

**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.**  
**2017 РІК**



Київ – 2018

**УДК 614.1/.7(477)''2017''(042.5)**

**Видається за рішенням**

Вченої ради ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
(протокол № 7 від 14 червня 2018 року)

**Редакційна колегія**

Мельник П.С., Дзюба О.М., Кудренко М.В.,  
Дудник С.В., Чепелєвська Л.А., Слабкий Г.О.

**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. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. – 458 с.**

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 та впливу на нього комплексу чинників зовнішнього середовища, аналіз стану, удосконалення та розвитку системи охорони здоров'я України в умовах здійснення реформ соціально-економічного спрямування.

Доповідь підготовлено науковцями ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» за участю керівників структурних підрозділів Міністерства охорони здоров'я України та науковців профільних НДІ та ВНЗ МОЗ і МОН 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)''2017''(042.5)**

© Міністерство охорони здоров'я України, 2018  
© Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України, 2018

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....</b>	<b>5</b>
<b>ВСТУП (Мельник П.С., Слабкий Г.О.) .....</b>	<b>8</b>
<b>1. АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ</b> <i>(Чепелевська Л.А., Рудницький О.П.) .....</i>	<b>10</b>
1.1. Динаміка чисельності населення .....	10
1.2. Зміни статевовікового складу населення .....	13
1.3. Динаміка народжуваності населення .....	15
1.4. Тенденції смертності населення .....	19
1.5. Тривалість життя .....	25
1.6. Перспективи і резерви підвищення тривалості життя населення .....	29
<b>2. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ .....</b>	<b>32</b>
2.1. Тенденції стану здоров'я населення (Дудник С.В.) .....	32
2.2. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дітей <i>(Дудіна О.О., Моїсеєнко Р.О., Дудник С.В., Габорець Ю.Ю.) .....</i>	39
2.3. Динаміка стану здоров'я дорослого населення (Дудник С.В.) .....	64
2.4. Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку (Дудник С.В.) .....	70
2.5. Характеристика стану здоров'я населення старших вікових груп (Дудник С.В.) .....	76
2.6. Характеристика репродуктивного здоров'я і репродуктивного потенціалу населення України (Дудіна О.О., Гойда Н.Г., Сазонова І.Д., Дудник С.В.) .....	82
2.7. Характеристика способу життя населення та формування здорового способу життя (Ринда Ф.Ф., Шафранський В.В.) .....	107
<b>3. ІНФЕКЦІЙНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ ЗАХИСТ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ</b> <i>(Ринда Ф.Ф., Кудренко М.В., Ситенко О.Р., Кузін І.В.) .....</i>	<b>119</b>
<b>4. ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ .....</b>	<b>132</b>
4.1. Аналіз мережі закладів охорони здоров'я та основних показників їх діяльності (Слабкий Г.О.) .....	132
4.2. Система первинної медичної допомоги населенню (Слабкий В.Г., Матюха Л.Ф.) .....	142
4.3. Система спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню (Слабкий Г.О., Шафранський В.В.) .....	149
4.4. Ресурсне забезпечення діагностичної служби системи охорони здоров'я (Слабкий Г.О.) .....	163
4.5. Характеристика діяльності служби охорони здоров'я матері та дитини .....	169
4.5.1. Організаційні аспекти, кадрове та ресурсне забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини (Дудіна О.О., Руденко Н.Г.) .....	169
4.5.2. Характеристика стану організації та основних показників перинатальної допомоги в Україні (Дудіна О.О., Руденко Н.Г., Дудник С.В.) .....	186
4.5.3. Медична допомога дитячому населенню (Дудіна О.О., Руденко Н.Г.) .....	216
4.5.4. Діяльність будинків дитини (Дудіна О.О.) .....	234
4.6. Стан функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги (Кудренко М.В., Коваленко О.О., Мороз Є.Д., Близнюк М.Д., Гурьєв С.О., Полупан О.О.) .....	239
4.7. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні (Кудренко М.В., Коваленко О.О.) .....	250

<b>5. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ СКЛАДОВИХ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ ЇЇ ПОДАЛЬШОГО РЕФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ .....</b>	<b>265</b>
5.1. Формування організаційно-методичних основ та розвиток системи громадського здоров'я ( <i>Ринда Ф.Ф., Шафранський В.В.</i> ) .....	265
5.2. Основні результати наукової та інноваційної діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти МОЗ України ( <i>Олексіна Н.О., Волосовець О.П., Толстанов О.К., П'ятницький Ю.С., Кочет О.М., Петрашенко П.Р., Трубка І.О., Уваренко С.В.</i> ) .....	271
5.3. Фінансування та економічні механізми управління галуззю в умовах її реформування ( <i>Шевченко М.В.</i> ) .....	318
5.4. Характеристика стану та проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України ( <i>Кучеренко Н.Т., Горобей О.М.</i> ) .....	343
5.5. Розвиток законодавчої та нормативно-правової бази охорони здоров'я, її адаптація до міжнародних та європейських стандартів ( <i>Істомін С.В., Оріховський В.О.</i> ) .....	353
5.6. Діяльність Державної служби України з лікарських засобів, пріоритетні напрями її подальшого удосконалення та розвитку ( <i>Гудзь Н.Я., Кудренко М.В., Коваленко О.О.</i> ) .....	362
<b>6. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЗОНІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ (<i>Мельник П.С., Кудренко М.В., Коваленко О.О., Хоменко І.П., Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Волоха В.Г., Коробка В.І., Шугалей Л.М., Колесник В.В., Інकेвич Ю.В., Кулик В.В., Воловик М.В., Сіроштан Г.М.</i>) .....</b>	<b>371</b>
6.1. Медичне забезпечення Збройних Сил України та інших утворених відповідно до законодавства України військових формувань .....	371
6.1.1. Медичне забезпечення особового складу Збройних Сил України .....	377
6.1.2. Стан медичного забезпечення особового складу Державної прикордонної служби України .....	383
6.1.3. Стан медичного забезпечення особового складу Міністерства внутрішніх справ України .....	384
6.1.4. Стан медичного забезпечення особового складу Служби безпеки України .....	385
6.2. Медичне забезпечення населення в зоні проведення АТО (ООС) та суміжних з нею областях .....	386
6.2.1. Медичне забезпечення населення в Донецькій області .....	386
6.2.2. Медичне забезпечення населення в Луганській області .....	394
6.2.3. Медичне забезпечення населення в Дніпропетровській області .....	394
6.2.4. Медичне забезпечення населення в Запорізькій області .....	397
6.2.5. Медичне забезпечення населення в Харківській області .....	398
<b>7. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (<i>Кривенко Є.М., Даценко С.Б.</i>) .....</b>	<b>403</b>
<b>8. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (<i>Кучеренко Н.Т., Коваленко О.О.</i>) .....</b>	<b>437</b>
<b>БІБЛІОГРАФІЯ .....</b>	<b>452</b>

## 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
ВГА	–	Вірусний гепатит А
ВГВ	–	Вірусний гепатит В
ВГС	–	Вірусний гепатит С
ВІЛ	–	Вірус імунодефіциту людини
ВЛІ	–	Внутрішньолікарняна інфекція
ВМНЗ	–	Вищий медичний навчальний заклад
ВМС	–	Внутрішньоматкова спіраль
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГДК	–	Гранично допустима концентрація
ГКІ	–	Гостра кишкова інфекція
ГРВІ	–	Гостра респіраторна вірусна інфекція
ГХ	–	Гіпертонічна хвороба
ДВОЗ	–	Державні витрати на охорону здоров'я
ДЛ	–	Дільнична лікарня
ДОЛ	–	Дитяча обласна лікарня
ДТП	–	Дорожньо-транспортна пригода
ДЦП	–	Дитячий церебральний параліч
ЕКГ	–	Електрокардіографія
ЕМД	–	Екстрена медична допомога
ЄМШСЗ	–	Міжнародний проект «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю»
ЄМШСЗ	–	Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю
ЄПД	–	Європейський план дій зі зміцнення потенціалу та поліпшення послуг системи громадського здоров'я
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
ЗП/СМ	–	Лікар загальної практики/ сімейної медицини
ЗПД	–	Заклад перинатальної допомоги
ЗПСШ	–	Захворювання, які передаються статевим шляхом
ЗПТ	–	Замісна підтримувальна терапія
ЗСЖ	–	Здоровий спосіб життя
ІДК	–	Індивідуальний дозиметричний контроль

ІК	Індекс концентрації
ІКТ	– Інформаційно-комунікаційні технології
ІМТ	– Індекс маси тіла
ІПСШ	– Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІТС	– Інформаційно-телекомунікаційна система
КДМ	– Клініка, дружня до молоді
КДЦ	– Консультативно-діагностичний центр
ККА	– Кальцифікація коронарних артерій
КМЦ	– Кальцифікація кардіоміоцитів
КП	– Клінічні протоколи
КСЗІ	– Комплексна система захисту інформації
КУ	– Комунальна установа
ЛЗ	– Лікарський засіб
ЛЗП/СЛ	– Лікар загальної практики – сімейний лікар
ЛІЛ	– Лікарня інтенсивного лікування
ЛПЗ	– Лікувально-профілактичні заклади
ЛШМД	– Лікарня швидкої медичної допомоги
МІС	– Медична інформаційна система
МЛ	– Міська лікарня
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
МРТ	– Магніто-резонансна томографія
МРТБ	– Мультирезистентний туберкульоз
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
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

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
ФАО	– Продовольча і сільськогосподарська організація ООН
ФАП	– Фельдшерсько-акушерський пункт
ФП	– Фельдшерський пункт
ФТ	Фізичні тренування
ХНІЗ	– Хронічні неінфекційні захворювання
ХОД	– Хвороби органів дихання
ХРТБ	– Хіміорезистентний туберкульоз
ХСК	– Хвороби системи кровообігу
ЦГЗ	центр громадського здоров'я
ЦД	– Цукровий діабет
ЦЗ	Центр здоров'я
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

**Примітка:** розрахунково-аналітичні і статистичні показники, які наведені в таблицях, діаграмах за належністю до відповідних розділів Щорічної доповіді, відображають стан справ без урахування інформаційних даних АР Крим, м. Севастополь та непідконтрольних Україні територій Донецької і Луганської областей.

## *Життя та здоров'я – це саме цінне, що ми маємо*

Пан Гі Мун – Генеральний секретар ООН (2007 р)

### **ВСТУП**

Головне завдання кожної держави – забезпечити високу якість життя громадян, благополуччя та добробут суспільства, обов'язковою умовою чого є високий рівень здоров'я населення. Здоров'я населення являється універсальною цінністю і займає важливе місце серед пріоритетів в області громадського здоров'я та є показником соціально-економічного розвитку держави.

Здоров'я громадян держави завжди являється національним пріоритетом, а відповідальність за його збереження та зміцнення покладається на уряд. Науково обґрунтована, продумана, з високим рівнем відповідальності про здоров'я та благополуччя населення політика складає основу успішного керівництва. Вона забезпечує ефективну діяльність медичної сфери та визначає чітке розуміння основних її цінностей, цілей, принципів та функцій.

При цьому треба чітко розуміти, що доступність та якість є стратегічними цілями і ключовими поняттями в організації медичної допомоги населенню незалежно від його економічного та соціального статусу, місця проживання, статі та віку. Надзвичайно важливим завданням держави є фінансовий захист населення від зубожіння на випадок захворювання. Одним словом, перед системою охорони здоров'я країни стоїть ключова задача – при існуючих ресурсах забезпечити максимально ефективне медичне обслуговування населення та досягти максимально високого рівня надання медичної допомоги і медичних послуг.

Необхідно відмітити, що 2017 рік характеризувався погіршенням медико-демографічної ситуації серед населення країни в умовах військових дій на Сході країни, які пов'язані з проведенням антитерористичної операції. Військові дії стали причиною вимушеного переселення значної кількості населення зі Сходу країни в інші регіони. Крім того, погіршення економічної ситуації в державі є причиною вагомої трудової міграції населення особливо транскордонних зон. Вимушені переселенці та трудові мігранти стали особливою групою населення в плані потреби та організації медичної допомоги. Даний рік характеризувався також зниженням пріоритету здоров'я для населення та відповідального ставлення населення до особистого здоров'я, що супроводжується зниженням своєчасного звертання населення за медичною допомогою та зростанням рівня занедбаних випадків захворювань, при яких надання медичної допомоги потребує більш значних як особистих ресурсів, так і ресурсів системи охорони здоров'я.

За таких умов в Україні активно проводиться реформа системи охорони здоров'я. В організаційному плані продовжується пріоритетно розвиватися первинна медична допомога на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини, реформується система екстреної медичної допомоги, проводиться підготовча робота по створенню



госпітальних округів. Держава значну увагу приділяє розвитку медицини села. В плані реформи системи фінансування галузі проводиться формування гарантованого пакету медичних послуг та зміна правового статусу закладів охорони здоров'я із державних/комунальних установ на державні/комунальні неприбуткові підприємства. Удосконалюється система оплати праці медичних працівників.

В країні повільно, але формується система громадського здоров'я на регіональному рівні.

Деякі із напрямків та заходів реформи охорони здоров'я неоднозначно сприймаються як населенням, так і медичною спільнотою, але в цілому реформа охорони здоров'я в країні проводиться інтенсивно.

В Щорічній доповіді викладений фактичний та аналітичний матеріал, який має за мету формувати цілісне уявлення про медико-демографічний стан в державі та діяльність системи охорони здоров'я як важливої соціальної сфери, особливості та динаміку її реформування під впливом різних факторів та соціально-економічних детермінант, концептуальних та стратегічних підходів до розвитку галузі в умовах нових викликів та загроз для здоров'я населення країни.

Видання призначене для політиків, керівників сфери охорони здоров'я, учених та спеціалістів.

# 1. АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

## 1.1. Динаміка чисельності населення

Демографічний розвиток України визначається взаємодією трьох головних демографічних процесів: народжуваності, смертності та міграції. Кожен з цих процесів у сучасній Україні відбувається у кризовому режимі, породжує багато проблем, що викликають глибоку стурбованість українського соціуму і розглядаються як виклики, на які необхідно знайти відповіді. Зрозуміло, що адекватні заходи на вкрай загрозливий стан демографічної системи у нашій країні повинні базуватися на знанні українських демографічних реалій у широкій історичній перспективі і у відповідному міжнародному контексті.

Протягом останньої чверті століття в Україні було перервано нормальний демографічний розвиток і встановився тип відтворення населення, притаманний тривало воюючим країнам: надвисока смертність – наднизька народжуваність. Демографічна динаміка набула сталого депопуляційного характеру. Чисельність населення неухильно скорочується впродовж останніх 25 років. Протягом 1993–2017 рр. населення нашої країни зменшилося майже на 8 млн осіб. Понад 80% загального убутку населення України за вказаний період припадає на від’ємний природний приріст.

Продовжується скорочення людності нашої країни і в останньому п’ятирічному періоді. Так, чисельність населення України на початок 2018 р. за оцінкою Державної служби статистики становила 42 386,4 тис. осіб, з них 29 315,2 тис. (69,2%) припадало на міських жителів, а 13 121,3 тис. осіб (30,8%) на мешканців сільської місцевості. Чисельність людності України у 2018 р. у порівнянні з 2013 р. скоротилася на 818 тис., а за минулий рік – на 137,1 тис. осіб, або на 0,5% (табл. 1.1.1).

Необнадійлива перспектива змін чисельності людності України і в подальшому. Так, за середнім (найбільш імовірним) варіантом прогнозу відділу населення ООН і Бюро цenzів США населення у середині ХХІ ст. становитиме 37 млн, а у 2100 р. – лише 28 млн осіб.

Таблиця 1.1.1

Динаміка чисельності населення на початок року та її зміни в Україні у 2013–2018 рр.

Роки	Чисельність наявного населення, тис. осіб			Зміни чисельності населення, 2013 р. = 100%		
	Все населення	Міські поселення	Сільські поселення	Все населення	Міські поселення	Сільські поселення
2013	43204.4	29785.7	13418.7	100.0	100.0	100.0
2014	43073.1	29741.1	13332.0	99.7	99.9	99.4
2015	42929.3	29673.1	13256.2	99.4	99.6	98.8
2016	42760.5	29585.0	13175.5	99.0	99.3	98.2
2017	42584.5	29482.3	13102.2	98.6	99.0	97.6
2018	42386.4	29345.2	13041.3	98.1	98.5	97.2

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

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

Зменшення чисельності населення на сьогодні не є таким вже екстраординарним явищем у Європі. До кінця поточного століття більшість європейських країн за прогнозами авторитетних дослідницьких центрів втратить внаслідок депопуляції від 20% до 30% нинішньої чисельності.

Формування чисельності міського і сільського населення в останні п'ять років, як і у попередніх періодах, відбувалося за рахунок трьох компонентів: природного і міграційного убутку (приросту) та адміністративно-територіальних змін. Основним чинником зменшення чисельності населення, як у міських, так і в сільських поселеннях, був природний убуток. В 2013–2017 рр. змін населення внаслідок адміністративно-територіальних перетворень не відбувалось (табл. 1.1.2).

