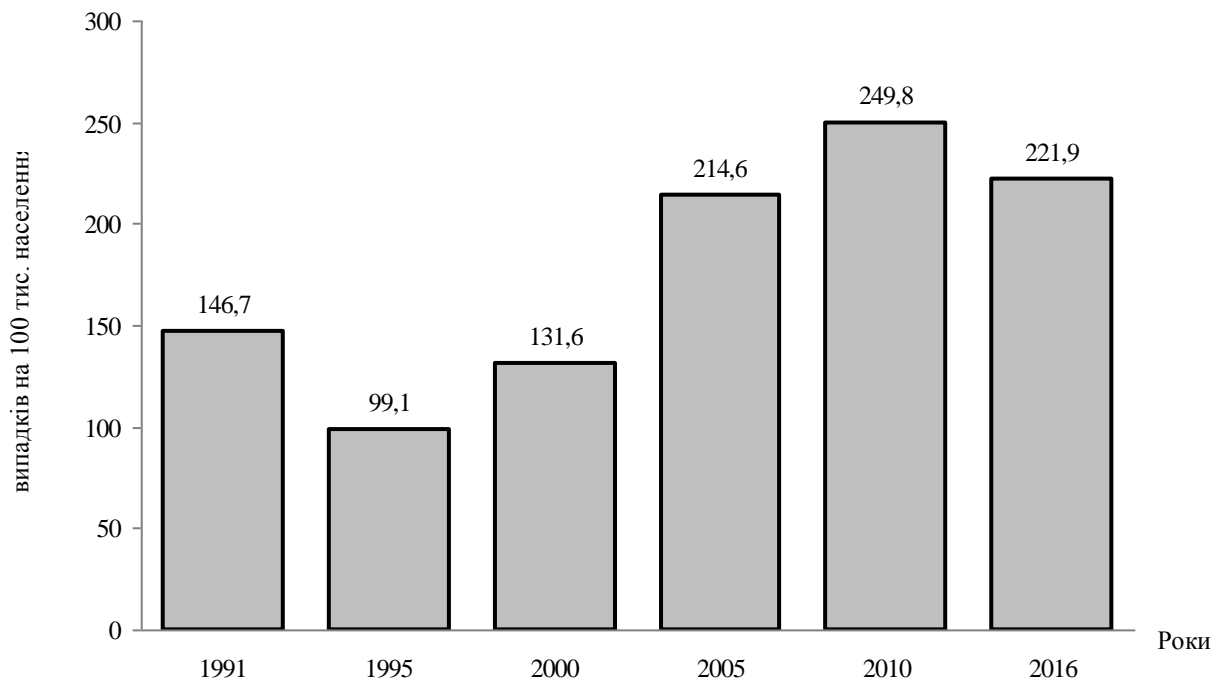


Рис. 11.4. Захворюваність населення України на цукровий діабет впродовж 1991–2016 рр. (на 100 тис. населення)

В Україні значного поширення набули хронічні обструктивні хвороби легень, на які хворіють 4% населення. Упродовж 1991–2016 рр. показник поширеності хронічного бронхіту мав тенденцію спочатку до зростання до 2005 р. з 2067,4 до 2999,2 випадку на 100 тис. населення, а потім протягом 10-літнього періоду – до зменшення до 2165,4 випадку на 100 тис. у 2016 році. Упродовж 2015–2016 рр. поширеність хронічного бронхіту збільшилася на 3,2%. Така ж закономірність властива захворюваності населення на цю недугу, яка зросла протягом минулого року на 1,7%.

Протягом 1991–2016 рр. поширеність бронхіальної астми серед населення України збільшилася на 44,2% і досягла 490,4 випадку на 100 тисяч. При цьому найвищі рівні поширеності патології спостерігалися у 2010 р (517,5 випадку на 100 тис.) з поступовим незначним зниженням (рис. 11.5).

Причинами нездоров'я через високі рівні захворюваності населення на неінфекційні хвороби дуже часто виступають чинники ризику їх розвитку. Тому поліпшення здоров'я населення та скорочення поширеності неінфекційних захворювань лежить у площині боротьби з чинниками ризику.

З огляду на епідеміологічний ландшафт, вирішального значення набуває профілактика та корекція чинників ризику розвитку НІЗ, насамперед попередження та скорочення вживання тютюну, алкоголю, контроль артеріального тиску, підвищення фізичної активності, пропагування і забезпечення здорового харчування тощо.

Масштабність поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України та її негативні медико-соціальні наслідки потребують пріоритетної уваги до питань контролю кров'яного тиску. Відомо, що артеріальний тиск обумовлює розвиток і ускладнення більшості серцево-судинних захворювань і є причиною 9,4 млн випадків смерті у світі, що

становить 12,8% від загальної кількості. Проблема поширеності підвищеного кров'яного тиску є надзвичайно гострою в Україні, де цей чинник ризику серцево-судинної патології досягає, за даними національних вибірок, значних показників.

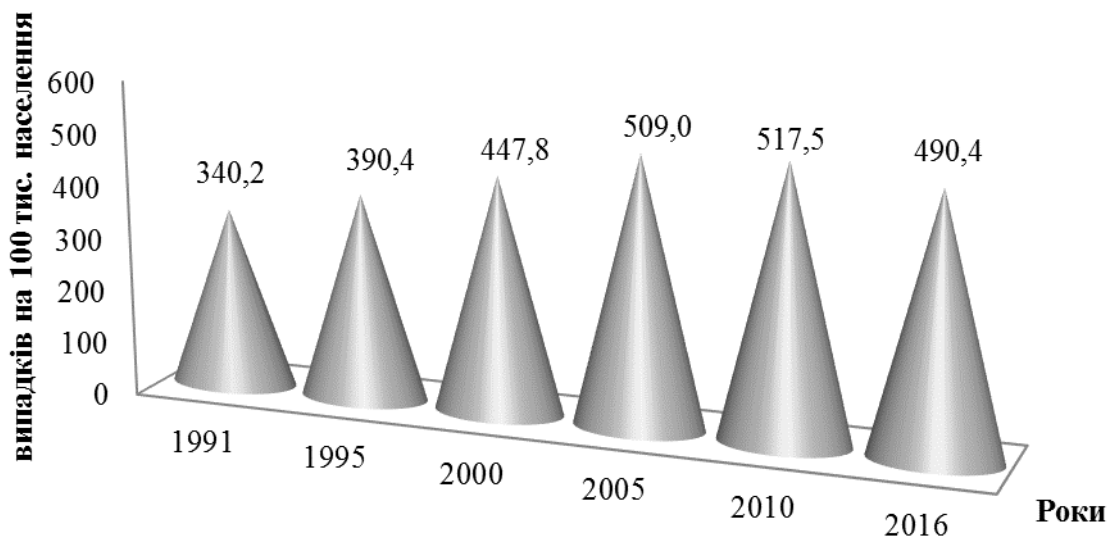


Рис. 11.5. Поширеність бронхіальної астми серед населення України впродовж 1991–2016 рр. (на 100 тис. населення)

За даними Глобальної обсерваторії охорони здоров'я, в Україні підвищений артеріальний тиск мають 34,9% чоловіків та 30,4% жінок у віці 18 років і старше. Стандартизовані за віком показники становлять 32,3% та 22,3% дорослого чоловічого та жіночого населення.