Певним чинником протидії скорочення чисельності населення України виступає його міграція. Так, за даними Державної служби статистики протягом 2013–2017 рр. в Україну прибуло на 83,4 тис. осіб більше, ніж вибуло за її межі. Однак, такі обсяги додатного сальдо міграції неспроможні суттєво вплинути на зменшення загального убутку населення.

Таблиця 1.1.2

**Чисельність населення України і компоненти його змін за період 2013-2017 рр.**

Рік	Чисельність наявного населення на початок року, тис. осіб	Загальний приріст (убуток), тис. осіб	У тому числі	
			природний приріст (убуток)	міграційний приріст
<i>Все населення</i>				
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	-198.1	-210.1	12.0
2018	42386.4	-	-	-
<i>Міське населення</i>				
2013	29785.7	-44.6	-78.0	33.4
2014	29741.1	-68.0	-85.2	17.2
2015	29673.1	-88.1	-92.7	4.6
2016	29585.0	-102.7	-95.9	-6.8
2017	29482.3	-137.1	-111.7	-25.4
2018	29345.2	-	-	-
<i>Сільське населення</i>				
2013	13418.7	-86.7	-76.9	-9.8
2014	13332.0	-75.8	-81.6	5.8
2015	13256.2	-80.7	-90.3	9.6
2016	13175.5	-73.3	-90.6	17.3
2017	13102.2	-60.9	-98.4	37.5
2018	13041.3	-	-	-

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

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

Тенденції змін чисельності населення розрізняються за регіонами України і обумовлені особливостями як природного, так і міграційного руху населення. Найбільшими коефіцієнтами природного убутку населення характеризувались найстарші у демографічному відношенні області: Чернігівська (-11,0‰), Полтавська (-8,7‰), Сумська (-8,7‰), Черкаська (-8,5‰), Кіровоградська (-8,2‰), Запорізька (-7,9‰) (табл. 1.1.3).

**Динаміка природного приросту (убутку) населення областей України та м. Києва у 2013-2017 рр.,  
на 1000 населення**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					
	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
<b>Україна</b>	-3.2	-3.6	-3.9	-4.3	-4.4	-4.9
<i>Область</i>						
Вінницька	-4.2	-4.9	-5	-5.7	-5.8	-6.3
Волинська	1.6	1	0.9	-0.4	-0.4	-1.6
Дніпропетровська	-4.3	-4.5	-4.9	-6.2	-6.8	-7.2
Донецька	-6.3	-6.5	-8.4	-5.3	-4.1	-4.7
Житомирська	-4.1	-4.6	-4.8	-5.7	-5.7	-6.8
Закарпатська	3.3	2.9	2.8	1	0.5	-0.4
Запорізька	-4.2	-4.7	-5.1	-6.5	-7.1	-7.9
Івано-Франківська	0.2	-0.5	-0.6	-1.5	-1.9	-2.8
Київська	-3.6	-3.9	-4.3	-4.8	-5.3	-6.2
Кіровоградська	-5.5	-6	-6.2	-6.9	-7.7	-8.2
Луганська	-6.4	-6.8	-5.1	-4.1	-3.5	-3.8
Львівська	-0.6	-0.8	-0.9	-2	-2.0	-2.8
Миколаївська	-3.2	-3.7	-4	-5.5	-5.8	-6.0
Одеська	-1.4	-1.9	-2	-3	-3.0	-3.4
Полтавська	-6.5	-6.9	-7.1	-7.6	-8.3	-8.7
Рівненська	3.5	2.5	2.1	1.2	1.0	-0.2
Сумська	-6.9	-7.7	-8.1	-8.2	-8.9	-8.7
Тернопільська	-2.4	-2.7	-3.2	-4.2	-4.7	-5.2
Харківська	-4.7	-4.7	-5.2	-6.5	-6.7	-7.1
Херсонська	-3	-3.5	-3.6	-4.9	-5.4	-5.6
Хмельницька	-4.2	-4.6	-4.4	-5.1	-5.6	-6.3
Черкаська	-6.2	-6.6	-6.7	-6.9	-7.8	-8.5
Чернівецька	0.3	-0.1	0.1	-1.2	-1.4	-2.0
Чернігівська	-9.2	-9.4	-10.2	-10.3	-10.3	-11.0
м. Київ	2.1	1.9	1.7	1.8	2.0	1.6

*Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України*

*\*Без урахування частини зони проведення антитерористичної операції*

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 відзначити, що у 2017 р. лише в м. Києві спостерігався природний приріст у розмірі 1,2%.

Додатній загальний приріст населення у 2013–2017 рр. зафіксовано у Закарпатській, Київській, Рівненській областях і в м. Києві, у решті регіонів спостерігалось зменшення населення. Найбільше скорочення чисельності відбулося у Чернігівській, Сумській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській та Черкаській областях (табл. 1.1.4).

## Динаміка чисельності населення України в областях та м. Києві за період 2013-2018 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік						2018 р /у % до 2013 р.
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
<b>Україна</b>	43204.4	43073.1	42929.3	42760.5	42584.5	42386.4	98.1
<i>Область</i>							
Вінницька	1627.0	1618.3	1610.6	1602.2	1590.4	1575.8	96.9
Волинська	1040.0	1041.3	1042.9	1042.7	1041.0	1038.5	99.9
Дніпропетровська	3307.8	3292.4	3276.6	3254.9	3230.4	3231.1	97.7
Донецька	4375.4	4343.9	4297.3	4265.1	4244.0	4200.5	96.0
Житомирська	1268.9	1262.5	1256.0	1247.5	1240.5	1231.2	97.0
Закарпатська	1254.4	1256.9	1259.6	1259.2	1258.8	1258.2	100.3
Запорізька	1785.2	1775.8	1765.9	1753.6	1739.5	1723.2	96.5
Івано-Франківська	1381.8	1382.1	1382.6	1382.3	1379.9	1377.5	99.7
Київська	1722.1	1725.5	1729.2	1732.2	1734.5	1754.3	101.9
Кіровоградська	995.2	987.6	980.6	973.1	965.8	956.3	96.1
Луганська	2256.5	2239.5	2220.2	2205.4	2195.3	2167.8	96.1
Львівська	2540.7	2538.4	2537.8	2534.2	2534.0	2529.6	99.6
Миколаївська	1173.5	1168.4	1164.3	1158.2	1150.1	1141.3	97.3
Одеська	2395.2	2396.5	2396.4	2390.3	2386.5	2383.1	99.5
Полтавська	1467.8	1458.2	1449.0	1438.9	1426.8	1413.8	96.3
Рівненська	1156.9	1158.8	1161.2	1161.8	1162.7	1160.6	100.3
Сумська	1143.2	1133.0	1123.4	1113.3	1104.5	1094.3	95.7
Тернопільська	1077.3	1073.3	1069.9	1065.7	1059.2	1052.3	97.7
Харківська	2744.4	2737.2	2731.3	2718.6	2701.2	2694.0	98.2
Херсонська	1078.2	1072.5	1067.9	1062.4	1055.6	1047.0	97.1
Хмельницька	1314.0	1307.0	1301.2	1294.4	1285.3	1274.4	97.0
Черкаська	1268.9	1260.0	1251.8	1243.0	1231.2	1220.4	96.2
Чернівецька	907.2	908.5	910.0	909.9	908.1	906.7	99.9
Чернігівська	1077.8	1066.8	1055.7	1045.0	1033.4	1020.1	94.6
м. Київ	2845.0	2868.7	2888.0	2906.6	2925.8	2934.5	103.1

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

## 1.2. Зміни статевовікового складу населення

Склад населення України характеризується істотною гендерною диспропорцією. Чисельна перевага жінок над чоловіками у складі населення України спостерігається з 37 років життя і з віком збільшується.

Чисельність чоловіків на початок 2018 р. становить 19,6 млн осіб, а жінок – 22,8 млн осіб; у розрахунку на 1000 чоловіків припадає 1159 жінок. В Україні сформувалася вікова структура населення, для якої характерна висока питома вага осіб старшого віку і низька молодших вікових груп.

На початок 2018 р. чисельність осіб у віці 0–15 років становила 16,2% від усього населення, у віці 60 років і старше – 22,5%, а у віковому інтервалі 16–59 років – 61,3%.

Вікова структура визначає демографічне навантаження населення працездатного віку контингентами у непрацездатному віці. Станом на початок 2018 р. на 1000 осіб віком 16–59 років припадало 265 осіб у віці 0–15 років та 367 осіб віком 60 років і старше.

Середній вік населення України на початок поточного року становив 41 рік (чоловіків 38,4, жінок –43,5).

Основним результатом зміни вікового складу населення нашої країни є його постаріння. Демографічне старіння є одним із проявів трансформації вікової структури

людності у процесі демографічного переходу. Збільшення частки економічно та соціально неактивних людей похилого віку за умов одночасного зменшення частки дітей та населення працездатного віку, що наглядно ілюструють вікові піраміди населення України на початок 2001 р. та 2017 р., впливає на різні сторони життєдіяльності українського суспільства (рис.1.2.1).

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.

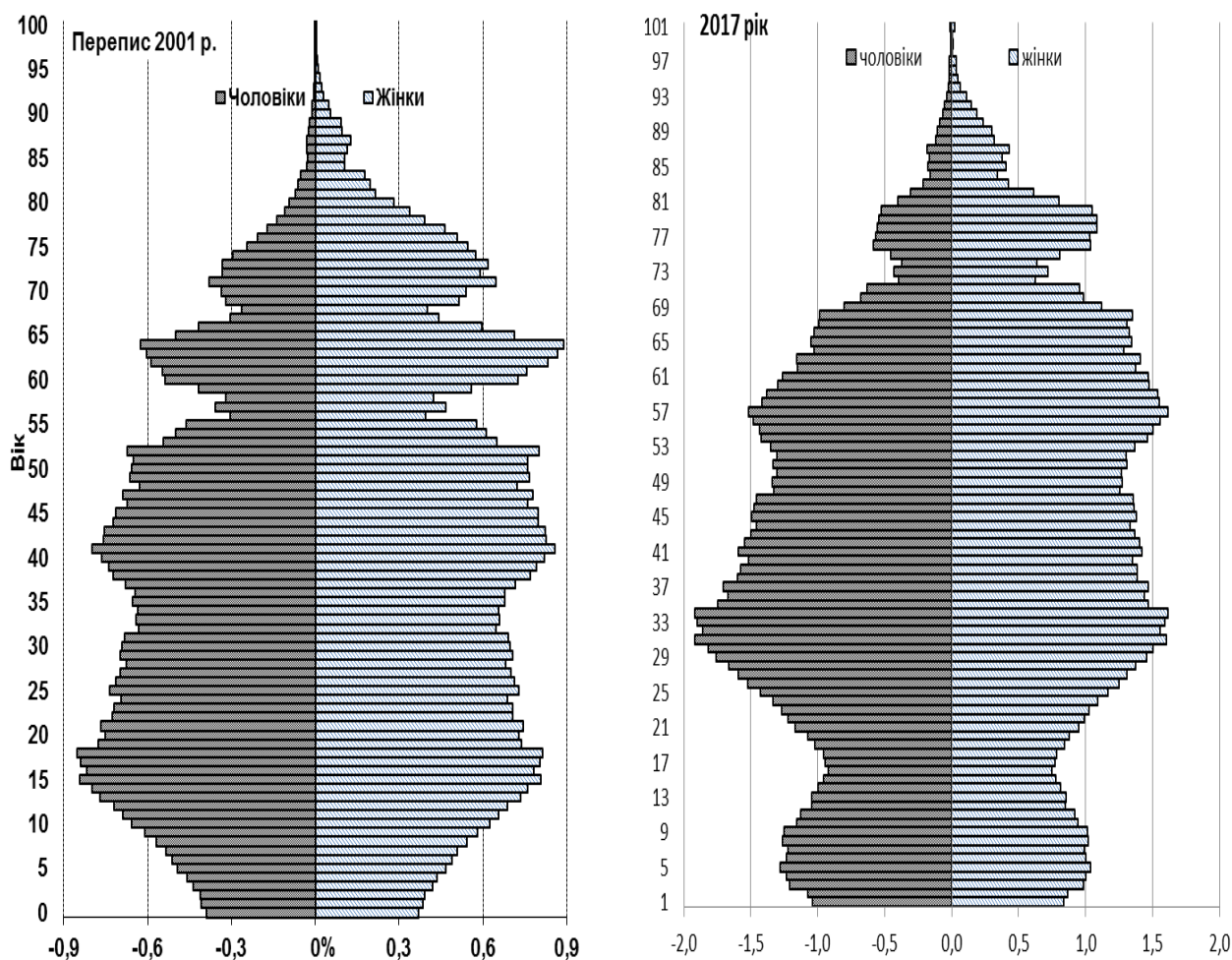


Рис. 1.2.1. Вікова піраміда населення України у 2001 та 2017 рр. (%)

В Україні спостерігається суттєва регіональна варіація рівнів старіння населення. До «старіших» областей країни належать північні та північно-східні, до відносно «молодших» – західні регіони, м . Київ та окремі південні області. Наразі найвищим рівнем старіння вирізняється населення Чернігівської області, а найнижчим – Закарпатська.

Попри високий у цілому рівень старіння в Україні за такими його показниками, як частка осіб понад 60 років, наша країна дотепер має порівняно невелику частку довголітніх людей. Це пояснюється її відставанням від розвинених країн за очікуваною тривалістю життя і невисоким рівнем дожиття до порогу довголіття – до 80 років (табл. 1.2.1).

## Розподіл населення України за укрупненими віковими групами в 2013-2017 рр. (%)

Рік	Частка населення у віці		
	допрацездатному	працездатному	після працездатному
<i>Міські та сільські поселення</i>			
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
2017	16.2	61.3	22.5
<i>Міські поселення</i>			
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
2017	15.6	62.2	22.2
<i>Сільська місцевість</i>			
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
2017	17.7	59.2	23.1

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

### 1.3. Динаміка народжуваності населення

В 2001 р. число народжень в Україні досягло історичного мінімуму у результаті обвального падіння дитородної активності за попередні роки. Кількість народжених зменшилася з 644,6 тис. у 1990 р. до 358,6 тис. дітей у 2001 р., або в 1,7 разу.

Хоча істотного зниження народжуваності у 1990-х роках зазнали всі країни з перехідною економікою, темпи її зменшення в Україні у трансформаційний період були одними з найвищих, внаслідок чого на рубежі століть сумарний показник народжуваності впав до найнижчого у Європі рівня – 1,1 дитини на одну жінку репродуктивного віку.

У цілому ж довготривале падіння народжуваності у перехідний період в Україні виступило каталізатором як розгортання депопуляції, так і підвищення рівня старіння населення на найближчу і середньострокову перспективу.

З 2002 р. в Україні утвердилася тенденція до зростання народжуваності, яка тривала з невеликими переривами до 2012 р. В 2013 році відновилася тенденція до зменшення народжуваності як у міських поселеннях, так і в сільській місцевості. Кількість народжених в Україні в 2017 р. порівняно з 2013 р. в абсолютному вимірі зменшилася на 111,1 тис. осіб (в міських поселеннях – на 75,2 тис., у сільській місцевості – на 36,0 тис.). У 2017 р. народилося на 33,0 тис. дітей менше, ніж у 2016 р. (табл. 1.3.1).

## Динаміка народжень та загальних коефіцієнтів народжуваності

Рік	Число народжень (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти народжуваності (%)			
	Міські поселення та сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення в % до сільської місцевості	Міські поселення і сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення в % до сільської місцевості
2013	475.1	312.4	162.8	191.9	11.0	10.5	12.2	86.2
2014	465.9	306.3	159.6	191.9	10.8	10.3	12.0	85.9
2015	411.8	266.1	145.7	182.6	9.6	9.0	11.0	81.5
2016	397.0	258.7	138.3	187.0	9.3 (10.3)	8.8 (10.0)	10.5 (10.8)	83.2
2017	364.0	237.2	126.8	187.0	8.6 (9.5)	8.1 (8.9)	9.7 (10.7)	83.1
2017 р. у % до 2013 р.	76.6	75.9	77.9	x	77.8	76.8	79.7	x

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

Примітка: Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя, показники в дужках за 2016-2017 рр. – також без даних по Донецькій і Луганській областях.

Середній вік матері при народженні дитини становив 27,7 року, а при народженні першої дитини – 25,3 року. За порядком народження перші діти становили 48,2% від усіх живонароджених, другі – 35,1%, треті – 10,3%.

Перш ніж перейти до подальшого аналізу даних табл. 1.3.1. необхідно дати пояснювальний коментар до її змісту. Після подій весни 2014 р. органи державної статистики в силу об'єктивних причин перестали вести моніторинг демографічної ситуації на тимчасово окупованій Росією території Криму, а також на захопленій бойовиками території Донецької і Луганської областей. Тому зведені у цілому по державі підсумки демографічного обліку з 2014 р. не охоплюють вказані території. З підконтрольних Україні частин Донецької та Луганської областей дані демографічного обліку попадають у звітність в цілому по державі. Однак з метою співставності відносних демографічних показників на рівні всієї країни вони подаються статистикою у двох вимірах – разом з підконтрольними територіями Донецької і Луганської областей і без них (цифри у дужках в табл. 1.3.1. і табл. 1.4.1).

Загальний показник народжуваності в Україні знизився з 9,3‰ у 2016 р. до 8,6‰ у 2017 р. У варіанті без Донецької та Луганської областей з 10,3‰ у минулому році до 9,5‰ в 2017 р. (табл. 1.3.1).

Більш адекватною інтегральною характеристикою народжуваності служить показник сумарної народжуваності, який дозволяє усунути вплив вікової структури. Найнижче значення коефіцієнта сумарної народжуваності у нашій країні відзначалося у 2001 р. – 1,1 дитини на одну жінку. У 2002–2012 рр. його значення збільшилось з 1,2 до 1,4 в 2012 р., що відповідає приблизно величині початку 1990-х років і майже на третину нижче рівня, необхідного для простого заміщення поколінь.

Збільшення числа народжень впродовж 2002–2012 рр. відбувалося завдяки сприятливій віковій структурі населення: сумарна чисельність жінок основного репродуктивного контингенту (від 25 до 35 років) з початку 2000-х рр. знаходилася у фазі



зростання, що позитивно вплинуло і на число шлюбів, і на кількість народжень. Щоправда, чисельність окремих дітородних вікових груп за останні роки змінювалася у різних напрямках: чисельність молодих жінок до 25 років швидко скорочувалась, і це негативно позначилось на числі народжень, а чисельність жінок старше 25 років ще збільшувалась, що позитивно вплинуло на потенційне число народжень. Збільшення числа жінок у старших репродуктивних групах у сучасній Україні більш важливо для зростання народжень, ніж жінок у віці до 25 років, оскільки середній вік материнства протягом останнього десятиліття мав тенденцію до підвищення народжуваності. Внесок молодих жінок до 25 років у цей період був неістотним.

Однак збільшення чисельності жінок із зростаючою народжуваністю закінчилося: чисельність групи 25–29-річних жінок досягла максимуму у 2012 р. після чого почала швидко зменшуватися. У наступні два роки вона стала меншою, ніж була у 2001 р. Для наступної групи 30–34-річних переломним буде 2018 р. Отже, загальна чисельність жінок 20–39 років швидко зменшується і, відповідно, утримати кількість народжених на рівні початку 2010-х років шансів практично не було. Стало очевидним, що позитивний потенціал для зростання народжень, наявний у віковій структурі населення практично вичерпаний і у найближчому десятилітті вплив структурних чинників на рівень народжуваності буде негативним.

Істотно погіршила ситуацію в області народжуваності агресія Росії і збройне протистояння з бойовиками на сході країни.

За минулі роки поточного століття відбуваються помітні зрушення у народжуваності в Україні, зокрема дещо зменшилася кількість позашлюбних дітей в Україні, яка у 2017 р. становила близько 20% від усіх живонароджених. Число народжених жінками, що перебувають у незареєстрованому шлюбі, обумовлене не тільки дійсно позашлюбною дітородною активністю, а й поширенням незареєстрованих шлюбів, які стали досить розповсюдженим явищем в Україні. Народжуваність поза зареєстрованим шлюбом у нашій країні відрізняється від країн Заходу як все ще меншою поширеністю, так і тією негативною рисою, що позашлюбна народжуваність у нас є найбільш високою саме у наймолодших вікових групах жінок, народження дітей у яких є наслідком надто ранніх і часто небажаних вагітностей.

Привертає увагу, що частка позашлюбних народжень у селах останніми роками стало перевищує таку у міських поселеннях. Структурний аналіз сукупностей народжених за шлюбним станом матері, її віком та черговістю народжуваності дитини у містах і селах показує, що сільська «перевага» за часткою позашлюбних народжень стосується, головним чином, народження первітків (частково других дітей) у молодих жінок, серед яких нині більш поширеними є як власне безшлюбне материнство, так і практика співжиття без офіційного реєстрування шлюбних стосунків.

Для народжуваності в Україні характерними є значні територіальні відмінності. Диференціація областей України за рівнем народжуваності пов'язана не тільки з відмінностями в інтенсивності дітородної активності, але й особливостями вікової структури населення.

За даними 2017 р. загальний коефіцієнт народжуваності серед регіонів був нижче середнього по Україні (8,6‰) у 9 областях (табл. 1.3.2). Значення загального показника народжуваності у минулому році коливалося від 7,3‰ в Сумській області до 12,4‰ в Рівненській. Також існує диференціація показників народжуваності за типом поселення. Так, у

Закарпатській області в містах коефіцієнт народжуваності у минулому році становив 10,9‰ і є найвищим серед областей (якщо не враховувати м. Київ, де показник народжуваності визначався цифрою у 12,1‰), а для сільського населення найвищий показник у Рівненській області – 14,0‰.

За рівнем народжуваності області України розподіляються на три групи: північні та східні області, яким притаманна надзвичайно низька народжуваність, що навіть наполовину не забезпечує відновлення поколінь (Сумська, Чернігівська, Луганська, Донецька, Полтавська і Харківська). Західні області (Волинська, Рівненська, Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька, до них наближається Одеська) мають відносні високі показники.

Таблиця 1.3.2

**Регіональна диференціація рівня народжуваності в Україні у 2016–2017 рр. (на 1000 населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість народжених на 1000 населення					
	все населення		міське населення		сільське населення	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016
<b>Україна</b>	8.6	9.3	8.1	8.8	9.7	10.5
<i>Область</i>						
Вінницька	8.9	9.6	9.0	9.8	8.9	9.3
Волинська	11.5	12.5	10.4	11.4	12.6	13.7
Дніпропетровська	8.5	9.6	8.6	9.4	8.0	10.3
Донецька	4.2	4.5	4.0	4.4	6.2	6.2
Житомирська	9.4	10.4	9.2	10.1	9.7	10.9
Закарпатська	11.6	12.7	10.9	11.9	12.0	13.2
Запорізька	8.2	9.0	7.9	8.6	9.1	10.0
Івано-Франківська	9.7	10.6	9.1	10.0	10.2	11.1
Київська	9.7	11.0	10.1	11.1	9.1	10.7
Кіровоградська	8.2	9.1	8.2	8.9	8.1	9.5
Луганська	2.7	2.9	2.4	2.6	5.0	5.0
Львівська	9.9	10.7	9.1	10.0	11.0	11.8
Миколаївська	8.8	9.3	8.1	8.9	10.2	10.3
Одеська	10.6	11.1	9.4	10.3	13.0	12.7
Полтавська	7.8	8.7	7.8	8.5	7.8	9.0
Рівненська	12.4	13.5	10.5	11.6	14.0	15.2
Сумська	7.3	8.0	7.4	8.1	7.2	7.7
Тернопільська	8.8	9.4	8.8	9.6	8.8	9.2
Харківська	8.0	8.9	8.0	8.8	8.0	9.2
Херсонська	9.5	10.2	9.4	10.3	9.5	9.9
Хмельницька	9.0	9.9	9.2	10.0	8.7	9.7
Черкаська	7.9	8.6	7.9	8.6	7.9	8.5
Чернівецька	10.4	11.2	9.0	9.9	11.4	12.3
Чернігівська	7.4	8.2	7.7	8.4	6.7	7.7
м. Київ	12.1	12.5	12.1	12.5	X	X

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

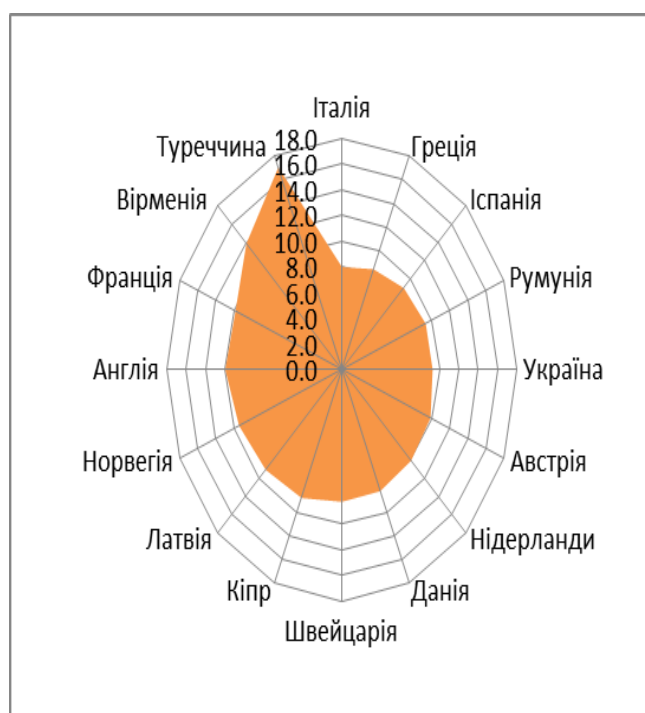
Для них характерні порівняно високі сумарні показники народжуваності (1,5–1,6 дитини на одну жінку). Це переважно регіони, де зберігаються традиції дводітності, демонструють найменші в країні показники поширеності абортів і удвічі нижчою за середньоукраїнський рівень часткою позашлюбної народжуваності. До третьої групи належить решта переважно демографічно старих регіонів, в яких показники дітородної активності знаходяться на рівні середньоукраїнських.

Необнадійливо виглядає динаміка показників дитородної активності населення в Україні за всіма наявними прогнозами, як вітчизняними, так і зарубіжними. За середнім варіантом прогнозного сценарію народжуваності відділу населення ООН (перегляд 2016 р.) сумарний показник народжуваності в Україні передбачається для середини нинішнього століття величиною в 1,6, а наприкінці XXI ст. – в 1,7 дитини на одну жінку. Зауважимо, що для простого заміщення поколінь в Україні показник має становити не менше 2,1 дитини, а для розширеного відтворенні населення – понад 2,1 дитини на одну жінку.

Для багатьох країн Європи та світу з низьким і дуже низьким рівнем народжуваності і пов'язане з ним не забезпечення самовідтворення людності, до яких відноситься й Україна, стало феноменом і одним з основних викликів людства в наші дні. (рис.1.3.1, рис.1.3.2.)



**Рис. 1.3.1** Порівняння рівня народжуваності в Україні та окремих країнах світу у 2016 р.,%



**Рис. 1.3.2** Порівняння рівня народжуваності в Україні та окремих країнах Європи у 2016 р.,%

#### 1.4. Тенденції смертності населення

Один із викликів українському суспільству у демографічній сфері, можливо найбільш гострий, пов'язаний з дуже високим рівнем смертності і, відповідно, низькою тривалістю життя українців.

Незважаючи на позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності за останні роки, він у 2017 р. залишається одним із найвищих як у Європі, так і в країнах світу. (рис.1.4.1, рис.1.4.2.).

Тенденції смертності населення України за роки незалежності мали неоднозначний характер. Періоди різкого зростання смертності змінювалися періодами її зниження і роками стагнації. Особливо значне підвищення рівня смертності припадає на 1991–1995 рр., а потім стагнація і відновлення зростання до 2006 р. Протягом 2007–2013 рр. зафіксовано помірне зниження рівня смертності і підвищення очікуваної тривалості життя.



Рис.1.4.1. Порівняння рівня смертності в Україні та окремих країнах світу у 2016 р.,%

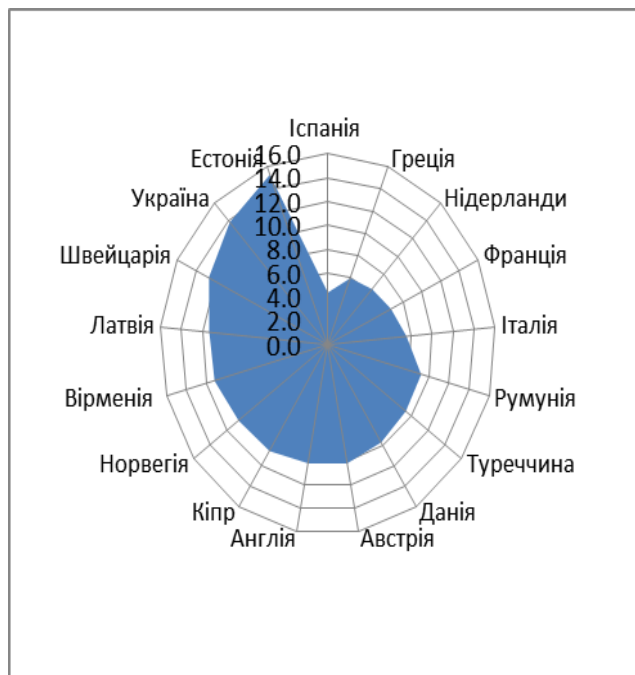


Рис.1.4.2. Порівняння рівня смертності в Україні та окремих країнах Європи у 2016 р.,%

Упродовж минулого року в Україні померло 574,1 тис. осіб, що було на 9,4 тис. осіб менше, ніж у 2016 р. У міських поселеннях число померлих в 2017 р порівняно з попереднім роком зменшилося на 5,7 тис. осіб, а в сільській місцевості – на 3,7 тис. осіб (табл.1.4.1). Загалом за п'ятирічний період кількість померлих в Україні скоротилася у 2017 р. порівняно з 2013 р. на 55,8 тис. осіб, або на 8,9% – (в містах – на 41,5 тис., в селах – на 14,3 тис. осіб). Смертність населення у сільській місцевості значно вища, ніж у міських поселеннях і загальний коефіцієнт смертності сільських жителів у минулому році на третину перевищував аналогічний показник у містах.

Таблиця 1.4.1.

**Чисельність померлих та загальні коефіцієнти смертності в Україні у 2013-2017 рр.**

Рік	Число померлих (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти смертності (‰)			
	Міські поселення і сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення в % до сільської місцевості	Міські поселення і сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення в % до сільської місцевості
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	354.6	229.0	154.9	13.7 (14.7)	12.0 (13.2)	17.4 (17.6)	68.9
2017	574.1	348.9	225.2	154.9	13.5 (14.5)	11.9 (13.0)	17.2 (17.3)	68.8
2017 р. у % до 2013 р.	91.1	89.4	94.0	x	92.5	90.4	96.2	x

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

Примітка: Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя, показники в дужках за 2016-2017 рр. – також без даних по Донецькій і Луганській областях.

В Україні існує територіальна диференціація загальних показників смертності (табл. 1.4.2). Найвищий рівень загальної смертності у минулому році зафіксовано у демографічно старих регіонах: Чернігівській (18,4‰), Полтавській (16,5‰), Кіровоградській та Черкаській (по 16,3‰), Житомирській (16,2‰).

Таблиця 1.4.2

**Регіональна диференціація смертності в Україні у 2016–2017 рр. (на 1000 населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість померлих на 1000 населення					
	все населення		міське населення		сільське населення	
	2017 р.	2016 р.	2017 р.	2016 р.	2017 р.	2016 р.
<b>Україна</b>	<b>13.5</b>	<b>13.7</b>	<b>11.9</b>	<b>12.0</b>	<b>17.2</b>	<b>17.4</b>
<i>Область</i>						
Вінницька	15.2	15.4	11.5	11.6	19.1	19.4
Волинська	13.1	13.0	10.6	10.8	15.8	15.4
Дніпропетровська	15.8	16.4	15.7	15.9	15.9	18.8
Донецька	8.9	8.7	8.0	8.1	17.7	14.1
Житомирська	16.2	16.2	13.1	13.3	20.6	20.2
Закарпатська	12.0	12.2	12.1	12.2	11.9	12.2
Запорізька	16.0	16.1	15.2	15.4	18.9	18.6
Івано-Франківська	12.6	12.5	10.1	10.3	14.5	14.2
Київська	16.0	16.3	12.8	13.0	21.1	21.6
Кіровоградська	16.3	16.8	15.6	15.8	17.6	18.5
Луганська	6.6	6.4	5.4	5.4	14.8	12.9
Львівська	12.7	12.7	10.9	11.1	15.4	15.3
Миколаївська	14.8	15.1	14.2	14.4	16.1	16.5
Одеська	14.0	14.1	13.0	13.2	15.9	15.7
Полтавська	16.5	17.1	14.4	14.6	19.8	21.0
Рівненська	12.6	12.5	10.0	10.1	15.0	14.6
Сумська	16.0	16.9	14.4	14.6	19.6	21.9
Тернопільська	14.0	14.1	10.3	10.5	17.0	17.0
Харківська	15.2	15.6	14.6	14.8	17.5	19.0
Херсонська	15.1	15.5	15.4	15.6	14.6	15.3
Хмельницька	15.3	15.5	11.1	11.2	20.8	21.0
Черкаська	16.3	16.4	13.2	13.3	20.6	20.4
Чернівецька	12.4	12.7	10.5	10.6	13.8	14.2
Чернігівська	18.4	18.5	14.0	14.2	26.5	26.5
м. Київ	10.5	10.5	10.5	10.5	X	X

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

Загальний коефіцієнт смертності у 2017 р. серед регіонів України порівняно з попереднім роком збільшився у 5 областях, у м. Києві залишився незмінним, а у 19 регіонах знизився. Відносно значне зниження рівня

смертності спостерігалось у Сумській (на 5,3%), Дніпропетровській (на 3,7%), Полтавській (на 3,5%), Кіровоградській (на 3,0%).