Вагому роль у боротьбі з епідемією серцево-судинних захворювань відіграє обмеження споживання солі, що є однією з пріоритетних стратегічних дій і вважається одним з найбільш економічно ефективних підходів до запобігання НІЗ. У більшості європейських країн показник щоденного споживання солі в даний час коливається на рівні від 7 до 18 грамів на добу і поки що не досягає рекомендованої норми, яка складає менше 5 г на добу. З огляду на це, зменшення вмісту солі в продуктах харчування, проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення, забезпечення чіткого маркування продуктів і моніторинг споживання солі населенням повинні стати пріоритетними заходами в боротьбі за зменшення поширеності підвищеного артеріального тиску в популяції.

Ефективність заходів зі скорочення поширеності неінфекційних захворювань значною мірою залежить від скорочення поширеності куріння. В Україні, за показниками Банку даних Глобальної обсерваторії охорони здоров'я, поширеність вживання тютюну збільшилася в період 2010–2013 рр. з 28,8% до 30,7% населення віком старше 15 років, у т.ч. серед чоловіків – з 50,0% до 50,6%, серед жінок – з 11,2% до 14,3%. При цьому 44,2% чоловіків і 9,9% жінок курили щоденно. Стандартизовані за віком показники поширеності куріння у 2013 р. становили в Україні 28,3% дорослого населення, у т.ч. 46,9% чоловіків і 13,0% жінок.

У рейтингу країн ЄР ВООЗ за поширеністю куріння серед чоловіків Україна посідає 7-е місце.

У 2016 р. шкідливу звичку курити мали 19,3% населення України віком 12 років і старше. За даними опитування домогосподарств Державною службою статистики України, більше третини курців курять понад 20 років. Порівняно з 2015 р. у 2016 р. частка осіб, які курять, збільшилася на 0,9 в.п., у т.ч. серед міських мешканців – на 0,7 в.п., а серед сільських – на 1,1 в.п. Порівняно з попереднім опитуванням зменшилася частка осіб, які курять від 1 до 5 років та від 16 до 20 років, і зросла частка осіб зі стажем куріння від 6 до 10 років, від 11 до 15 років та понад 20 років.

Серед дорослих чоловіків у 2016 р. курили 37,8% осіб віком 18–29 років, 44,5% – віком 30–59 років та 25,1% осіб у непрацездатному віці. Серед жінок тютюнокуріння найбільш поширене у віці 30–56 років: повідомили, що курять, 7,7% жінок цього віку. Частка жінок, які курять, серед жінок активного дітородного віку (18–29 років) зменшилася у 2016 р. на 1,5 в.п. і становила 5,5%. Серед підлітків у віці 16–17 років курять 6,9% хлопців та 1,0% дівчат (у 2015 р. – відповідно 7% та 0,8%). Серед осіб, які курять, 36,7% у середньому викурюють за добу від 6 до 10 сигарет, 33,2% – від 16 до 20 сигарет.

Нездорове споживання алкоголю населенням суттєво посилює негативні тенденції до зростання НІЗ та смертності. За даними Глобальної обсерваторії охорони здоров'я, споживання алкоголю в розрахунку на одного мешканця становило в Україні у 2015 р. 11,8 л. Частка пов'язаних з алкоголем причин смерті серед усіх причин смерті становила 34,4%. За даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», Україна посідає друге місце серед країн Європейського регіону ВООЗ за величиною стандартизованих коефіцієнтів смертності від причин, асоційованих з алкоголем.

Низька фізична активність населення є ще однією надзвичайно важливою проблемою, яка формує тягар нездоров'я українців. За показниками Банку даних Глобальної обсерваторії охорони здоров'я, в Україні 14,4% населення ведуть малорухливий спосіб життя. Серед чоловіків цей показник становить 12,2%, серед жінок – 16,2%. З віком поширеність гіподинамії зростає. Протягом 25-річного періоду спостереження частота гіподинамії у популяції вдвічі збільшилась серед чоловіків і в 1,5 разу серед жінок.

У плані боротьби з НІЗ важливе значення відводиться корекції надмірної маси тіла та боротьбі з ожирінням. В Україні проблема поширеності серед населення надмірної маси тіла набуває пріоритетності. За розрахунковими даними ВООЗ, надмірну масу тіла мають 53% українців, у т.ч. 50,5% чоловіків і 56,0% жінок. При цьому на ожиріння хворіють 21,3% жителів, у т.ч. 15,9% чоловіків і 25,7% жінок.

За даними Глобальної обсерваторії охорони здоров'я, стандартизовані за віком показники індексу маси тіла більше 25 у 2014 р. мали в Україні 57,4% чоловіків і 51,5% жінок, ожиріння – 17,6% та 22,1% відповідно. Впродовж 2000–2014 рр. поширеність надмірної маси тіла збільшилася у популяції чоловіків на 23,7%, жінок – на 5,3%, поширеність ожиріння зросла серед чоловіків на 51,7%, серед жінок – на 15,1%. Причинами значної поширеності вказаних чинників ризику є нездорові харчові звички з переважанням вуглеводів у щоденному раціоні та низька фізична активність.

Відомо, що більшість НІЗ можна попередити шляхом реалізації заходів зі скорочення чинників ризику, яку покладено в основу формування сучасних стратегій і планів боротьби з неінфекційною патологією. Заходи, передбачені планами боротьби з НІЗ, повинні включати

питання оподаткування тютюнових та алкогольних виробів, зменшення вмісту жиру, солі і цукру в готових харчових продуктах, розвитку і підвищення доступності індустрії дозвілля, занять фізичною культурою і спортом, посилення профілактичних складових у діяльності сектору охорони здоров'я, а також доступності та якості медичної допомоги.

Україна у відповідь на епідемію НІЗ розробила проект Національного плану дій щодо неінфекційних захворювань, в основу якого покладено пріоритетні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я, комплексний підхід, заснований на наукових доказах, інтегруванні досягнень соціальних і поведінкових наук, стратегічному соціальному маркетингу. Важливу роль відведено використанню технологій стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, розвитку державно-приватного партнерства, спільним міжсекторальним діям, інвестуванню в здоров'я, боротьбу з основними складовими тягаря НІЗ. Передбачено формування ЗСЖ та забезпечення профілактики НІЗ шляхом створення системи безперервного медико-гігієнічного навчання, реалізації заходів з профілактики та скорочення куріння, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, сприяння фізичній активності та розвиток відповідної інфраструктури, забезпечення здорового харчування, поліпшення статевого виховання.