Значною мірою на перебіг чисел померлих впливають зрушення у віковій структурі населення. З точки зору динаміки чисел смертей останніми роками ці зрушення були несприятливими: збільшувались абсолютна кількість і частка осіб похилого віку у населенні, що призводило до зростання їх частки у загальній кількості померлих.

Розрахунки показують, що впродовж останніх п'яти років число померлих в Україні на 48% визначалося структурними чинниками, пов'язаними з віковим складом людності. Визначальне значення у режимі вимирання населення належить коливанням вікових інтенсивностей смертності, які то збільшують, то зменшують загальне число померлих.

Зниження вікових коефіцієнтів смертності за період 2007–2012 рр. різної інтенсивності відзначалося у всіх вікових групах. Протягом останніх п'яти років спостерігається практично стагнація параметрів режиму смертності.

У формуванні загального рівня смертності беруть участь всі вікові групи, у тому числі і діти віком до 1 року. На відміну від загального коефіцієнта смертності, який за останні 27 років змінювався хвилеподібно, то смертність немовлят, окрім періоду 1991–1993 рр. переважно знижувалася. Так, з початку 1990-х рр. коефіцієнт смертності немовлят зменшився з 13,9‰ у 1991 р. до 7,7‰ у 2017 р. або на 45%.

Коефіцієнт смертності немовлят у минулому році становив 7,7‰, що на 4% більше, ніж у 2016 р. Порівняно з 2013 р. рівень смертності немовлят у 2017 р.

Таблиця 1.4.3

**Смертність дітей віком до одного року в Україні у 2013–2017 рр.**

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>					
2013	3839	2201	1638	8.1	9.0	7.1
2014	3656	2124	1532	7.8	8.8	6.8
2015	3318	1896	1422	8.1	8.9	7.1
2016	2955	1703	1252	7.4	8.3	6.5
2017	2786	1606	1180	7.7	8.5	6.7
	<i>Міські поселення</i>					
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	1788	1043	745	6.9	7.8	6.0
2017	1686	983	702	7.1	8.0	6.1
	<i>Сільська місцевість</i>					
2013	1413	819	594	8.7	9.8	7.5
2014	1340	785	555	8.3	9.4	7.1
2015	1216	681	535	8.3	9.0	7.6
2016	1167	660	507	8.4	9.2	7.6
2017	1100	622	478	8.7	9.5	7.8

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

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

Незважаючи на неоднозначну оцінку спеціалістами достовірності офіційної статистики смертності дітей віком до 1 року, варто зазначити, що Україні все ж таки вдалося досягти певних успіхів у сфері збереження життя новонароджених. Смертність немовлят, що інтенсивно зростала у першій половині 90-х років минулого століття, протягом 1995–2004 рр. мала тенденцію до зниження, і лише у 2005 р. зареєстровано підвищення її рівня. З 2006 р. тенденція скорочення її рівня відновилася і триває до наших днів.

Відзначаючи факт позитивної динаміки смертності дітей до 1 року слід відзначити, що прогрес у цій царині на фоні стану справ у розвинених країнах Заходу видається значно скромнішим. Зафіксований в Україні у 2017 р. показник смертності немовлят (7,7‰) досі залишається у 2–3 рази вищим, ніж у розвинених країнах Заходу (рис. 1.4.3).

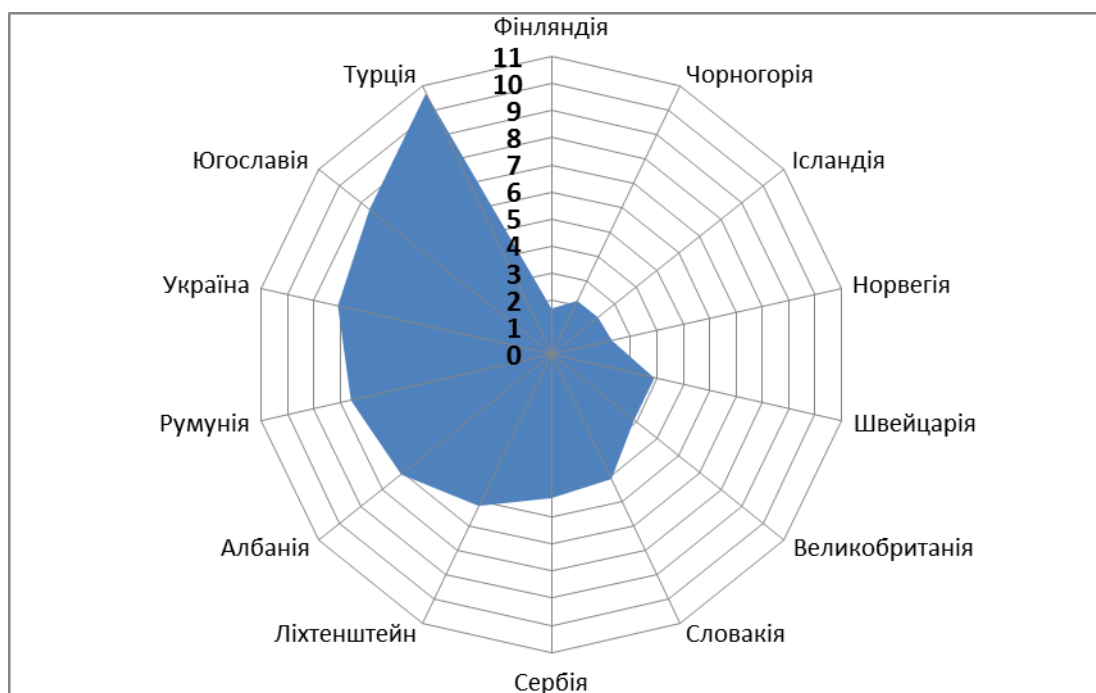


Рис. 1.4.3. Смертність немовлят в Україні та в окремих державах Європи у 2016 р., ‰

В 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 віком до 1 року. Майже половина смертних випадків у немовлят зумовлена окремими станами, що виникають у перинатальному періоді, а разом з такою причиною як природні вади розвитку – близько  $\frac{3}{4}$  всіх смертей немовлят. У минулому році розподіл трьох основних причин смертності немовлят виглядає наступним чином: окремі стани, що виникають у перинатальному періоді – більше 53%, природні вади розвитку – майже 24% та зовнішні причини – 5,5% від загальної кількості померлих немовлят.

У минулому році майже 74% усіх летальних випадків припадає на три класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, новоутворення та зовнішні причини смерті. В ієрархії причин смерті населення України у 2017 р., як і в попередні роки стало посідають такі 5 основних класів: серцево-судинні хвороби, новоутворення, зовнішні причини смерті, хвороби органів травлення і органів дихання (табл. 1.4.4).

## Смертність населення за причинами смерті в Україні в 2013–2017 рр. (на 100 тис. осіб)

Причини смерті	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	Зміни у % 2017 2016
Всього померлих	1456.1	1470.4	1388.3	1367.7	1351.3	-1.2
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби, у т.ч.:	27.9	25.5	23.1	21.9	21.1	-3.5
<i>в т.ч. туберкульоз</i>	14.1	12.2	10.7	9.5	9.0	-5.7
<i>в т.ч. ВІЛ</i>	11.0	10.2	9.4	9.5	9.5	0.3
Новоутворення	202.7	195.1	185.6	185.0	183.3	-0.9
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0.5	0.6	0.6	0.5	0.5	-5.7
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	5.3	5.2	5.1	5.2	5.3	1.0
Розлади психіки та поведінки	3.6	3.7	3.0	2.6	2.3	-8.7
<i>в т.ч. розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю</i>	2.2	2.2	1.7	1.6	1.6	-2.2
Хвороби нервової системи	13.1	13.7	11.4	11.1	10.9	-1.7
Хвороби системи кровообігу	968.2	989.8	944.2	919.3	900.2	-2.1
Хвороби органів дихання, у т.ч.:	36.1	34.4	32.6	32.4	32.1	-1.0
<i>в т.ч. грип і пневмонія</i>	11.9	11.6	11.6	13.7	14.8	8.1
Хвороби органів травлення, у т.ч.:	61.5	58.7	53.3	51.6	50.4	-2.3
<i>в т.ч. алкогольні хвороби печінки</i>	5.9	5.0	4.1	4.0	3.9	-1.6
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1.1	1.2	1.0	1.1	1.1	0.0
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1.3	1.2	1.1	1.1	1.0	-3.6
Хвороби сечостатевої системи	6.7	6.3	6.0	5.7	5.4	-3.6
Ускладнення при вагітності, пологах та в післяпологовому періоді	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	-12.2
Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді	4.7	4.6	4.0	3.7	3.5	-5.2
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	3.7	3.5	3.4	3.1	3.0	-4.0
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	32.5	33.5	33.0	48.9	60.0	22.8
Зовнішні причини смертності	87.0	93.3	80.7	74.4	70.9	-4.6

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

Критично високий рівень смертності населення України у другій половині минулого століття і за минулі роки XXI ст. визначають дві особливості сучасної моделі смертності:



надвисока смертність від хвороб системи кровообігу у середніх вікових групах і дуже висока смертність від зовнішніх причин у молодому і середньому віці. В Україні смертність від хвороб системи кровообігу стала домінуючою частиною загальної смертності. Протягом останніх десятиліть минулого століття і в «нульових» роках ХХІ ст. ймовірність померти від причин цього класу трохи змінювалася, але її визначальна роль зберігалась: понад половини чоловіків і 65–70% жінок помирали від цієї причини. У минулому році смертність від серцево-судинних захворювань досягла 907 осіб на 100 000 населення і порівняно з 2013 р. зменшилась на 6,3%.

Друге місце серед причин смерті займають новоутворення (в основному злоякісні). У 2017 р. смертність від новоутворень становила майже 185 померлих на 100 тис. осіб. і скоротилася за 5 останніх років на 8,7%.

Третє місце серед причин смерті припадає на зовнішні причини смерті. За даними 2017 р. смертність від вказаної причини склала близько 72 померлих на 100 тис. населення і зменшилась у порівнянні з 2013 р. на 17,8%.

Для динаміки хвороб органів травлення та органів дихання в останньому п'ятирічному періоді характерна тенденція на пониження. Так, рівень смертності від хвороб органів травлення в останній п'ятирічці скоротився на 17,4%, а хвороб органів дихання – на 2,5%.

Серед інфекційних та паразитарних хвороб, що обумовили 1,6% смертей в Україні у минулому році майже 87% смертей, спричиненими захворюваннями цього класу припадає на туберкульоз та СНІД.

### **1.5. Тривалість життя**

Зміни очікуваної тривалості життя (ОТЖ) населення України за роки незалежності мали неоднозначний характер. Переважно у вказаному періоді ситуація у сфері смертності і тривалості життя була вкрай неблагополучною, що обумовлювалося складним комплексом причин: низьким рівнем життя переважної більшості населення, кризовим станом державної системи охорони здоров'я в період трансформації, знеціненням здоров'я як на державному, так і на індивідуальному рівнях.

В цілому у динаміці ОТЖ в 1990-х роках і за 17 минулих років поточного століття можна виділити такі періоди: період швидкого зменшення показника ОТЖ при народженні – 1990–1995 рр.; період короткочасного незначного підвищення тривалості життя – 1996–1998 рр.; період зниження і стагнації рівня ОТЖ на дуже низькому рівні – 1999–2006 рр.

З 2007 р. розпочалося підвищення ОТЖ, яке тривало до 2013 р., коли її показники досягли рівня останнього благополучного 1990 року. В цілому за вказаний період ОТЖ для чоловіків зросла на 4 роки (в містах – на 4,2 року, в селах на 3,7 року), а для жінок – на 2,4 року (у містах – на 2,5 року, в селах – на 2 роки). Максимальне зростання ОТЖ у даному періоді зафіксовано у 2009 р. у чоловіків на 2 роки, для жінок – 0,85 року, при цьому тривалість життя міських чоловіків підвищилася на 2,05 року, а в сільських – на 2,12 року; у жінок навпаки, зростання тривалості життя було дещо вищим у містах, ніж у сільській місцевості (відповідно – на 0,90 і 0,75 року). Середньорічний приріст ОТЖ у 2006–2013 рр. становив у чоловіків 0,5 року, а у жінок – 0,3 року.

Основне зростання ОТЖ у 2006–2013 рр., і в чоловіків, і в жінок, пов'язане з позитивною динамікою смертності від хвороб системи кровообігу і від зовнішніх причин, хоча в цей період перестали негативно впливати на динаміку ОТЖ дорослих також інфекційні хвороби і хвороби органів травлення.

Зростання ОТЖ у 2006–2013 рр. відбулося в основному за рахунок зниження смертності населення працездатного віку.

Три чверті підвищення ОТЖ чоловіків у даному періоді припадало на вік 30–74 року, а у жінок на вікові групи 45 років і старше (табл. 1.5.1). У чоловічого населення на підвищення ОТЖ найбільше вплинуло зменшення смертності у віці 45–59 років, а у жінок 45–74 роки. Ці тенденції майже однаковою мірою характерні і для міського, і для сільського населення.

Таблиця 1.5.1

**Внесок окремих вікових груп у зростання ОТЖ в Україні у 2007–2013 рр., років**

Вікова група	Чоловіки	Жінки
Всього	4,0	2,4
0–14	0,3	0,3
15–29	0,5	0,2
30–44	0,7	0,2
45–59	1,4	0,6
60–74	0,8	0,7
75 р. і старше	0,3	0,4

*Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики*

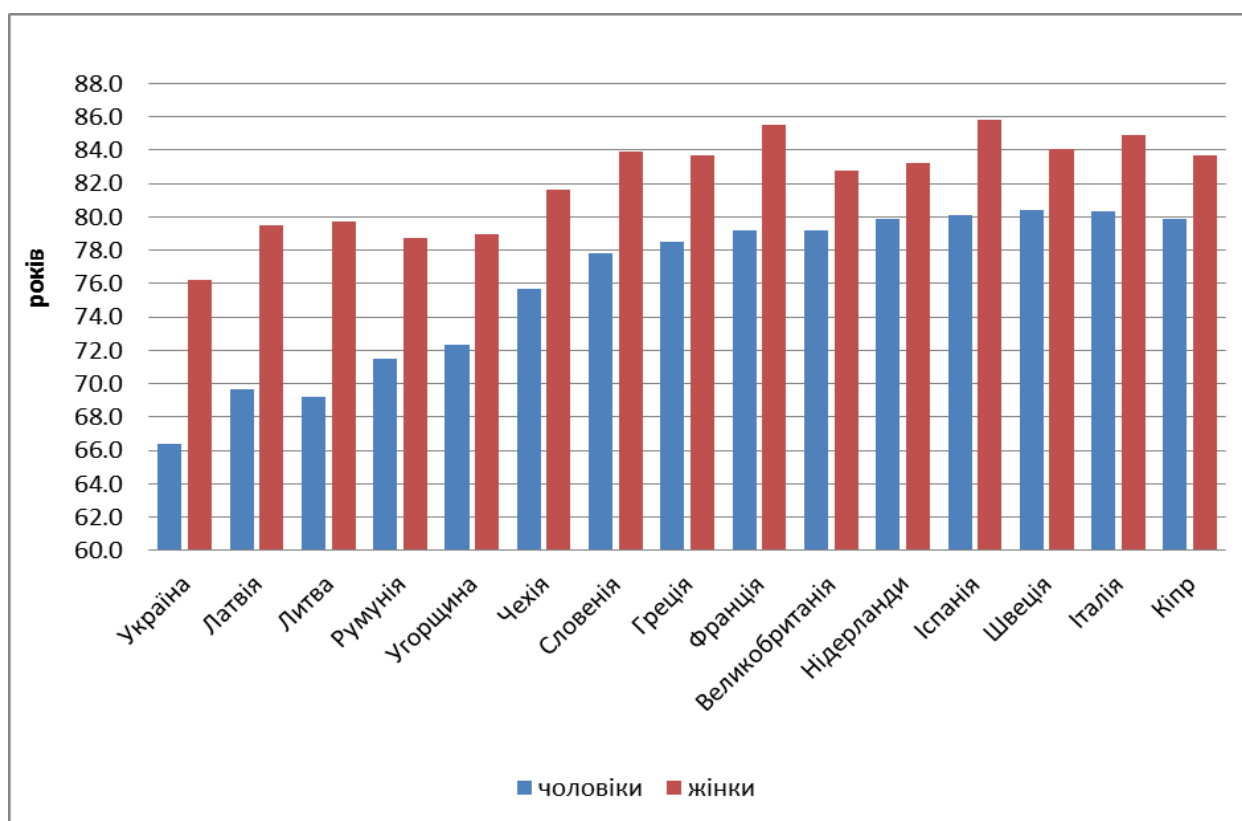
Понад 70% загального зростання ОТЖ чоловічого населення припадає на вікову групу 15–64 роки, а у жінок – тільки 50%. У жінок внесок вікової групи старше 65 років склав трохи більше 40% зростання, а в чоловіків – майже 20%.