Національний план дій щодо неінфекційних захворювань має чітку профілактичну спрямованість, передбачає боротьбу з чинниками ризику, забезпечення здорових умов життя, поліпшення детермінант здоров'я, підвищення доступності та якості медичного обслуговування, насамперед пацієнтів з НІЗ, та чинниками ризику хронічної патології.

Отже НІЗ є основними причинами смерті та втрачених років здорового життя на глобальному, регіональному та національному рівнях. Вони обумовлюють понад 60% глобального тягаря хвороб у світі, понад 80% – у Європі, у т.ч. в Україні. Частка передчасної смерті становить 34% у загальній структурі смертності населення України від НІЗ, у т.ч. 47% у смертності чоловіків і 22% – у смертності жінок. Епідемія НІЗ негативно впливає на розвиток людського потенціалу, призводить до медико-соціальних втрат та економічних збитків.

В основі розвитку епідемії НІЗ знаходяться поведінкові чинники ризику: вживання тютюну, недостатня фізична активність, шкідливе вживання алкоголю і нездорове харчування, які призводять до високих рівнів кров'яного тиску, підвищеного вмісту холестерину і цукру в крові, а також до надлишкової маси тіла. Україні, як і для більшості європейських країн, притаманна значна поширеність чинників ризику неінфекційної патології, що ставить питання попередження та корекції нездорової поведінки та створення умов для формування навичок ЗСЖ у населення в ранг пріоритетних.

У рейтингу країн Європейського регіону ВООЗ Україна посідає перше місце за величиною стандартизованих показників смертності населення внаслідок хвороб системи кровообігу та друге – за стандартизованими коефіцієнтами смертності від серцево-судинної патології серед населення працездатного віку, друге – за рівнем смертності, асоційованої з алкоголем, шосте – за рівнем смертності населення працездатного віку внаслідок онкологічних хвороб, сьоме – за поширеністю куріння серед чоловіків, п'яте – за споживанням алкоголю на душу населення.

Нездоровий спосіб життя обумовлює високі рівні захворюваності і смертності від НІЗ, що вимагає обґрунтування та розробки сучасних стратегій і механізмів формування ЗСЖ, профілактики захворювань та надання якісної медичної допомоги хворим.

Широкий діапазон економічно ефективних заходів має важливе значення для скорочення поширеності основних чинників ризику розвитку хронічної патології, активного виявлення та результативного лікування людей з НІЗ та захисту осіб з високим ризиком їх розвитку. Програми та політика у сфері НІЗ повинні бути узгоджені з національними планами в рамках сильних комплексних систем охорони здоров'я.

На скорочення поширеності чинників ризику виникнення хронічної патології; впровадження засад ЗСЖ, зниження рівнів смертності та інвалідності, подовження середньої тривалість життя та підвищення рівня благополуччя населення спрямовано заходи розробленого в Україні на комплексній міжсекторальній основі Національного плану дій щодо неінфекційних захворювань.

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Депресія: давай поговоримо : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 6–7 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – 278 с.
2. World Customs Organization. 2015 Illicit Trade Report [Electronic resource]. – Access mode : – URL : <http://www.wcoomd.org/~media/wco/public/global/pdf/topics/enforcement-and-compliance/activities-and-programmes/illicit-trade-report/itr-2015-en.pdf?db=web>. – Title from screen.
3. Мешкова О. М. Аналіз діяльності центрів, відділень, кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» України за 2016 рік [Електронний ресурс] / О. М. Мешкова, Л. В. Романенко ; МОЗ України. – Режим доступу : <http://www.kdm-ldd.org.ua>. – Назва з екрана.
4. Близько 40% мешканців Львівщини все ще не довіряють вакцинації – дослідження [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zik.ua/news/2017/03/02/blyzko_40_meshkantsiv_lvivshchyny_vse_shche_ne_doviryayut_vaktsynatsii_1053377. – Назва з екрана.
5. Виконання Державного бюджету / 2015 : річний звіт про виконання Державного бюджету України за 2015 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list?currDir=311513>. – Назва з екрана.
6. Виконання Державного бюджету / 2016 / Держстат України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list?currDir=311513>. – Назва з екрана.
7. Виробництво основних видів промислової продукції по місяцях 2015 року [Електронний ресурс] / Держстат України, 1998–2016. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрана.
8. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015. Целевые ориентиры и более широкие перспективы – новые рубежи в работе с фактологическими данными. Основные положения / ВОЗ ЕРБ [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/291518/EHR_High_RU_WEB_01.pdf. – Название с экрана.
9. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 г : резюме / ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665>. – Название с экрана.
10. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 г. : резюме / ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665>. – Название с экрана.
11. Волинкін І. І. Аналіз та перспективи кадрового забезпечення галузі в умовах її реформування / І. І. Волинкін // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. – Київ, 2012. – С. 62–71.
12. Габорець Ю. Ю. До забезпечення права на життя новонароджених недоношених дітей / Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 103–110.

13. Україна у цифрах. 2016 : статистичний збірник / Державна служба статистики України. – Київ, 2017.
14. Дудіна О. О. Досягнення, проблеми та шляхи вирішення питань в охороні здоров'я матерів і дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Результати діяльності галузі охорони здоров'я: 2012 рік. – Київ, 2013. – С. 37–51.
15. Дудіна О. О. Деякі питання доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги Україні / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4. – С. 100–105.
16. Дудіна О. О. Нормативно-правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, У. В. Волошина // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 1 (1). – С. 64–69.
17. Дудіна О. О. Сучасні перинатальні технології – важлива складова поліпшення здоров'я дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко, Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. – 2015 – № 4. – С. 24–29.
18. Дудіна О. О. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 5–12.
19. Дудіна О. О. Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Перинатологія і педіатрія. – 2015. – № 3. – С. 10–17.
20. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), июль 2016.
21. Європейська база даних “Здоров'я для всіх” (онлайнова база даних) [Електронний ресурс]. – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2015. – Режим доступу : <http://www.Euro/Who.Int/hfadb>, останнє оновлення – грудень 2015 р. – Назва з екрана.
22. Кадрові ресурси охорони здоров'я : стат. збірник / В. В. Вороненко, Г. Л. Пустовойтова, І. І. Фещенко [та ін.]. – Київ, 2012. – 367 с.
23. Кириленко С. В. Украинская сеть школ содействия здоровью [Электронный ресурс] / С. В. Кириленко, Т. П. Бережная. – Киев : Ин-т инновационных технологий и содержания образования. – Режим доступа : <http://periodicals.karazin.Ua/valeology/article/viewFile/4601/4192>. – Название с экрана.
24. Контроль над тютюном в Україні : другий національний звіт / К. С. Красовський, Т. І. Андрєєва, А. А. Григоренко [та ін.]. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 128 с.
25. Криминальные качели: Как за 25 лет уровень преступности в Украине вырос в полтора раза [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://112.ua/statji/kriminalnye-kacheli-kak-za-25-let-uroven-prestupnosti-v-ukraine-vyros-v-poltora-raza-320203.html>. – Название с экрана.
26. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні: За результатами дослідження 2015 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» / [колектив авторів], кер. О. М. Балакірева. – Київ : Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. – 200 с.
27. Кучеренко Н. Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я // Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали

щорічної Всеукр. наук.-практ. конференції за міжнародною участю. – Київ, 2016. – С. 99–100.

28. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті, 2013 рік. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 168 с.

29. Мирова статистика здравоохранения. 2010 год. – Режим доступа : www.who.int/whosis/whostat/2010/ru.index.html. – Название с экрана.

30. Моїсеєнко Р. О. Діти з інвалідністю: сучасний погляд на вирішення проблеми / Р. О. Моїсеєнко, Н. Г. Гойда, О. О. Дудіна // Депресія: давай поговоримо : матеріали Міжнародної наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 06–07 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 122–126.

31. Найбільші проблеми з ожирінням в ЄС на Мальті, в Латвії та Угорщині – Євростат [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eurointegration.Com.ua/news/2016/10/20/7056233/>. – Назва з екрана.

32. Народонаселение мира в 2016 году. – ЮНФПА, 2016. – 117 с.

33. Не лети, голубе «синій» // Україна молода. – 2017. – 17 січня. – С. 9.

34. Оцінка клінік, дружніх до молоді: аналітичний звіт / І. Л. Демченко, Н. П. Пивоварова, \М. М. Костючок, Н. А. Белоносова. – Київ : К.І.С., 2008. – 104 с.

35. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2016 році : Закон України від 24.12.2015 р. № 909-VIII // Офіційний вісник України. – 2016. – 15 січня, № 3. – С. 99.

36. Про внесення змін до Податкового кодексу України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2016 році : Закон України від 20.12.2016 р. № 1791-VIII // Офіційний вісник України. – 2017. – 13 січня. – № 4. – С. 37.

37. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення : Закон України від 22.09.2005 р. № 2899-IV // Офіційний вісник України. – 2005. – 2 лист., № 42. – С. 51.

38. Профілактика харчових отруєнь та гострих кишкових інфекцій під час проведення масових заходів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://shepetivka-rada.gov.ua/2011-04-17-10-03-43/4695-profilaktika-harchovih-otruen-ta-gostrih-kishkovich-infektsij-pid-chas-provedennja-masovih-ahodiv.html>. – Назва з екрана.

39. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну // Офіційний вісник України. – 2006. – № 13. – С. 128.

40. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2016 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року). – Київ : Державна служба статистики України, 2017. – 149 с.

41. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році [Електронний ресурс] / Держстат України, 1998–2017. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрана.

42. Селезньова О. О. Здоров'я молоді та формування здорового способу життя [Електронний ресурс] / О. О. Селезньова. – Режим доступу : http://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=2513. – Назва з екрана.

43. Слабкий Г. О. Проблеми кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Г. О. Слабкий. – Режим доступу : www.eu-shc.com.ua. – Назва з екрана.
44. Слабкий Г. О. Актуальні питання підготовки кадрів для системи громадського здоров'я України / Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали щорічної Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю. – Київ, 2016. – С. 165–167.
45. Слабкий Г. О. Використання SWOT-аналізу для оптимізації ефективності медичної допомоги матерям і новонародженим в умовах регіоналізації перинатальної допомоги / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Депресія: давай поговоримо : матеріали міжнародної наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 06–07 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 164–166.
46. Структура сукупних витрат (без урахування тимчасово окупованої території, Автономної Республіки Крим та м. Севастополя) [Електронний ресурс] / Держстат України, 1998–2016. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdvdg_rik/dvdg_u/strukt2010_u.htm. – Назва з екрана.
47. Терещенко А. В. Аналіз системи моніторингу і оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги у різних країнах світу / А. В. Терещенко, О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Здоров'я жінки. – 2014. – № 10 (96). – С. 43–49.
48. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони // Офіційний вісник України. – 2014. – 26 вер., № 75. – С. 83.
49. Характеристика способу життя населення та формування здорового способу життя // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. / за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – С. 434–440.
50. Употребление алкоголя : информационный бюллетень №349, январь 2015 г. [Электронний ресурс] / Центр СМІ ВОЗ. – Режим доступу : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>. – Название с экрана.
51. Цілі сталого розвитку 2016–2030 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku>. – Назва з екрана.
52. Четверть українців ніколи у житті не вживала алкоголь: соціопитування [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zik.ua/news/2016/10/18/chvert_ukrainsiv_nikoly_u_zhytti_ne_vzhyvala_alkogol_sotsopytuvannya_958082. – Назва з екрана.
53. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи, 2014 рік / Л. А. Чепелевська ; за ред. В. В. Лазоришинця, Н. О. Лісневської, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – С. 7–9.
54. Чепелевська Л. А. Роль профілактики хронічних неінфекційних захворювань в покращенні медико-демографічної ситуації / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Стратегічні напрямки реалізації Європейської стратегії «Здоров'я–2020» в Україні : Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 28–30 травня 2014 р. : тези доп. – Полтава, 2014. – С. 102–103.

55. Аналіз демографічної ситуації в Україні // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / Л. А. Чепелевська, В. Г. Дубініна, О. П. Рудницький, О. В. Любінець ; за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – Р. І. – С. 12–33.
56. Чепелевська Л. А. Сучасні проблеми смертності населення України від хвороб системи кровообігу / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2013. – № 1 (21). – С. 275–276.
57. Чепелевська Л. А. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2015. – Р. 1. – С. 13–35.
58. Чепелевська Л. А. Вплив забруднення довкілля на тенденції смертності населення України від хвороб органів травлення / Л. А. Чепелевська // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : міжнародна наук.-практ. конф., м. Херсон, 25–27 червня 2014 р. : тези доп. – Херсон, 2014. – С. 108–109.
59. Чепелевська Л. А. Сучасні тенденції смертності населення працездатного віку від хвороб органів травлення / Л. А. Чепелевська, О. М. Дзюба, Л. А. Карамзіна / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 1 (56). – С. 39–44.
60. Чепелевська Л. А. Регіональні особливості смертності населення України від фіброзу і цирозу печінки та алкогольної хвороби печінки / Л. А. Чепелевська, О. М. Дзюба, В. В. Кручаниця // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 218–224.
61. Чепелевська Л. А. Зміни в чисельності та статеві-віковому складі населення України // Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3 (31). – С. 33–40.
62. Чепелевська Л. А. Середня очікувана тривалість життя як критерій медико-демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2 (56). – С. 39–44.
63. Чепелевська Л. А. Тенденції смертності населення України від хвороб органів травлення: регіональні особливості / Л. А. Чепелевська, В. Г. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 225–230.
64. Чепелевська Л. А. Сучасні медико-демографічні проблеми в Україні та шляхи їх подолання / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (35.). – С. 39–43.
65. Чепелевська Л. А. Сучасні проблеми смертності населення України від хвороб органів травлення / Л. А. Чепелевська, О. М. Дзюба, Л. М. Карамзіна // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1 (33). – С. 15–21.
66. Чепелевська Л. А. Проблеми покращення медико-демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. М. Ціборовський, Л. А. Карамзіна // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я.
67. Яблуновська В. Ю. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок що народжують вперше до 18 років [Електронний ресурс] / В. Ю. Яблуновська. – Режим доступу : http://elkniga.info/book_327. – Назва з екрана.