Дитячі вікові групи (до 15 років) визначили 10 відсотків приросту ОТЖ чоловічого та жіночого населення України.

Основне зростання у чоловіків протягом 2007–2013 рр. пов'язане зі зниженням смертності від зовнішніх причин, на другому місці – хвороби системи кровообігу. Внесок цих класів причин смертності у зростання тривалості життя був практично рівнозначним: 38% – зовнішні причини, 39% – хвороби системи кровообігу. У жінок порядок причин був зворотній: найбільший внесок припадав на зниження смертності від хвороб системи кровообігу (понад 60% зростання), потім від зовнішніх причин (майже 21% приросту), на всі інші класи захворювань залишається 19% підвищення.

Період 2013–2017 рр., зважаючи на розбалансованість демографічного обліку в нашій країні з початком агресії Росії проти України, дають не досить об'єктивну характеристику параметрів ОТЖ за таблицями смертності, розрахованими Державною службою статистики України. Аналізуючи дані приведеної таблиці можна припустити, що останніми роками відбувається стагнація ОТЖ на рівні показників 2013 року.

Нинішній рівень ОТЖ в Україні дуже низький на фоні країн Заходу (рис. 1.5.1). Головною причиною відставання України від європейських країн за ОТЖ є висока смертність від хвороб системи кровообігу. Вона нині на 45–55% обумовлює це відставання у чоловіків і ще більше у жінок (табл. 1.5.2).



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

Таблиця 1.5.2

**Внесок відмінностей у смертності від хвороб системи кровообігу (ХСК) у загальне відставання України за ОТЖ від окремих країн Європи у 2013 р.**

Країна	Чоловіки		Жінки	
	різниця в ОТЖ, років	у тому числі внаслідок більш високої смертності від ХСК	різниця в ОТЖ, років	у тому числі внаслідок більш високої смертності від ХСК
Німеччина	13,4	6,4	7,0	4,8
Франція	13,5	7,6	9,2	7,3
Чехія	6,2	2,8	5,1	2,7
Естонія	10,1	4,3	4,9	2,9

Джерело: за даними Євростату

Протягом останнього півстоліття рівень ОТЖ в Україні пережив декілька періодів підвищення і зменшення, і кожен раз це було тісно пов'язано зі спадом і підйомом смертності від серцево-судинних захворювань.

Аналіз відмінностей стосовно ОТЖ у містах і селах в Україні 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 ОТЖ істотно скоротився. Зменшення відмінностей відбулося головним чином в результаті випереджаючого зростання смертності містян, передусім чоловіків. До 1999 р. зміни ОТЖ серед міського населення

були більшими, ніж у сільських мешканців, як у період спаду, так і підйому смертності. Проте впродовж 1999–2005 рр. сільське населення втратило більше років життя, ніж міське, особливо жіноча людність.

По-друге, відставання рівня ОТЖ сільських жителів від показників міських мешканців є характерним для дитячого та працездатного віку, проте у похилому віці індикатори дожиття сільського населення є кращими, ніж міського. У чоловіків це фіксується починаючи з 70-річного, а у жінок – 80-річного віку. Вочевидь це певною мірою пов'язано із так званим «селективним відбором» внаслідок міграційного відтоку найбільш мобільного, а отже і найбільш здорового контингенту молодого сільського населення у міста та в країни далекого і близького зарубіжжя. А більш висока ОТЖ селян у похилому віці може бути наслідком компенсації підвищеної смертності у дитячому і працездатному віці, у результаті чого до похилого віку доживають найміцніші індивіди, які мають кращі шанси на довголіття, ніж міські жителі.

На сьогодні рівень ОТЖ у міських чоловіків на 2,5 роки вищий, ніж у сільських, а у жінок цей розрив становив 1,3 року на користь містянок.

Найбільш вагомий внесок у формування відмінностей ОТЖ чоловічого населення за типом поселення належить смертності у молодому працездатному віці, а в жінок смертності серед дітей та молоді. У смертності сільського населення порівняно з міським нині простежуються два максимуми: у чоловіків у віці 1–4 та 20–24 роки, а у жінок у вікових групах 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 двадцяти років. Нині сільські діти у віці 1–4 роки вмирають в 1,7 разу, а віком 5–14 років – в 1,3 разу частіше у порівнянні 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 у містах, так і в селах надмірна смертність населення працездатного віку є основною причиною низького рівня ОТЖ.

Сучасна ОТЖ в Україні має доволі відчутні регіональні відмінності.

За особливостями рівневих структурних характеристик ОТЖ областей України можна виділити наступні групи. Відносно позитивна динаміка ОТЖ спостерігається у м. Києві і в західних областях: Івано-Франківській, Львівській, Тернопільській і Чернівецькій. ОТЖ у чоловічого і жіночого населення цих регіонів на 1–2 роки перевищують середньоукраїнські показники. В цій групі фіксується менший розрив в ОТЖ між чоловічим і жіночим населенням і найвищий серед регіонів рівень дожиття до похилого віку (табл. 1.5.3).

Найнижчу серед регіонів ОТЖ (на 2-3 роки менше за середній по Україні) мали Київська, Житомирська, Чернігівська і Херсонська області. Решта областей за величиною ОТЖ посідають проміжне становище між попередніми двома групами регіонів. Тут ОТЖ знаходиться на рівні середньоукраїнських показників.

## Зміни очікуваної тривалості життя населення областей України у 2013 та 2016 рр., років

Адміністративно-територіальна одиниця	Чоловіки			Жінки		
	2016 р.	2013 р.	приріст	2016 р.	2013 р.	приріст
<b>Україна</b>	<b>67.89</b>	<b>66.32</b>	<b>1.57</b>	<b>77.44</b>	<b>76.20</b>	<b>1.24</b>
<i>Область</i>						
Вінницька	67.61	66.86	<b>0.75</b>	77.13	76.77	<b>0.36</b>
Волинська	66.35	66.05	<b>0.30</b>	77.20	76.88	<b>0.32</b>
Дніпропетровська	65.08	64.89	<b>0.19</b>	75.05	75.25	<b>-0.20</b>
Житомирська	64.70	63.99	<b>0.71</b>	75.67	75.09	<b>0.58</b>
Закарпатська	67.00	67.16	<b>-0.16</b>	74.81	74.77	<b>0.04</b>
Запорізька	65.90	66.43	<b>-0.53</b>	76.43	76.48	<b>-0.05</b>
Івано-Франківська	69.02	68.42	<b>0.60</b>	78.24	77.74	<b>0.50</b>
Київська	64.99	65.24	<b>-0.25</b>	75.42	75.45	<b>-0.03</b>
Кіровоградська	65.39	64.79	<b>0.60</b>	75.10	74.82	<b>0.28</b>
Львівська	68.74	68.38	<b>0.36</b>	78.26	78.06	<b>0.20</b>
Миколаївська	65.58	65.00	<b>0.58</b>	75.63	75.06	<b>0.57</b>
Одеська	66.38	65.91	<b>0.47</b>	75.15	74.67	<b>0.48</b>
Полтавська	66.44	65.89	<b>0.55</b>	76.05	76.22	<b>-0.17</b>
Рівненська	66.11	66.27	<b>-0.16</b>	77.13	76.56	<b>0.57</b>
Сумська	66.59	65.73	<b>0.86</b>	76.63	76.21	<b>0.42</b>
Тернопільська	68.90	68.70	<b>0.20</b>	78.31	78.37	<b>-0.06</b>
Харківська	66.63	67.31	<b>-0.68</b>	76.05	76.58	<b>-0.53</b>
Херсонська	65.03	64.87	<b>0.16</b>	75.21	75.04	<b>0.17</b>
Хмельницька	67.18	66.72	<b>0.46</b>	77.36	76.89	<b>0.47</b>
Черкаська	67.23	66.91	<b>0.32</b>	76.69	76.57	<b>0.12</b>
Чернівецька	68.93	68.62	<b>0.31</b>	77.57	77.59	<b>-0.02</b>
Чернігівська	64.79	64.63	<b>0.16</b>	76.58	76.13	<b>0.45</b>
м. Київ	69.84	70.13	<b>-0.29</b>	78.22	78.22	<b>0.00</b>

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

### 1.6. Перспективи і резерви підвищення тривалості життя населення

За останні 60 років (1953–2013), тобто за період, коли дані статистики смертності в Україні вже були досить надійні для серйозних висновків, ОТЖ чоловіків зростала лише 30 років, а у жінок підвищувалася протягом 34 років.

Пікові значення ОТЖ населення України припадають на середину 1960-х років (66 років у чоловіків і майже 75 – у жінок). Від початку ХХ століття ОТЖ у чоловічого населення України зростала на 33 роки; а в жінок – майже на 40 років. За показниками ОТЖ у середині 60-х років минулого століття Україна зрівнялася з більшістю країн Заходу.

Небувалою прогресу у динаміці ОТЖ в Україні вдалося досягти в результаті встановлення контролю над головним джерелом високої смертності – інфекційними захворюваннями.

З середини 1960-х років підвищення ОТЖ у розвинутих країнах Заходу істотно вповільнилося, а в Україні припинилося.

Оцінюючи ситуацію у сфері смертності, що склалася, авторитетні експерти прийшли до висновку, що можливості попередньої стратегії боротьби за підвищення ОТЖ, орієнтовану перш за все на профілактику і лікування інфекційних захворювань, вичерпуються, і ця ситуація потребує переосмислення.

Світ дійсно вступив в нову еру – епоху боротьби з неінфекційними причинами смерті, а також нещасними випадками та травмами. Приблизно з кінця 1960-х початку 1970-х років у більшості розвинутих країн відбувався процес активної трансформації епідеміологічної моделі смертності і власне рубіж 1960-х–1970-х років став пунктом, коли шляхи подальшого зниження смертності в індустріальних країнах почали розходитися, – перехід до нової моделі смертності йшов не повсюдно.

Він був успішним в країнах Західної Європи, Північної Америки, Японії та деяких інших країнах, де зберігалася стала тенденція до зростання ОТЖ (приріст становив приблизно 2,5 року за десятиріччя). В країнах соціалістичного табору ніяких покращень не відбувалось. В СРСР і, відповідно, в Україні це неблагополуччя замовчувалось, і тільки наприкінці 1980-х років появилася можливість для розуміння реального стану справ у сфері життєзбереження людності Союзу. Перелом негативних тенденцій у Центральній Європі (Чехія, Словаччина, Польща, Угорщина) наступив у першій половині 90-х років, в Прибалтиці – наприкінці минулого століття. В Україні позитивні зміни з ОТЖ, які відбувалися у другій половині 1980-х років, мали коливальний характер. Спочатку показники ОТЖ різко впали, досягнувши дна у 1995 р., після чого наступило їх відновлення. Падіння зайняло 5–6 років, а на відновлення рівня кінця 1980-х років, у тимчасово перерваного у 1998 р., знадобилось 15 років. З об'єктивних причин (події весни 2014 р.) позитивна динаміка ОТЖ в Україні була перервана. Хоча за умови відсутності сучасної екстраординарної кризової ситуації в Україні позитивний тренд ОТЖ міг би зберегтися. На цю гіпотетичну можливість зростання ОТЖ за останні чотири роки вказує приклад країн Прибалтики, і центрально-європейських країн, і тієї ж Російської Федерації, де ОТЖ продовжує підвищуватися протягом 2004–2017 рр.

Посилення кризи у життєзбереженні людності в Україні після подій весни 2014 р. обумовлено цілим комплексом причин: низьким рівнем життя переважної більшості населення, кризовим станом державної системи охорони здоров'я, спричиненим соціально-економічними трансформаціями в державі, знеціненням здоров'я людей як з боку держави, так і самих громадян. Тому ґрунтуючись на результатах останніх прогнозних сценаріїв смертності вітчизняних та зарубіжних експертів можна стверджувати, що за сучасних кризових умов життєдіяльності української держави, у найближчій перспективі розраховувати на позитивні зрушення в динаміці ОТЖ в Україні не доводиться. Вони стануть можливими тільки за умови стабілізації політичної та соціально-економічної ситуації в нашій країні.

Теоретично резерви зростання ОТЖ населення в Україні є і доволі значні. Для їх реалізації необхідно, насамперед, визначити групи 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.

Найбільших втрат в Україні зазнає населення працездатного віку. Саме висока смертність осіб у цьому віці відіграє основну роль у формуванні низького рівня ОТЖ населення нашої країни. Ймовірність дожиття від 15 до 60 років становить для українських чоловіків понад 60%, тоді як у країнах Заходу 90%, а в наших західних сусідів (Польща, Чехія, Словаччина, Угорщина) – близько 80%.

Отже, логічно запрошується висновок, що основні резерви продовження тривалості життя в Україні знаходяться в області зниження смертності населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу, новоутворень і так званих причин смерті, викликаних не хворобами,

а навмисним або випадковим зовнішнім впливом. Нині сукупна частка цих трьох груп причин у стандартизованому коефіцієнті смертності від усіх причин в Україні становить понад 80%. Відповідно завдання боротьби зі смертністю зводиться до скорочення смертності від трьох названих класів причин. Тому для подолання відставання України від країн Заходу за рівнем ОТЖ першочергово потрібно дибитися значного відтиснення смертності від хвороб системи кровообігу та новоутворень до більш пізнього віку і різкого зниження ролі зовнішніх причин смерті. Власне це завдання виходить на передній план, і повинно вирішуватися в першу чергу, навіть якщо це буде вимагати екстраординарних спільних зусиль з боку української громадськості та української держави.

Стратегія боротьби зі смертністю від серцево-судинних хвороб для всіх вікових контингентів населення не може бути однаковою. Висока смертність від хвороб системи кровообігу у населення переважно працездатного віку асоціюється із способом життя і зловживання алкоголем. У людей похилого віку головний внесок у смертність від хвороб серцево-судинної системи роблять природні вікові зміни. Головною складовою цієї стратегії повинен стати не лише розвиток високих медичних технологій, а в основному профілактика, спрямована на утвердження здорового способу життя, і поліпшення всього соціального клімату, від якого залежить благополуччя та самопочуття людності України.

Висока смертність від зовнішніх причин – друга головна складова катастрофічного відставання України від країн Заходу за тривалістю життя. Втрати, які Україна зазнає від цієї групи причин смерті не менші, а у вікових групах до 70 років – значно більші, ніж втрати від новоутворень (а у чоловіків віком до 45 років вони навіть більші від серцево-судинних захворювань). Ці обставини – пряма вказівка на те, що власне боротьба із зовнішніми причинами смерті повинна стати одним з головних пріоритетів української системи охорони здоров'я, але, на жаль, цього як раз не відбувається.

Боротьба зі смертністю від нещасних випадків та травм повинна бути першочерговою у діяльності, спрямованої на зниження смертності, причому специфіка боротьби така, що вона не може вестися лише органами охорони здоров'я, вимагає узгоджених зусиль багатьох відомств, всього суспільства, але ідеологом і розробником цієї стратегії повинно бути все ж таки державне відомство, відповідальне за охорону здоров'я, а для цього воно само повинне усвідомити краще, ніж це має місце зараз, всю гостроту і серйозність проблеми і ґрунтовно переглянути систему пріоритетів у цьому напрямку.

Поліпшення здоров'я має бути кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ. Практичну реалізацію заходів державної політики, спрямованої на зниження смертності і підвищення ОТЖ в Україні необхідно проводити з допомогою механізму цільових програм, які використовують дотації з бюджету і місцеві кошти.

Необхідна орієнтація усіх сфер на всіх рівнях управління на оздоровлення умов життя, зокрема умов праці, побуту, дітородної діяльності з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, направленої на здоровий спосіб життя.

Міжнародний досвід свідчить, що головну роль у поліпшенні стану здоров'я людності та зростанні ОТЖ відіграє спрямування державної політики на формування уміння людей володіти своїм здоров'ям та поліпшувати його якість, на досягнення високого рівня культури самозбереження, особливо в сучасних українських реаліях при різкому обмеженні державних видатків на охорону здоров'я в нашій країні.

## 2. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

### 2.1. Тенденції стану здоров'я населення

Стан здоров'я населення є одним із найважливіших соціальних індикаторів суспільного прогресу, потенціалом економічного зростання та безпеки держави, що займає провідне місце у системі цінностей будь-якої цивілізованої країни, 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 р. Цілі сталого розвитку ООН – це 17 цілей і 169 задач, які всі держави-члени ООН (193) погодилися досягти до 2030 р. 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 р. Керівні органи ВООЗ будуть відігравати важливу роль у контролі та виконанні ЦСР, пов'язаних зі здоров'ям.