68. Слабкий Г. О. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Дніпропетровська область : монографія / Г. О. Слабкий, Н. Ю. Будя, О. М. Черемухіна ; ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 64 с.
69. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Київська область / Г. О. Слабкий, О. Ф. Глушаниця, П. М. Лисенко, В. Г. Слабкий ; ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016.
70. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу 2015 року / за ред. Г. О. Слабкого. – Київ : МОЗ; УІСД, 2016. – 63 с.
71. Слабкий Г. О. The obstacles to operational policy in providing the patients of secondary level health care establishments with radiological methods of diagnostics / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур, Л. О. Качала // THE UNITY OF SCIENCE : International scientific professional periodical journal. – Vienna. Austria. February, 2016. – С. 296–298.
72. Слабкий Г. О. The level of distribution and trends in the use of alcoholic beverages among schoolchildren and students of Transcarpathia / Г. О. Слабкий, В. В. Кручаниця, Л. О. Качала // THE UNITY OF SCIENCE : International scientific professional periodical journal. – Vienna. Austria. February, 2016. – С. 299–301.
73. Слабкий Г. О. Comprehensive prevention of psychic and behavioral disorders as the task of public health / Г. О. Слабкий, Н. С. Зашик // THE UNITY OF SCIENCE : International scientific professional periodical journal. – Vienna. Austria. February, 2016. – С. 302–304.
74. Слабкий Г. О. Шляхи інноваційного розвитку обласної клінічної лікарні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий // Практика управління медичним закладом. – 2016. – № 2 (60). – С. 8–16.
75. Слабкий Г. О. Функціонально-організаційна модель надання ПМСД хворим на інфекційні та паразитарні хвороби / Г. О. Слабкий, О. О. Шпита // Журнал заступника головного лікаря. – 2016. – № 1. – С. 46–53.
76. Слабкий Г. О. Вимірювання континууму догляду у зв'язку з ВІЛ як невід'ємна складова системи стратегічної інформації щодо заходів із протидії епідемії у м. Києві / Г. О. Слабкий, О. О. Шпита // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2. – С. 186–189.
77. Слабкий Г. О. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак–Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3. – С. 70–79.
78. Застосування SWOT-аналізу при оцінці впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / Г. О. Слабкий, Н. Г. Гойда, Р. О. Моїсеєнко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 142–148.
79. Слабкий Г. О. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, Л. А. Качала // Управління закладом охорони здоров'я. – 2016. – № 3. – С. 48–62.
80. Жилка Н. Я. Реалізація державної політики щодо здоров'я дітей у співпраці з міжнародними проектами (аналітичний огляд наукової літератури) / Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 1 (3). – С. 53–60.
81. Шафранський В. В. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 72–75.

82. Слабкий Г. О. Соціально-економічні аспекти формування здорового способу життя дітей (аналітичний огляд наукової літератури / Г. О. Слабкий, О. М. Ковальова // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 44–48.
83. Шафранський В. В. Використання комунікацій в системі громадського здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 1. – С. 92–94.
84. Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / Г. О. Слабкий, О. М. Дзюба, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 2 (68). – С. 12–19.
85. Слабкий Г. О. До питання смертності населення в результаті саморуйнівної поведінки / Г. О. Слабкий, Н. С. Защик // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 27–30.
86. Слабкий Г. О. Інвалідність дітей як проблема громадського здоров'я: профілактика та забезпечення ефективної реабілітації / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, О. О. Дудіна // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 4–9.
87. До шляхів покращення медичної допомоги працівникам вищих навчальних закладів / І. М. Рогач, Г. О. Слабкий, Р. Ю. Погоріляк, Д. Я. Шип // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2016. – № 1 (26). – С. 108–109.
88. Слабкий Г. О. До готовності економічних служб закладів охорони здоров'я працювати в автономному режимі / Г. О. Слабкий, В. В. Скрип // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2016. – № 1 (26). – С. 117–118.
89. Характеристика забезпеченості населення України медичними кадрами / Г. О. Слабкий, І. М. Рогач, Л. А. Качала [та ін.] // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2016. – № 1 (26). – С. 116–117.
90. Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення всесвітньої організації охорони здоров'я / Г. О. Слабкий // Журнал заступника головного лікаря. – 2016. – № 5 (16). – С. 51–61.
91. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я : метод. рекомендації / уклад.: Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця. – Київ, 2016. – 20 с.
92. Слабкий Г. О. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря : метод. рекомендації / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця. – Київ, 2016. – 21 с.
93. Слабкий Г. О. Організація системи управління запасами компонентів крові : метод. рекомендації / уклад.: Г. О. Слабкий, С. В. Видиборець, А. М. Чугрієв, В. Й. Шатило. – Київ, 2017. – 34 с.
94. Слабкий Г. О. Організація проведення аудиту використання компонентів і препаратів крові : методичні рекомендації / уклад.: Г. О. Слабкий, А. М. Чугрієв, В. Й. Шатило. – Київ, 2017. – 26 с.
95. Організація системи інфекційного контролю в неонатальних відділеннях інтенсивної терапії : метод. рекомендації / уклад.: О. М. Ковальова, В. І. Похилько, Г. О. Слабкий, С. М. Цвіренко, Р. М. Федосюк, Н. С. Артьомова. – Київ, 2016. – 36 с.
96. Розробка, впровадження та сертифікація системи управління якістю у відповідності до вимог ДСТУ ISO 13485 в організації, що виробляє/продає медичні вироби :

метод. рекомендації / уклад.: А. Г. Круть, А. С. Котуза, В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, А. В. Звон, О. В. Дроботун. – Київ : СПД Чалчинська Н. В, 2016. – 123 с.

97. Проведення оцінки чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ на регіональному рівні з використанням спеціальної інформаційної технології : метод. рекомендації / уклад.: І. С. Миронюк, О. Ю. Мулеса, Г. О. Слабкий. – Київ, 2016. – 33 с.

98. Характеристика распространенности заболеваний среди населения старших возрастных групп Украины / Г. А. Слабкий, И. С. Миронюк, С. В. Дудник, Л. А. Качала, В. Г. Слабкий // Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии : материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием, г. Самарканд, 3–4 ноября 2016 г. // Проблемы биологии и медицины. – 2016. – № 3, 1 (89). – С. 110.

99. Характеристика заболеваемости населения Украины старших возрастных групп / Г. А. Слабкий, И. С. Миронюк, В. В. Шафранский [и др.] // Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии : материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием, г. Самарканд, 03–04 ноября 2016 г. // Проблемы биологии и медицины. – 2016. – № 3, 1 (89). – С. 111.

100. До питання автономізації закладів охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, І. М. Рогач, В. В. Скрип [та ін.] // Організація та управління охороною здоров'я 2016 : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 18–20 жовтня 2016 р. : тези доп. – Київ : ВЦ «КиївЕкспоПлаза», 2016. – С. 60.

101. Розлади психіки та поведінки як важлива проблема організації медичної допомоги / Г. О. Слабкий, І. М. Рогач, В. В. Кручаниця [та ін.] // Організація та управління охороною здоров'я 2016 : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 18–20 жовтня 2016 р. : тези доп. – Київ : ВЦ «КиївЕкспоПлаза», 2016. – С. 59–60.

102. Щодо загальних коефіцієнтів смертності наявного населення України в регіональному аспекті / С. В. Дудник, Г. О. Слабкий, В. А. Русняк // Організація та управління охороною здоров'я 2016 : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 18–20 жовтня 2016 р. : тези доп. – Київ : ВЦ «КиївЕкспоПлаза», 2016. – С. 35–36.

103. Слабкий Г. О. Менеджмент в охороні здоров'я / Г. О. Слабкий // Організація та управління охороною здоров'я 2016 : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 18–20 жовтня 2016 р. : тези доп. – Київ : ВЦ «КиївЕкспоПлаза», 2016. – С. 10.

104. Мулеса О. Ю. Прогнозування потреб в швидких тестах № 1, № 2 для тестування на ВІЛ як інструмент планування раннього виявлення захворювання / О. Ю. Мулеса, І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий // Теорія прийняття рішень : VIII міжнар. школа-семинар, м. Ужгород, 26 вересня – 1 жовтня 2016 р. : тези доп. – Ужгород : УжНУ, 2016. – 287 с.

105. Методи контролю знань у осіб, що навчаються в магістратурі за спеціальністю «Громадське здоров'я» / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, Ю. В. Векинець [та ін.] // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щорічної Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 23 березня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 144–146.

106. До компетенцій магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Шафранський [та ін.] // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щорічної Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 23 березня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 146–148.

107. Слабкий Г. О. Компетенції організаторів охорони здоров'я в умовах автономізації закладів охорони здоров'я та шляхи їх формування / Г. О. Слабкий, Ю. В. Векинець, В. В. Скрип // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щорічної Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 23 березня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 148–151.

108. Оцінка знань медичних працівників первинної ланки надання медичної допомоги м. Ужгорода з питань ВІЛ/СНІДу та визначення рівня їх толерантності до ВІЛ-позитивних людей в умовах реформування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак–Лук'янчук, Ю. В. Веклинець, О. О. Зеленко // Депресія: давай поговоримо : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 06–07 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 167–169.

109. До оцінки батьками глибоко недоношених дітей амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дітям / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець, С. В. Дудник // Депресія: давай поговоримо : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 6–7 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 169–170.

110. Слабкий Г. О. Використання SWOT-аналізу для оптимізації ефективності медичної допомоги матерям і новонародженим в умовах регіоналізації перинатальної допомоги / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Депресія: давай поговоримо : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 06–07 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 164–167.

111. Першочергові завдання громадського здоров'я в Україні / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк, Л. О. Качала // Депресія: давай поговоримо : матеріали практичної конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 06–07 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 48–50.

112. Слабкий Г. О. Щодо малюкової смертності внаслідок ВІЛ-інфекції / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник // За кожне життя разом : прискорення до мети 90-90-90 : матеріали третьої нац. наук.-практ. конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, м. Київ, 21–23 листопада 2016 р. – Київ, 2016.

113. Слабкий Г. О. Механізми, ризику і переваги інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу в систему первинної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Л. О. Качала, М. О. Крисько // За кожне життя разом : прискорення до мети 90-90-90 : матеріали третьої нац. наук.-практ. конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, м. Київ, 21–23 листопада 2016 р. – Київ, 2016.

114. Слабкий Г. О. Визначення рівня толерантності по відношенню до віл-позитивних людей серед працівників закладів охорони здоров'я м. Ужгорода / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак–Лук'янчук // За кожне життя разом : прискорення до мети 90-90-90 : матеріали третьої нац. наук.-практ. конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, м. Київ, 21–23 листопада 2016 р. – Київ, 2016.

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

116. Слабкий Г. О. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Дніпропетровська область : статистично-аналітичні матеріали /

Г. О. Слабкий, Н. Ю. Будяк, О. М. Черемухіна ; ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 64 с.

117. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Київська область / Г. О. Слабкий, О. Ф. Глушаниця, П. М. Лисенко, В. Г. Слабкий ; ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 51 с.

118. Дудник С. В. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу 2015 року / С. В. Дудник, Т. П. Самойлова. – Київ : МОЗ; УІСД, 2015. – 63 с.

119. Слабкий Г. О. Словник-довідник термінів з організації управління, економіки та фінансування у сфері охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник. – Київ, 2016. – 157 с.

120. Ярош Н. П. Міжнародні стандарти управління сферою охорони здоров'я населення (розділ) / Н. П. Ярош // Публічна політика та управління в сфері охорони здоров'я : підручник. – Київ : НАДУ, 2016.

121. Слабкий Г. О. Завдання щодо гармонізації державної політики у сфері охорони здоров'я України у відповідності до європейської стратегії (розділ) / Г. О. Слабкий, С. В. Істомін // Публічна політика та управління в сфері охорони здоров'я : підручник. – Київ : НАДУ, 2016.

122. Слабкий Г. О. Комунікації в сфері охорони здоров'я здоров'я (розділ) / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська, В. В. Шафранський // Публічна політика та управління в сфері охорони здоров'я : підручник. – Київ : НАДУ, 2016.

123. Жилка Н. Я. Первинна медична допомога: нормативно-правовий аспект / Н. Я. Жилка, А. В. Кудря // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 74–78.