У червні 2018 р. делегати Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я погодили новий масштабний стратегічний план на наступні п'ять років. Тринадцята загальна програма роботи (ЗПР) ВООЗ спрямована на допомогу світу в досягненні Цілей сталого розвитку з особливим акцентом на ЦСР 3 – забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх та у будь-якому віці до 2030 р. У загальній програмі ВООЗ проголошено три цілі: до 2023 р. забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я додатково 1-му мільярду осіб; забезпечити більш ефективний захист від надзвичайних ситуацій в галузі охорони здоров'я додатково 1-му мільярду осіб; забезпечити більш високий рівень здоров'я та благополуччя додатково для 1-го мільярда осіб. За попередніми оцінками ВООЗ, досягнення цих «цілей трьох мільярдів» дозволить врятувати 29 мільйонів життів для чого ВООЗ потрібно пройти через цілий ряд стратегічних

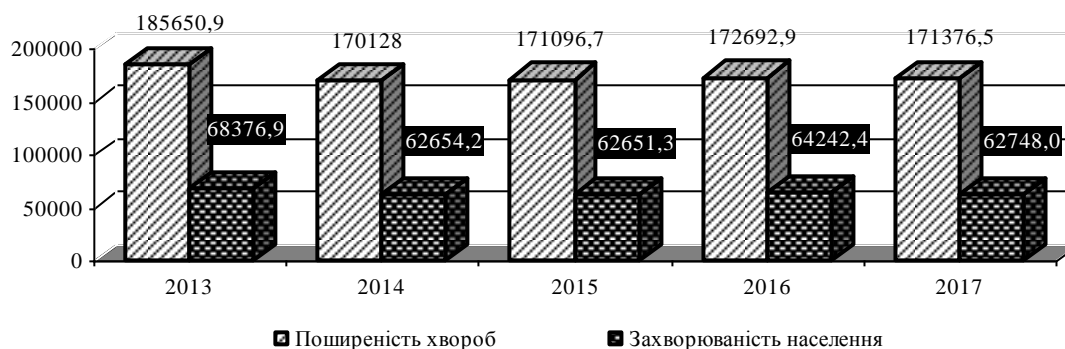


перетворень, зокрема, вивести на новий рівень свою лідерську роль у сфері громадської охорони здоров'я; зосередити зусилля на досягненні конкретних результатів в країнах; зробити так, щоб люди мали доступ до авторитетної і стратегічної інформації з питань, що стосуються їх здоров'я.

Останнім часом особливої актуальності в Україні набув розвиток громадського здоров'я, так розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. №1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» схвалено розбудову сучасної системи громадського здоров'я в Україні та вирішення актуальних для системи громадського здоров'я на даний час проблем, таких як проблема тягаря неінфекційних захворювань та передумов високого рівня захворюваності та смертності в Україні, проблем охоплення вакцинацією, високого рівня поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу та мультирезистентного туберкульозу, вирішення проблем системи біобезпеки, проблем безпеки крові.

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 Операції Об'єднаних Сил (ООС) 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 2013–2017 рр. рівень первинної захворюваності населення України знизився: на 8,2% та на 2,3% у 2017 р. відносно 2013 р. та 2016 р. відповідно. Аналогічні тенденції до зниження спостерігаються і з показниками поширеності хвороб серед населення України: на 7,69% і 0,76% у 2017 р. відносно 2013 р. та 2016 р. відповідно (рис. 2.1.1).



**Рис. 2.2.1. Динаміка показників поширеності та захворюваності населення України за період 2013–2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Останні п'ять років розподіл рейтингових місць у структурі поширеності хвороб серед населення України за класами хвороб залишається фактично незмінною, а саме перше рейтингове місце займають хвороби системи кровообігу (30,9% у 2017 р.), друге – хворобам органів дихання (20,1% у 2017 р.), третє місце належить хворобам органів травлення (9,8%), четверте рейтингове місце у 2017 р. посіли хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,45%), тоді як протягом попередніх років (2013–2016 рр.) вони знаходились на п'ятому місці, на п'яте місце у 2017 р. з четвертого рейтингове місце змістилися хвороби сечостатевої системи (5,41% у 2017 р.). Протягом 2013–2017 рр. в структурі поширеності хвороб спостерігається зростання частки наступних класів хвороб: ендокринних хвороб,

розладів харчування та порушення обміну речовин (4,84% у 2013 р. до 5,06% у 2017 р.), хвороб нервової системи (з 2,58% у 2013 р. до 2,72% у 2017 р.), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (з 5,37% до 5,45% відповідно), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (з 0,38% до 0,42% відповідно). Питома вага інших класів хвороб в структурі поширеності хвороб серед населення країни за аналізований період мали тенденцію до зниження (табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

**Структури поширеності хвороб серед населення України за класами хвороб  
згідно МКХ-10 у 2013, 2016, 2017 рр. (%)**

Класи хвороб	2013 р. (%)	2016 р. (%)	2017 р. (%)
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,18	1,92	1,97
Новоутворення	2,32	2,39	2,44
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,91	0,91	0,90
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	4,84	4,96	5,06
Розлади психіки та поведінки	2,45	2,30	2,30
Хвороби нервової системи	2,58	2,70	2,72
Хвороби ока та його придаткового апарату	4,97	4,78	4,83
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1,88	1,81	1,82
Хвороби системи кровообігу	31,47	30,67	30,88
Хвороби органів дихання	19,32	20,68	20,13
Хвороби органів травлення	9,68	9,74	9,76
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2,64	2,61	2,64
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	5,37	5,39	5,45
Хвороби сечостатевої системи	5,43	5,43	5,41
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	0,38	0,40	0,42
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	2,63	2,47	2,48

За період 2013–2017 рр. рівень поширеності хвороб серед населення України за класами хвороб знизився за дев'ятьма класами хвороб: за класом хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (на 8,59% відносно 2013 р. та 1,34% відносно 2016 р.), за класом розладів психіки та поведінки (на 13,30% та 0,69 відповідно), за класом хвороб нервової системи (на 2,55% і 0,24% відповідно), хвороб вуха і соскоподібного відростка (на 10,65% і 0,34% відповідно), за класом хвороб системи кровообігу (на 9,42% і 0,09% відповідно), за класом хвороб органів дихання (на 3,84% і 3,41% відповідно), за класом хвороб органів травлення (на 6,86% і 0,55% відповідно), за класом хвороб сечостатевої системи (8,05% і 1,11% відповідно), класом травм, отруєнь та деяких наслідків дій зовнішніх чинників (на 12,88% і 0,23% відповідно). Протягом останніх п'яти років відбулось зростання поширеності класу природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій на 1,35% відносно 2013 р. та на 3,04% відносно 2016 р. За всіма іншими класами хвороб спостерігається тенденція зниження показника поширеності 2017 р. відносно 2013 р. і його зростання у 2017 р. відносно попереднього 2016 р.: деякі інфекційні та паразитарні хвороби зниження рівня поширеності на 16,45% відносно 2013 р. та зростання на 1,64% відносно 2016 р.; новоутворення – зниження на 2,99% відносно 2013 р. і зростання відносно 2016 р. на 1,51%; ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин зниження на 3,41% відносно 2013 р. і зростання на 1,25% відносно 2016 р.; хвороби ока та його придаткового апарату – зниження на 10,20% відносно 2013 р. та зростання на

0,27% відносно 2016 р.; хвороби шкіри та підшкірної клітковини – зниження на 7,43% відносно 2013 р. та зростання на 0,35% відносно 2016 р.; хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – зниження поширеності на 6,34% відносно 2013 р. та зростання на 0,34% відносно 2016 р. (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

**Динаміка показників поширеності хвороб серед населення України  
за основними класами хвороб у 2013, 2016, 2017 рр. (на 100 тис. усього населення)**

Класи хвороб	2013	2016	2017	2017/ 2013	2017/ 2016
<b>Всі хвороби</b>	185 650,9	172 692,9	171 376,5	-7,69	-0,76
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4038,8	3319,9	3374,4	-16,45	1,64
Новоутворення	4312,3	4121,1	4183,4	-2,99	1,51
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1693,6	1569,3	1548,2	-8,59	-1,34
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8982,1	8569,3	8676,0	-3,41	1,25
Розлади психіки та поведінки	4550,0	3972,4	3944,8	-13,30	-0,69
Хвороби нервової системи	4781,0	4670,3	4659,0	-2,55	-0,24
Хвороби ока та його придаткового апарату	9226,2	8262,2	8284,9	-10,20	0,27
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3496,1	3134,3	3123,8	-10,65	-0,34
Хвороби системи кровообігу	58 429,0	52 970,4	52 923,6	-9,42	-0,09
Хвороби органів дихання	35 867,3	35 709,3	34 490,6	-3,84	-3,41
Хвороби органів травлення	17 965,2	16 825,5	16 733,0	-6,86	-0,55
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4 892,8	4 513,3	4 529,1	-7,43	0,35
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	9977,0	9313,2	9344,5	-6,34	0,34
Хвороби сечостатевої системи	10077,4	9370,0	9265,7	-8,05	-1,11
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	702,5	691,0	712,0	1,35	3,04
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4885,9	4266,3	4256,4	-12,88	-0,23

Показникам рівня поширеності хвороб серед всього населення України у 2017 р. як і у попередні роки притаманна регіональна диференціація. Так, найвищі рівні поширеності хвороб мають м. Київ (231 293,2 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровська область (225 426,7 на 100 тис. відповідного населення), Київська область (213 686,5 на 100 тис. відповідного населення), Чернігівська область (212 132,3 на 100 тис. відповідного населення), Вінницька область (196 372,9 на 100 тис. населення). Стійкі тенденції протягом 2013–2017 рр. до зниження поширеності хвороб серед населення зафіксовано в наступних регіонах: у Вінницькій області (зниження на 6,65% відносно 2013 р. та 2,58% відносно 2016 р.), Волинській області (на 3,16% та 1,46% відповідно), Закарпатській області (5,45% і 2,05% відповідно), Запорізькій області (на 0,36% і 2,93% відповідно), Івано-Франківській області (на 0,17% і 0,79% відповідно), Луганській області (на 9,16% і 2,96%), Львівській області (на 1,79% і 2,09% відповідно), Одеській області (на 5,69% і 1,06% відповідно), Харківській області (на 2,11% і 1,85% відповідно), Черкаській області (на 7,4% і 2,55% відповідно), Чернівецькій області (на 1,23% і 0,46% відповідно), м. Київ (на 2,79 і 1,09% відповідно). Тенденції до зростання рівнів поширеності хвороб серед всього населення спостерігаються у п'яти областях України: Дніпропетровській області (зростання на 6,02% відносно 2013 р. і на 1,04% відносно 2016 р.), Київській області (на 5,02% і 2,20% відповідно), Миколаївській області (на 8,89% і 0,23% відповідно), Тернопільській (на 2,1% і 0,60% відповідно), Чернігівській області (на 5,74% і 1,84% відповідно). У 2017 р. у деяких

областях поширеність хвороб серед всього населення знизилась відносно 2016 р., незважаючи на те, що рівень поширеності хвороб залишився вищим відносно 2013 р.: у Житомирській області зафіксовано зниження відносно 2016 р. на 0,84% та зростання на 6,06% відносно 2013 р., Кіровоградській області (зниження на 0,72% відносно 2016 р. і зростання на 2,3% відносно 2013 р.), Полтавській області (зниження на 1,52% відносно 2016 р. та зростання на 1,17% відносно 2013 р.), Рівненській області (зниження на ,67% і зростання на 1,07% відносно 2013 р.), Сумській області (зниження відносно 2016 р. на 0,29% та зростання відносно 2017 р. на 5,55%), Хмельницькій області (зниження на 0,99% відносно 2016 р. та зростання на 1,83% відносно 2013 р.). У Донецькій і Херсонській областях у 2017 р. сформовано рівні поширеності хвороб серед всього населення нижчі за аналогічні у 2013 р., але вищі ніж у попередньому 2016 р. (Донецька область – зниження на 9,89% відносно 2013 р., та зростання на 0,09% відносно 2016 р.; Херсонська – зниження на 1,58% відносно 2013 р. і зростання на 0,09% відносно 2016 р.) (табл. 2.1.3).

Таблиця 2.1.3

**Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед населення України у 2013, 2016, 2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2013	2016	2017	2017/2013	2017/2016
<b>Україна</b>	<b>185 650,9</b>	<b>172 692,9</b>	<b>171 376,5</b>	<b>-7,69</b>	<b>-0,76</b>
<i>Область</i>					
Вінницька	210 352,8	201 568,6	196 372,9	-6,65	-2,58
Волинська	180 100,3	176 981,7	174 402,4	-3,16	-1,46
Дніпропетровська	212 618,2	223 107,2	225 426,7	6,02	1,04
Донецька	182 773,4	164 622,0	164 775,1	-9,85	0,09
Житомирська	169 844,3	181 646,3	180 128,9	6,06	-0,84
Закарпатська	163 244,2	157 577,1	154 351,6	-5,45	-2,05
Запорізька	149 407,5	153 368,9	148 877,0	-0,36	-2,93
Івано-Франківська	191 646,3	192 838,4	191 322,8	-0,17	-0,79
Київська	203 466,1	209 094,9	213 686,5	5,02	2,20
Кіровоградська	176 043,8	181 408,9	180 094,6	2,30	-0,72
Луганська	154 809,0	144 915,2	140 622,6	-9,16	-2,96
Львівська	172 197,2	172 723,4	169 112,4	-1,79	-2,09
Миколаївська	173 779,2	188 797,8	189 222,7	8,89	0,23
Одеська	194 316,3	185 221,0	183 251,9	-5,69	-1,06
Полтавська	179 645,2	184 560,9	181 753,4	1,17	-1,52
Рівненська	187 069,2	190 353,4	189 077,9	1,07	-0,67
Сумська	162 123,1	171 620,1	171 123,5	5,55	-0,29
Тернопільська	184 407,6	187 151,9	188 275,2	2,10	0,60
Харківська	194 845,7	194 315,9	190 729,0	-2,11	-1,85
Херсонська	176 641,9	173 704,8	173 854,4	-1,58	0,09
Хмельницька	185 618,7	190 911,9	189 024,8	1,83	-0,99
Черкаська	192 952,1	183 352,4	178 672,9	-7,40	-2,55
Чернівецька	182 175,5	180 752,7	179 929,9	-1,23	-0,46
Чернігівська	200 607,8	208 292,1	212 132,3	5,74	1,84
м. Київ	237 927,3	233 831,2	231 293,2	-2,79	-1,09

У 2017 р. в структурі первинної захворюваності населення України за основними класами хвороб перше рейтингове місце посіли хвороби органів дихання (45,23%), друге місце займають хвороби системи кровообігу (6,69%), третє належить – травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх чинників (6,38%), четверте місце займають – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,88%), п'яте – хвороби ока та його придаткового апарату (5,13%). Протягом 2013–2017 рр. відбулось поступове зниження рівнів первинної

захворюваності населення України як відносно 2013 р. так і відносно 2016 р. за наступними класами хвороб: від новоутворень (зниження на 11% відносно 2013 р. і на 0,29% відносно 2016 р.), хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (на 11,23% і 5,17% відповідно), розладів психіки і поведінки (23,73% і 2,15% відповідно), хвороб нервової системи (на 3,31% і 1,32% відповідно), хвороб ока та його придаткового апарату (10,36% і 0,02% відповідно), хвороб вуха та соскоподібного відростка (11,25% і 0,18% відповідно), хвороб системи кровообігу (15,57% і 2,08% відповідно), хвороб органів дихання (3,13% і 3,94% відповідно), хвороб органів травлення (7,14% і 2,06% відповідно), хвороб сечостатевої системи (36,33% і 30,55% відповідно), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (12,94% і 0,08% відповідно). В 2017 р. відбулось зростання первинної захворюваності відносно 2016 р. наступних класів хвороб: деяких інфекційних та паразитарних хвороб (на 1,93%), ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (0,05%), хвороб шкіри та підшкірної клітковини (на 0,45%), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 9,24%) (табл. 2.1.4).