124. Слабкий Г. О. Вимірювання континууму догляду у зв'язку з ВІЛ як невід'ємна складова системи стратегічної інформації щодо заходів із протидії епідемії у м. Києві / Г. О. Слабкий, Ж. В. Антоненко, О. В. Юрченко // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 186–189.

125. Розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період / В. Я. Білий, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 5–11.

126. Шафранський В. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення / В. В. Шафранський, С. В. Дудник // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 12–18.

127. Слабкий Г. О. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак–Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 76–84.

128. Ціборовський О. М. Київська єврейська лікарня як зразок закладу громадської медицини / О. М. Ціборовський, В. М. Сорока // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 99–105.

129. Ціборовський О. М. Олександрівська лікарня – головна лікарня міста Києва у ХІХ столітті (до 140-річчя лікарні) / О. М. Ціборовський, В. М. Сорока // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 106–110.

130. Наукова діяльність ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» / П. С. Мельник, О. М. Дзюба, М. В. Кудренко, В. А. Русняк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 7–11.

131. Розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період / В. Я. Білий, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 12–18.
132. Актуальність «платинової хвилини» та «золотої години» для сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів / В. Я. Білий, А. В. Верба, М. І. Бадюк [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 19–27.
133. Дудник С. В. Сучасні тенденції малюкової смертності в Україні // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 32–37.
134. Красовський К. С. Тенденції поширеності куріння серед різних груп населення України у 2008–2015 роках / К. С. Красовський // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 47–54.
135. Онкологическая патология половой сфери у женщин Донецкой области / Г. К. Северин, Д. А. Судья, Д. А. Черная, В. Г. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 63–66.
136. Дудник С. В. Тенденції стану здоров'я населення України / С. В. Дудник, І. І. Кошеля // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 67–77.
137. Дудіна О. О. Деякі питання доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 100–105.
138. Крохмалюк Л. В. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я в системі МОЗ України / Л. В. Крохмалюк, П. М. Лисенко // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 132–141.
139. Застосування SWOT-аналізу при оцінці впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / Г. О. Слабкий, Н. Г. Гойда, Р. О. Моїсеєнко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 142–148.
140. Kucherenko N. T. Condition and problems of personnel providing of health care system of Ukraine / N. T. Kucherenko, O. R. Sytenko // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 200–209.
141. Ціборовський О. М. Огляд рекрутів (новобранців) як метод дослідження стану здоров'я чоловічої молоді в XIX – на початку XX / О. М. Ціборовський, В. М. Сорока // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 210–214.
142. Дудник С. В. Детермінанти малюкової смертності залежно від статі та місця мешканця / С. В. Дудник // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 113–121.
143. Слабкий Г. О. Регіоналізація перинатальної допомоги – важливий чинник забезпечення національної безпеки країни / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 196–204.
144. Чепелевська Л. А. Регіональні особливості смертності населення України від фіброзу і цирозу печінки та алкогольної хвороби печінки / Л. А. Чепелевська, О. М. Дзюба, В. В. Кручаниця // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 218–224.
145. Чепелевська Л. А. Тенденції смертності населення України від хвороб органів травлення: регіональні особливості / Л. А. Чепелевська, В. Г. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 225–230.
146. Кривенко Є. М. Напрямки державного впливу на процес інформатизації охорони здоров'я / Є. М. Кривенко // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 253–255.

147. Маркович В. П. Роль науково-навчального супроводу у формуванні та реалізації обласних програм розвитку системи охорони здоров'я / В. П. Маркович, І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 256–257.
148. Ринда Ф. П. Якого профілактика готує інтернатура за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» / Ф. П. Ринда, В. Г. Слабкий, В. Я. Бойко // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 259–260.
149. Ринда Ф. П. Вибірковий аналіз клінічних протоколів надання медичної допомоги у частині профілактичної допомоги / Ф. П. Ринда // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 260–262.
150. Ситенко О. Р. До питання інформатизації охорони здоров'я України / О. Р. Ситенко, Є. М. Кривенко // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 263–264.
151. Слабкий Г. О. Проблеми охоплення фаховою медичною допомогою, у тому числі антиретровірусною терапією, ВІЛ-позитивних осіб – переселенців із зони проведення АТО / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак–Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1(41). – С. 264–265.
152. Рівень знань керівників медичних закладів із питань культури управління / Г. О. Слабкий, Л. О. Качала, І. М. Рогач, Р. Ю. Погоріляк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 265–266.
153. Ціборовський О. М. Лікарсько-етичні правила товариства Київських лікарів / О. М. Ціборовський // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 273–274.
154. Krasovsky K. S. Alcohol consumption and alcohol related harm in Ukraine / K. S. Krasovsky // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 12–17.
155. Kryvenko E. M. Calculation of expenditure on the creation of unified health information system at the regional level / E. M. Kryvenko // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 1 (3). – С. 18–21.
156. Zhylyka N. Y. International best practices of healthcare management for evolution of family medicine in Ukraine / N. Y. Zhylyka, A. V. Kudria // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 1 (3). – С. 49–52.
157. Жилка Н. Я. Реалізація державної політики щодо здоров'я дітей у співпраці з міжнародними проектами (аналітичний огляд наукової літератури) / Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 1 (3). – С. 53–60.
158. Ярош Н. П. Державні стандарти безоплатного медичного забезпечення державних службовців: зарубіжний досвід для України / Н. П. Ярош // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 1 (3). – С. 66–70.
159. Ціборовський О. М. Київський військовий шпиталь у ХІХ столітті (до 260-річчя шпиталю) / О. М. Ціборовський, В. М. Сорока // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 1 (3). – С. 71–76.
160. Слабкий Г. О. Соціально-економічні аспекти формування здорового початку життя дітей (аналітичний огляд наукової літератури) / Г. О. Слабкий, О. М. Ковальова // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 44–48.
161. Слабкий В. Г. Визначення термінів в економіці охорони здоров'я / В. Г. Слабкий // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 57–71.