Таблиця 2.1.4

**Динаміка показників та структура захворюваності населення України за основними класами хвороб у 2013, 2016, 2017 рр.**

Класи хвороб	2013 на 100 тис. осіб	%	2016 на 100 тис. осіб	%	2017 на 100 тис. осіб	%	2017/ 2013	2017/ 2016
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2680,9	3,92	2174,5	3,38	2216,4	3,53	-17,33	1,93
Новоутворення	970,1	1,42	865,9	1,35	863,4	1,38	-11,00	-0,29
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	438,2	0,64	410,2	0,64	389,0	0,62	-11,23	-5,17
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1085,5	1,59	924,9	1,44	925,4	1,47	-14,75	0,05
Розлади психіки та поведінки	394,5	0,58	307,5	0,48	300,9	0,48	-23,73	-2,15
Хвороби нервової системи	1551,4	2,27	1520,2	2,37	1500,1	2,39	-3,31	-1,32
Хвороби ока та його придаткового апарату	3591,1	5,25	3219,8	5,01	3219,2	5,13	-10,36	-0,02
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2659,2	3,89	2364,3	3,68	2360,0	3,76	-11,25	-0,18
Хвороби системи кровообігу	4972,0	7,27	4287,1	6,67	4198,0	6,69	-15,57	-2,08
Хвороби органів дихання	29 296,4	42,85	29 540,9	45,98	28 378,3	45,23	-3,13	-3,94
Хвороби органів травлення	2760,1	4,04	2616,9	4,07	2563,1	4,08	-7,14	-2,06
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4090,6	5,98	3671,9	5,72	3688,4	5,88	-9,83	0,45
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3182,3	4,65	2913,1	4,53	3182,3	5,07	0,00	9,24
Хвороби сечостатевої системи	4509,8	6,60	4134,3	6,44	2871,3	4,58	-36,33	-30,55
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	121,4	0,18	111,2	0,17	111,2	0,18	-8,40	0,00
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4595,7	6,72	4004,2	6,23	4000,8	6,38	-12,94	-0,08

Найвищі рівні первинної захворюваності всього населення країни у 2017 р. спостерігаються у Дніпропетровській області (89 088,1 на 100 тис. відповідного населення), у м. Київ (85 891,0 на 100 тис. населення), в Івано-Франківській області (84 637,0 на 100 тис. відповідного населення). В переважній більшості областей України протягом 2013–2017 рр. відбулось зниження рівнів первинної захворюваності, а саме у Вінницькій області, Волинській області, Донецькій області, Закарпатській області, Івано-Франківській області, Луганській області, Львівській області, Одеській області, Полтавській області, Рівненській області, Харківській області, Херсонській області, Хмельницькій області, Черкаській області, Чернівецькій області, м. Київ. В двох областях України, таких як Київська та Тернопільська області, спостерігаються поступові тенденції до зростання показників первинної захворюваності всього населення України як відносно 2013 р. так і відносно 2016 р. (табл. 2.1.5).

Таблиця 2.1.5

**Динаміка захворюваності середнього населення в регіонах України в 2013, 2016, 2017 рр.  
(на 100 тис. відповідного населення)**

Області	Роки			Зміни	
	2013	2016	2017	2016/2012	2016/2015
Україна	68376,9	64242,4	62748,0	-8,23	-2,33
<i>Область</i>					
Вінницька	73961,7	68819,3	64476,7	-12,82	-6,31
Волинська	71219,9	70602,3	68356,6	-4,02	-3,18
Дніпропетровська	83874,3	89178,7	89088,1	6,22	-0,10
Донецька	60188,1	53744,5	53201,6	-11,61	-1,01
Житомирська	61830,9	65528,1	63633,9	2,92	-2,89
Закарпатська	61976,3	61084,6	58729,9	-5,24	-3,85
Запорізька	56616,9	62038,3	58187,5	2,77	-6,21
Івано-Франківська	86832,1	86395,4	84637,0	-2,53	-2,04
Київська	71790,4	74822,9	77739,9	8,29	3,90
Кіровоградська	60144,9	65164,6	63498,9	5,58	-2,56
Луганська	53654,8	48218,4	46469,4	-13,39	-3,63
Львівська	81794,9	79690,0	76875,3	-6,01	-3,53
Миколаївська	61269,9	66876,7	65819,3	7,43	-1,58
Одеська	72055,9	68614,3	68146,2	-5,43	-0,68
Полтавська	54579,3	58254,4	54175,9	-0,74	-7,00
Рівненська	75633,2	75870,5	75149,3	-0,64	-0,95
Сумська	51029,1	54369,8	52668,1	3,21	-3,13
Тернопільська	67149,7	68226,5	68266,2	1,66	0,06
Харківська	69609,2	68851,2	66176,1	-4,93	-3,89
Херсонська	60966,4	54388,1	53687,2	-11,94	-1,29
Хмельницька	64053,3	65265,4	63361,8	-1,08	-2,92
Черкаська	70343,0	67927,3	64528,8	-8,27	-5,00
Чернівецька	65653,3	64328,2	63215,6	-3,71	-1,73
Чернігівська	69655,6	72223,2	72092,9	3,50	-0,18
м. Київ	91402,3	88447,3	85891,0	-6,03	-2,89

## 2.2. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дітей

Відомо, що здоров'я нації і найбільш важливий ресурс любого суспільства визначаються рівнем здоров'я дітей. Здоров'я дітей виступає ключовою ланкою і у формуванні та збереженні репродуктивного потенціалу населення. Саме в дитинстві закладаються основи здоров'я і здоров'язберегаючої поведінки, які будуть передані наступним поколінням. Діти відносяться до найбільш вразливих груп населення – близько 37% вантажу захворювань припадає саме на них. Особливого значення стан здоров'я дітей набуває в період несприятливої демографічної ситуації. Адже протягом останніх десятиріч в Україні склався постійно звужений характер відтворення населення, коли кожне покоління народжених по чисельності менше покоління своїх батьків і не може поповнити втрати населення внаслідок смерті.

А в період політичних та економічних змін, тривалих воєнних дій в Україні виникла низка і медико-екологічних проблем, які становлять загрозу для здоров'я різни груп населення, в першу чергу дітей. Згідно даних Національної доповіді «Цілі розвитку Тисячоліття: «Україна 2000-2015» сьогодні кожна третя сім'я з дітьми відноситься до категорії бідної. В країні відбуваються бойові дії, із 6 мільйонів мешканців зони АТО і прилеглих територій більше 5 млн. потрапили або до групи раптово збіднілих, або до групи вразливих до бідності, незалежно від того, переїхали вони в іншу частину країни чи залишилися в місці постійного проживання. Межу деприваційної бідності в Україні визначено на рівні 4-х та більше ознак позбавлення (privation) серед 18-ти основних.

Для вирішення глобальних і національних проблем у вересні 2015 р ООН прийняті Цілі сталого розвитку (ЦСР) для світу і всіх країн. 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 в розвитку технологій і боротьби з бідністю.

Платформою, завдяки якій жінки, діти і підлітки займуть центральне місце в нових ЦСР є Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016–2030 рр.) яка спрямована на «забезпечення до 2030 р. для кожної жінки, кожної дитини і підлітка в будь-якому місці в світі можливості для здійснення права на фізичне і психічне здоров'я, соціальні та економічні можливості, а також можливість повноцінно брати участь в формуванні благополучного і сталого суспільства».

Здоров'я дитини можна охарактеризувати як стан її життєдіяльності, що відповідає біологічному віку, гармонійній єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, а також адекватному формуванню адаптаційних та компенсаторних можливостей організму в процесі його росту. Забезпечення умов для належного формування і розвитку дитячого організму передбачає постійний моніторинг показників їхнього здоров'я, виявлення особливостей і тенденцій стану здоров'я дітей, визначення пріоритетних проблем, обґрунтування шляхів профілактики.

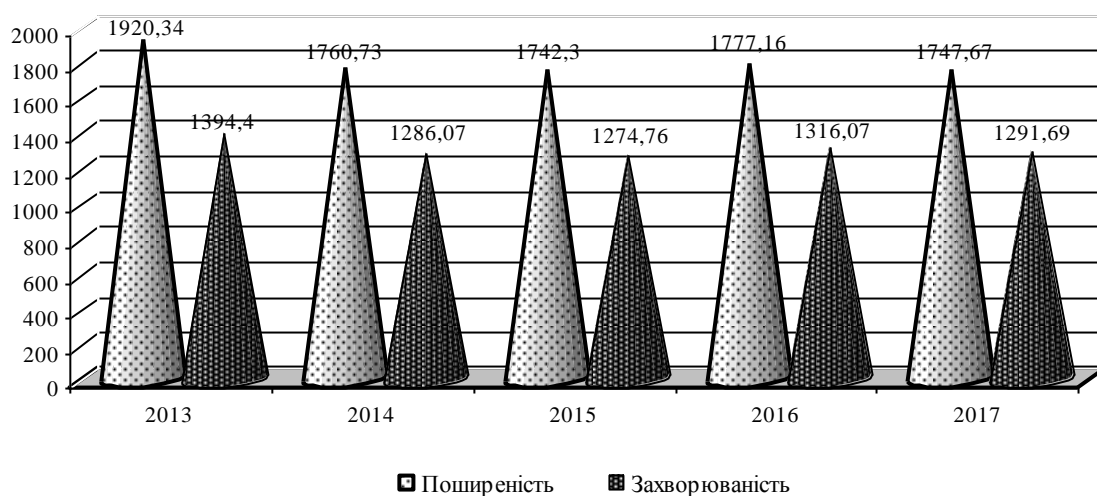
Здоров'я дитячого організму розглядається як інтегральний показник, що формується внаслідок дії складного комплексу взаємопов'язаних і взаємозалежних внутрішніх чинників та зовнішніх впливів. На сьогоднішній день неможливо визначити якість здоров'я дитини окремо від її соціального стану, конкретного середовища перебування та екологічних

особливостей місця проживання. З комплексу факторів, що впливають на стан здоров'я дітей можна виділити три основні групи: біологічні, екологічні та соціально-економічні фактори. До групи біологічних факторів відносяться, насамперед несприятлива спадковість, характер перебігу вагітності і пологів. До групи факторів, які визначають особливості впливу навколишнього середовища на організм людини, відносять несприятливі кліматично-географічні умови та ступінь забруднення навколишнього середовища шкідливими хімічними речовинами. Серед соціально-економічних чинників, які негативно впливають на стан здоров'я дітей і підлітків, провідними є гіпокінезія, неадекватне харчування, перевантаження школярів внаслідок напруженого навчання у школі, довготривале перебування за комп'ютером і телевізором, недотримання режиму сну, недостатній час перебування на свіжому повітрі, відсутність навичок загартовування організму, шкідливі звички. Науковці також зазначають, що визначені фактори ризику можуть діяти як ізольовано, так і поєднано. В останньому випадку спостерігаються найбільш негативні зміни у стані здоров'я. Разом з тим в умовах впливу сприятливих соціально-економічних чинників, навіть при несприятливій спадковості, захворювання в більшості випадків не розвивається.

Здоров'я дитини в його індивідуальному прояві характеризується гармонійним (відповідно віку) фізичним, психічним, інтелектуальним розвитком і особливою залежністю від дії факторів середовища. Здоров'я дитячого населення в цілому може бути визначено показниками державної медичної статистики: захворюваністю, інвалідністю, рівнем фізичного розвитку.

### ***Тенденції захворюваності та поширеності хвороб дитячого населення***

Захворюваність і поширеність хвороб дитячого населення є найбільш важливими критеріями, що характеризують стан здоров'я у всіх вікових періодах. За даними державної статистики на тлі зменшення чисельності дитячого населення (7990,4 тис. дітей 0–17 років у 2013 р. і 7615,6 тис. у 2017 р.) рівні захворюваності і поширеності хвороб при спадній тенденції залишаються високими – поширеність хвороб становила 1920,34 у 2013 р. і 1747,7 у 2017 р. на 1000 дітей відповідного віку, а захворюваність – 1291,7 та відповідно (рис. 2.2.1).



**Рис.2.2 1. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей 0–17 років включно в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 відповідного населення)**



Динаміка як захворюваності дітей, так і поширеності хвороб мала хвилеподібний характер – рівень захворюваності мав тенденцію до зменшення з 1394,4 на 1000 дітей віком 0–17 років у 2013 р. до 1286,07 у 2014 р. зі збільшенням до 1385,5 у 2015 р. і зменшенням до 1291,69 у 2017 р. При цьому поширеність хвороб серед дитячого населення зменшилася з 1920,34 у 2013 р. до 1742,3 у 2015 р. з послідуною тенденцією збільшення до 1777,16 у 2016р. і зменшення до 1291,69 у 2017 році.

Серед загальної популяції дітей за останні 5 років спостерігалось зменшення захворюваності і поширеності по усіх класах хвороб. Більш інтенсивні темпи зниження поширеності хвороб характерні для деяких інфекційних та паразитарних хвороб, ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин і розладів психіки та поведінки (на 7,2%, 7,1% і 8,2% відповідно), а зниження захворюваності – розладів психіки та поведінки, хвороб системи кровообігу і ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (на 27,6%, 26,5% і 20,0% відповідно) (табл. 2.2.1).

Таблиця.2.2.1

**Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–17 років в Україні у 2013–2017 рр.  
(на 1000 відповідного населення)**

Клас хвороб		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2017/ 2013, %
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	п	65,48	55,18	53,36	53,11	54,2	82,77
	з	56,52	47,47	45,58	45,21	46,73	82,68
Новоутворення	п	9,21	8,84	9,02	9,04	8,94	97,07
	з	3,66	3,43	3,44	3,41	3,3	90,16
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	п	39,56	36,83	36,31	35,81	34,52	87,26
	з	14,36	13,46	13,34	12,34	12,12	84,40
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	п	83,42	76,55	73,11	70,34	69,16	82,91
	з	18,07	16,37	15,70	15,11	14,45	79,97
Розлади психіки та поведінки	п	31,38	26,92	26,48	26,01	25,67	81,80
	з	5,26	4,28	4,28	4,04	3,81	72,43
Хвороби нервової системи	п	59,94	54,58	53,53	52,35	51,34	85,65
	з	20,29	19,03	18,45	17,8	17,38	85,66
Хвороби ока та його придаткового апарату	п	104,35	95,47	94,58	93,2	93,05	89,17
	з	47,51	43,46	43,18	41,79	41,25	86,82
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	п	47,13	43,56	43,10	42,02	41,9	88,90
	з	42,89	39,65	39,18	38,09	37,99	88,58
Хвороби системи кровообігу	п	38,78	34,67	34,44	33,75	32,56	83,96
	з	9,90	8,74	8,44	7,85	7,28	73,54
Хвороби органів дихання	п	984,71	918,83	915,65	963,19	939,67	95,43
	з	920,93	858,94	855,49	903,45	880,46	95,61
Хвороби органів травлення	п	133,63	120,13	117,07	114,23	111,74	83,62
	з	49,47	46,99	45,89	45,46	45,38	91,73
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	п	86,22	79,00	77,19	76,63	77,43	89,81
	з	74,00	67,46	65,47	64,76	65,3	88,24
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	п	84,57	73,31	71,57	70,64	71,46	84,50
	з	30,74	26,57	26,04	26,03	26,04	84,71
Хвороби сечостатевої системи	п	53,13	47,79	47,28	46,65	45,78	86,17
	з	28,27	25,38	25,46	25,05	24,57	86,91
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	п	30,10	27,64	28,37	28,69	29,18	96,94
	з	6,24	5,70	5,75	5,63	5,61	89,90

Клас хвороб		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2017/ 2013, %
Симптоми, ознаки, відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	п	2,58	2,50	2,50	2,48	2,6	100,78
	з	1,98	1,98	1,97	1,99	2,09	105,56
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	п	57,05	50,73	50,96	51,58	52,44	91,92
	з	55,29	49,06	49,36	50,6	50,95	92,15

На високих рівнях залишається захворюваність дитячого населення соціально значимими хворобами – туберкульозом і злоякісними новоутвореннями: туберкульозом 11,7 на 100 тис. відповідного населення у 2013 р. і 11,6 у 2017 р., у т. ч. туберкульозом органів дихання 10,4 і 10,2 відповідно, а злоякісними новоутвореннями – 12,13 і 12,13 відповідно. При цьому динаміка хвороб що передаються статевим шляхом виглядає оптимістично. Зниження захворюваності дитячого населення і жінок працездатного віку інфекціями, що передаються статевим шляхом відбувалося паралельно.

Так, в цілому захворюваність жіночого населення на сифіліс і гонококову інфекцію зменшилася у 1,5 разу, а дітей у 1,99 разу і становила на сифіліс 1,55 на 100 тис. дитячого населення у 2013 р., і 0,6 у 2017 р., на гонококову інфекцію відповідно 2,14 і 0,77. Спадна динаміка захворюваності жіночого і дитячого населення на сифіліс і гонорею викликає певну занепокоєність через ймовірність їх незадовільного виявлення та неповної реєстрації, особливо випадків гонореї. Динаміка захворюваності дітей на хламідійні інфекції, трихомоніаз і урогенітальний мікоплазмоз також мала спадну тенденцію і становила відповідно у 2013 і 2017 рр. 3,98 і 1,17; 15,46 та 6,15 і 6,88 та 2,27.

Структура захворюваності дитячого населення упродовж останніх років суттєво не змінилася. У 2017р. традиційно, як і в попередні роки, перше місце займали хвороби органів дихання (68,2 %). Послідувачі рангові місця посідали хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,1 %), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,6%), хвороби органів травлення (3,5 %), хвороби ока та його придаткового апарату (3,2 %). Сумарна частка цих хвороб становила 83,6 %. Усі інші хвороби займали у структурі захворюваності лише 18,4 %. (рис.2.2.2).