162. Шафранський В. В. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 72–75.
163. Ярош Н. П. Нормативно-правове регулювання розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України / Н. П. Ярош // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 76–80.
164. Красовський К. С. Аналіз політики щодо тютюнових акцизів в Україні у 2013–2016 роках з точки зору охорони здоров'я / К. С. Красовський // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 100–107.
165. Ціборовський О. М. Приказна медицина в Київській губернії: кроки розвитку / О. М. Ціборовський, В. М. Сорока // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 108–114.
166. Ринда Ф. П. Стан застосування профілактичних методів у практичній діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів / Ф. П. Ринда // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 1 (67). – С. 14–23.
167. Дзюба О. М. Сучасні тенденції смертності населення працездатного віку від хвороб органів травлення / О. М. Дзюба, Л. А. Чепелевська, Л. А. Карамзіна // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 1 (67). – С. 24–29.
168. Ціборовський О. М. Перехід лікарської справи у київській губернії до земської медицини та його результати / О. М. Ціборовський, В. М. Сорока // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 1 (67). – С. 50–59.
169. Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / Г. О. Слабкий, О. М. Дзюба, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 2 (68). – С. 12–19.
170. Слабкий Г. О. Інвалідність дітей як проблема громадського здоров'я: профілактика та забезпечення ефективної реабілітації / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, О. О. Дудіна // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 4–9.
171. Дзюба О. М. Своєчасність доставки хворих на травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини та гострі захворювання органів черевної порожнини в лікарняні заклади як проблема первинної медико-санітарної допомоги / О. М. Дзюба, Ю. В. Бурдим, В. Г. Слабкий // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 10–15.
172. Слабкий Г. О. До питання смертності населення в результаті саморуйнівної поведінки / Г. О. Слабкий, Н. С. Защик // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 27–30.
173. Дудіна О. О. Характеристика виживання новонароджених із низькою масою тіла при народженні / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець, Г. А. Дзюба // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 41–48.
174. Слабкий Г. О. Аналіз результативності регіоналізації перинатальної допомоги жінкам в Україні / Г. О. Слабкий, Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 4 (70). – С. 4–11.

175. Слабкий Г.О. До питання про підготовку спеціалістів з громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, С. В. Дудник // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 4 (70). – С. 46–52.
176. Слабкий Г. О. Шляхи інноваційного розвитку обласної клінічної лікарні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий // Практика управління медичним закладом. – 2016. – № 2 (60). – С. 8–16.
177. Слабкий Г. О. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу за 2015 рік / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник // Практика управління медичним закладом. – 2016. – № 9 (67). – С. 76–83.
178. Слабкий Г. О. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу за 2015 рік (продовження, початок у 9, 2016) / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник // Практика управління медичним закладом. – 2016. – № 10 (68). – С. 36–42.
179. Слабкий Г. О. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу за 2015 рік (продовження, початок у 9, 10 2016) / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник // Практика управління медичним закладом. – 2016. – № 11 (69). – С. 62–69.
180. Слабкий Г. О. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, Л. А. Качала // Управління закладом охорони здоров'я. – 2016. – № 3, березень. – С. 48–62.
181. Слабкий Г. О. Функціонально-організаційна модель надання ПМСД хворим на інфекційні та паразитарні хвороби / Г. О. Слабкий, О. О. Шпита // Журнал заступника головного лікаря. – 2016. – № 1. – С. 46–53.
182. Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення всесвітньої організації охорони здоров'я / Г. О. Слабкий // Журнал заступника головного лікаря. – 2016. – № 5 (16). – С. 51–61.
183. Шафранський В. В. Використання комунікацій в системі громадського здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 1. – С. 92–94.
184. Карамзина Л.А. Коммуникативные проблемы: реабилитация – социум / Л. А. Карамзина, Л. А. Чепелевская, Е. Р. Сытенко // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2015. – № 1, Т. 10. – С. 24–31.
185. Коваленко О. О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів / О. О. Коваленко // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2016. – Вип. 2 (29). – С. 143–146.
186. Кризина Н. П. Державна політика розвитку системи охорони здоров'я в Україні та пострадянських країнах / Н. П. Кризина, О. О. Коваленко // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування : електронний збірник. – 2016. – № 2. – С. 1–11.
187. Красовський К. С. На що спрямувати політику контролю над тютюном в Україні [Електронний ресурс] / К. С. Красовський, Т. І. Андреева, А. П. Скіпальський ; Європейський інформаційно-дослідницький центр. – Київ, 2015. – 40 с.
188. Дудник С. В. Слабка ланка Державної політики / С. В. Дудник // Ваше здоров'я. – 2016. – № 7–8 (1343–1344). – С. 6–7.

189. Дудник С. В. Замкнуте коло психічного здоров'я українців / С. В. Дудник // Ваше здоров'я. – 2016. – № 19–20 (1355–1356). – С. 4–5.
190. Дудник С. В. Хто допоможе хворим на цукровий діабет? / С. В. Дудник // Ваше здоров'я. – 2016. – № 27–28 (1363–1364). – С. 12–13.
191. Дудник С. В. Право на здоров'я в Україні – гарантія чи ілюзія? / С. В. Дудник // Ваше здоров'я. – 2016. – № 35–36 (1371–1372). – С. 8–9.
192. Слабкий Г. О. Реформування перинатальної допомоги має відбуватися на всіх рівнях / Г. О. Слабкий // Ваше здоров'я. – 2016. – № 31–32 (1367–1368). – С. 10–11.
193. Слабкий Г. О. Уроки пілотних регіонів – орієнтир для майбутніх реформ? / Г. О. Слабкий // Ваше здоров'я. – 2016. – № 43–44 (1379–1380). – С. 12–13.
194. Дудіна О. О. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної високоспеціалізованої медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (наказ від 16.05.2016 р. № 449) МОЗ України. – Київ, 2016. – 83 с.
195. Розробка, впровадження та сертифікація системи управління якістю у відповідності до вимог ДСТУ ISO 13485 в організації, що виробляє/продає медичні вироби Методичні рекомендації / А. Г. Круть, А. С. Котуза, В. В. Шафранський [та ін.]. – Київ :СПД Чалчинська Н. В., 2016. – 123 с.
196. Організація системи інфекційного контролю в неонатальних відділеннях інтенсивної терапії : методичні рекомендації / О. М. Ковальова, В. Похилько, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2016. – 36 с.
197. Миронюк І. С. Проведення оцінки чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ на регіональному рівні з використанням спеціальної інформаційної технології : методичні рекомендації / І. С. Миронюк, О. Ю. Мулеса, Г. О. Слабкий. – Київ, 2016. – 33 с.
198. Слабкий Г. О. Організація проведення аудиту використання компонентів і препаратів крові : методичні рекомендації / Г. О. Слабкий, А. М. Чугрієв, В. Й. Шатило. – Житомир, 2016. – 31 с.
199. Організація системи управління запасами компонентів крові : методичні рекомендації / Г. О. Слабкий, С. В. Видиборець, А. М. Чугрієв, В. Й. Шатило. – Київ, 2016. – 26 с.
200. Профілактика шкідливого впливу атмосферних забруднень на здоров'я населення в еконесприятливих регіонах : методичні рекомендації / М. П. Гребняк, Г. О. Слабкий, С. А. Щудро, Р. А. Федорченко. – Київ, 2016. – 36 с.
201. Слабкий Г. О. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря : методичні рекомендації / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця. – Київ, 2016. – 21 с.
202. Дудіна О. О. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини : адаптована клінічна настанова, заснована на доказах : методичні рекомендації / О. О. Дудіна. – Київ, 2016. – 115 с.