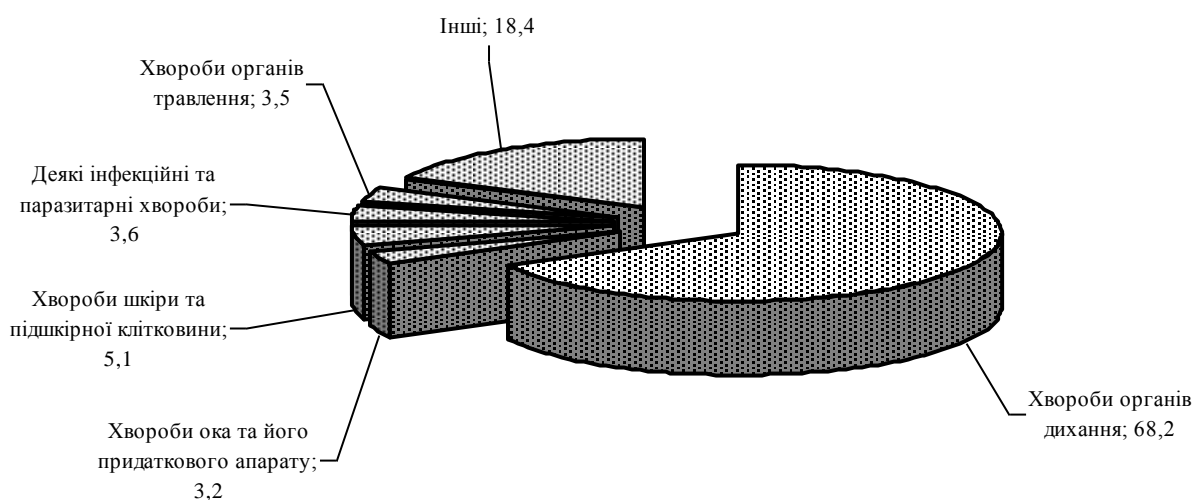
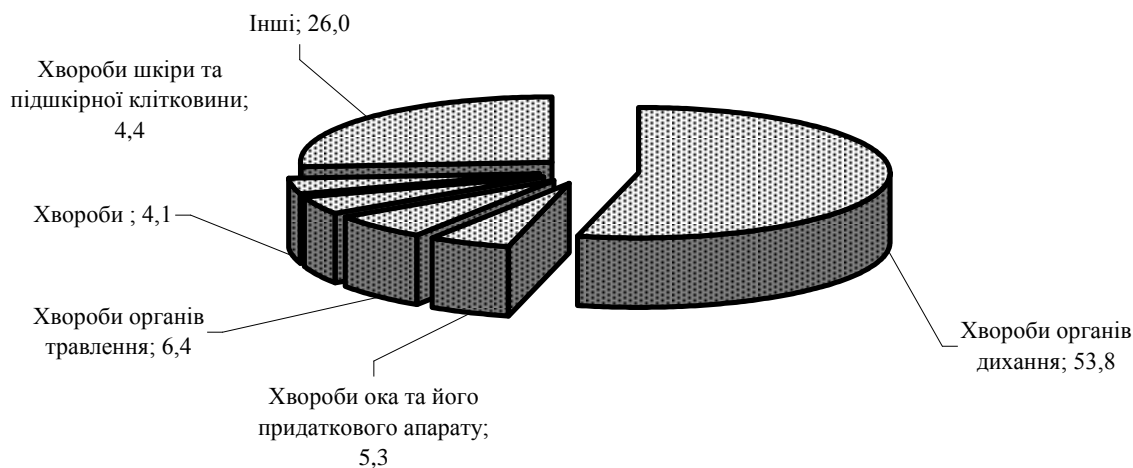


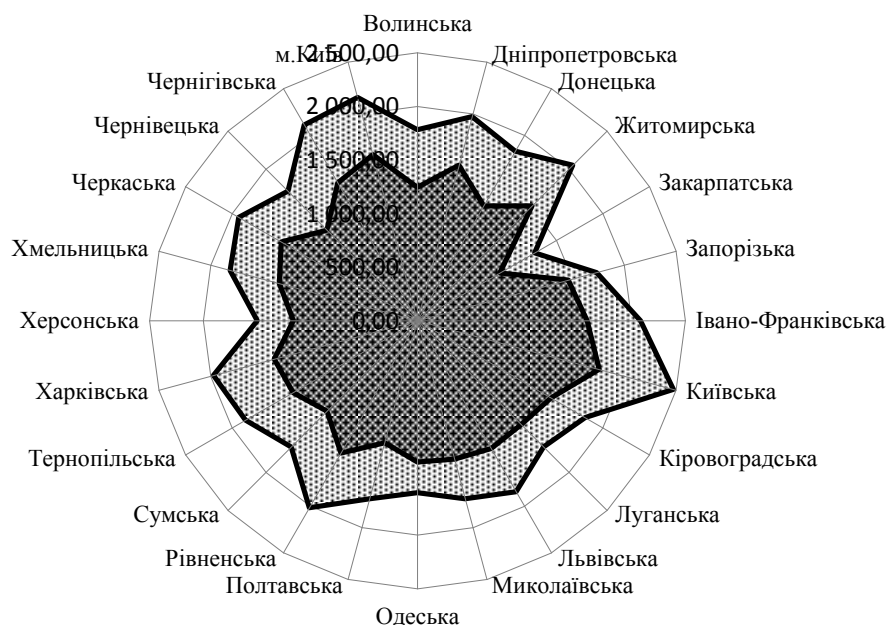
Рис. 2.2.2. Структура захворюваності дітей віком 0-17 років включно в Україні у 2017 р. (%)

Структуру поширеності хвороб серед дітей 0-17 років формували переважно хвороби органів дихання (53,8 %), травлення (6,4 %), ока та його придаткового апарату (5,3 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (4,4 %), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,1 %) (рис. 3.3). Сумарна частка вказаних хвороб у структурі поширеності становила 74,0 (рис. 2.2.3).



**Рис. 2.2.2. Структура поширеності хвороб у дітей віком 0-17 років включно в Україні у 2017 р. (%)**

Несприятливими відносно рівня захворюваності дитячого населення у 2017 р. ( $\geq 1500$ ) залишаються Київська, Івано-Франківська, Житомирська, Дніпропетровська області та м. Київ, а відносно рівня поширеності хвороб ( $>2000,0$ ) – Житомирська, Івано-Франківська, Київська, Рівненська, Чернігівська області та м. Київ (рис. 2.2.4).



**Рис. 2.2.4. Рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення на окремих територіях України у 2017 р. (на 1000 дітей 0–17 років)**

Враховуючи два вищенаведені показники, до проблемних за станом здоров'я дитячого населення адміністративних територій можна віднести м. Київ, Київську, Житомирську та Івано-Франківську області, в яких у 2017 р. рівні захворюваності і поширеності хвороб були найвищими в Україні.

Виявлено, що індекс накопичення хронічної патології в цілому в Україні у 2017 р. становив 1,35 при поляризації цього показника на окремих територіях від  $\approx 1,5$  у Вінницькій, Донецькій, Полтавській до  $\approx 1,2$  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.

Частота захворюваності та поширеності хвороб в окремих вікових групах має свої особливості. За даними проведеного нами аналізу, загалом в Україні в порівнянні з захворюваністю дітей першого року життя захворюваність дітей у віці 0-6 років і 7-14р. та 15-17 р. мала тенденцію до зменшення, при цьому захворюваність дітей підліткового віку була вищою, ніж у дітей 7-14 років, а поширеність хвороб зростала з віком, що, вірогідно, зумовлено накопиченням з віком хронічних хвороб (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		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	Темп приросту, %
До 1 року	з	1450,71	1454,45	1429,18	1487,06	1495,7	3,1
	п	1780,24	1624,47	1589,9	1681,97	1677,07	-5,8
0-6 років	з	1545,44	1410,88	1377,24	1465,43	1455,54	-5,8
	п	1969,05	1801,42	1776,78	1742,21	1676,16	-14,8
7-14 років	з	1305,81	1206,39	1198,33	1189,65	1149,78	-11,9
	п	2159,60	2022,28	2083,2	2154,53	2177,72	0,8
15-17 років	з	1220,13	1151,06	1188,6	1249,76	1254,62	2,8

Дані щодо зростання з віком поширеності хвороб за рахунок накопичення хронічних захворювань підтверджуються повіковою динамікою індексу накопичення хвороб у 2017 р. – 1,15 серед дітей 0-6 років включно, 1,46 серед дітей 7-14 років включно та 1,7 серед дітей підліткового віку.

Упродовж 2013-2017рр. показники захворюваності мали тенденцію до збільшення у дітей першого року життя і підліткового віку (темп приросту 3,1% і 2,8% відповідно), і позитивну тенденцію у дітей 0-6 та 7-14 років (темп убутку 5,81% і 11,9% відповідно). Відповідно спостерігалася спадна тенденція показників поширеності хвороб у дітей 0-6 та 7-14 років (темп убутку 5,8% і 14,8% відповідно) і підйомна тенденція у дітей підліткового віку (темп приросту 0,8%).

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 2017 рік (табл.2.2.3).

**Порівняльна характеристика поширеності захворювань за віковими категоріями дітей та основними класами хвороб у 2017р. (на 1000 дітей)**

Клас хвороб	0–6 років	7–14 років	15–17 років
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	63,67	48,07	45,75
Новоутворення	5,06	7,64	15,58
Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	52,28	21,79	22,36
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	22,34	84,41	151,42
Хвороби нервової системи	30,97	48,42	118,8
Розлади психіки і поведінки	14,49	33,16	34,91
Хвороби ока та його придаткового апарату	49,15	107,19	175,87
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	45,7	37,57	44,37
Хвороби системи кровообігу	11,86	37,13	77,28
Хвороби органів дихання	1092,31	836,56	815,34
Хвороби органів травлення	62,25	132,08	193,0
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	80,76	65,9	103,68
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	24,8	83,59	170,0
Хвороби сечостатевої системи	31,48	40,42	104,33
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	32,96	26,35	27,06
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	34,59	62,65	72,67

З віком зменшується лише поширеність хвороб органів дихання (1092,31 у дітей віком 0–6 років, 836,56 у дітей 7–14 років та 815,34 у дітей 15–17 років на 1 000 відповідного населення), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (63,67; 48,07 і 45,75 відповідно), хвороб крові і кровотворних органів (52,88, 21,79 і 22,36 відповідно), хвороб вуха та соскоподібного відростка (45,7; 37,57,86; 44,34 відповідно), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (32,96; 26,35; 27,66), при збільшенні поширеності інших класів хвороб.

Анатомо-фізіологічні особливості дитячого організму, його розвиток та перебудова у пре пубертатному і пубертатному періодах, умови перебування в освітніх закладах обумовлюють наявність у цього контингенту більш високих рівнів захворюваності, зокрема, хвороб органів травлення, сечостатевої системи, хвороб кістково-м'язової, ендокринної, нервової систем, системи кровообігу, розладів психіки і поведінки, травм та отруєнь (табл. 2.2.3) в порівнянні з показниками дітей 0-6 років. При цьому у дітей віком 7–14 років у 1,3разу, а у дітей віком 15–17 років – у 3,3разу частіше, ніж у дітей віком 0–6 років, реєструються хвороби сечостатевої, нервової системи, у 2,2 та 3,6 разу відповідно – хвороби ока та його придаткового апарату, у 2,1 та 3,1 разу хвороби органів травлення. Найбільш інтенсивно у дітей віком 7–14 та 15–17 років зростають хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (у 3,8 та 6,8 разу) та хвороби кістково-м'язової системи (у 3,8 та 6,9 разу).

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. Негативна тенденція частоти гінекологічної патології, злякисних новоутворень жіночих статевих органів, зростання екстрагенітальних захворювань вагітних закономірно вплинули на стан плода, для якого материнський організм є зовнішнім середовищем, що повністю забезпечує внутрішньоутробний

розвиток. В свідомо патологічних умовах зростання плід має підвищений ризик розвитку патології і під час пологів, і в постнатальному житті.

Однією з провідних характеристик і найбільш об'єктивним показником здоров'я новонароджених, що має кореляційний зв'язок з очікуваною тривалістю життя і маюковою смертністю, є їх фізичний розвиток, зокрема за параметром маси тіла при народженні, оскільки маса тіла дитини, що народилася, характеризує умови внутрішньоутробного розвитку плода і є інтегральним показником стану репродуктивного здоров'я жінки, перебігу гестаційного процесу та якості життя матері. Саме тому число народжених дітей з низькою масою тіла (менше 2500 г) експерти ВООЗ вважають об'єктивним критерієм соціально-економічного благополуччя населення. При цьому надзвичайно важливо, що даний параметр об'єктивний за своєю природою і може визначатися на рівні популяції.

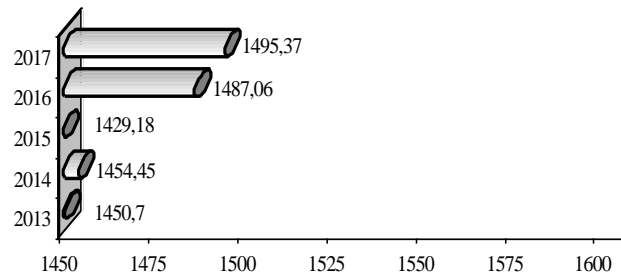
Найбільш вразливими серед мало вагових дітей є новонароджені з «дуже малою» масою тіла при народженні. Такі діти мають найбільший ризик смерті і перинатальної захворюваності серед усіх передчасно народжених дітей, найвищий ризик віддалених несприятливих наслідків, у тому числі інвалідизацію. В цілому показники частоти маловагових дітей залишаються високими при підйомній тенденції до збільшення –5,48% у 2013 р. і 5,7%, у 2017 році.

Вагомим критерієм стану здоров'я новонароджених є динаміка частоти народжених хворими і захворівших новонароджених та захворюваність за класами хвороб і окремими захворюваннями. Слід відмітити, що на відміну від параметрів фізичного розвитку новонароджених, які повною мірою характеризують здоров'я потомства, що народжується, показники частоти народжених хворими і захворівших новонароджених та захворюваність за класами хвороб і окремими захворюваннями, більш суб'єктивні за своєю природою і залежні від діагностичних критеріїв і, певною мірою «кон'юнктурні». При цьому ці показники характеризують якість здоров'я дітей, що народилися, але і рівень акушерської і неонатальної допомоги

В цілому в Україні за останні 5 років динаміка частоти хворих новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше мала негативну тенденцію – 149,9 на 1000 народжених живими у 2013 р. і 162,34 у 2017 р. Тривожним є все ще високий рівень тяжких, що суттєво впливають на якість подальшого життя і спричиняють інвалідизацію дітей, уроджених аномалій, деформацій та хромосомних порушень (26,04%) та перинатальних станів – сепсису новонароджених (0,67 %), інфекцій, специфічних для перинатального періоду (9,08%), неонатальної жовтяниці (36,45%) та інших порушень церебрального статусу новонародженого (26,72%).

Визначальним як в загальному розвитку дитини, так і в формуванні його здоров'я є перший рік життя, який характеризується особливо високими темпами фізичного, нервово психічного розвитку, функціонального дозрівання органів і систем. Встановлено, що на першому році життя істотний вплив на стан здоров'я мають біологічні чинники, а саме перебіг вагітності, здоров'я батьків, фізіологічна зрілість та ін.

Незважаючи на широке впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я України сучасних перинатальних технологій, виключно грудного вигодовування, захворюваність дітей до одного року за період 2013–2017 рр. мала несприятливу тенденцію і підвищилася з 1450,7 на 1000 дітей, що досягли одного року життя у 2013 р. до 1495,37 у 2017 р. (рис.2.2.5).



**Рис. 2.2.5. Динаміка захворюваності дітей першого року життя в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)**

Провідними причинами цього є несприятливі соціально-економічні та екологічні чинники, а також погіршення здоров'я батьків і новонароджених. Негативна тенденція захворюваності дітей на першому році життя відбулася в основному за рахунок приросту хвороб органів травлення (9,08%), органів дихання (5,91%), в меншій мірі за рахунок приросту природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (1,24%), окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (0,97%) та органів травлення (0,55%). Разом з цим, відзначаються позитивні зрушення в зниженні захворюваності дітей цього контингенту ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (темп убутку 8,62%), деякими інфекційними та паразитарними хворобами (4,53%), хворобами нервової системи (-2,96%), ока та його придаткового апарату (2,82) в основному за рахунок зменшення ретинопатії, хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (2,58%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (1,74%) (табл. 2.2.4).

Таблиця.2.2.4

**Динаміка захворюваності дітей першого року життя за основними класами хвороб в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)**

Клас хвороб	2013 р.	2014 р.	2015р.	2016 р.	2017 р.	Темп приросту, %
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	34,69	32,80	33,6	31,5	33,12	-4,53
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	70,45	71,24	69,3	70,07	68,63	-2,58
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	39,46	41,1	37,94	36,66	36,06	-8,62
Хвороби нервової системи	62,79	62,40	62,2	60,66	60,93	-2,96
Хвороби ока та його придаткового апарату	52,05	51,76	51,8	50,85	50,58	-2,82
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	26,46	27,01	26,2	25,38	26,0	-1,74
Хвороби органів дихання	810,37	812,22	793,1	855,72	858,25	5,91

Клас хвороб	2013 р.	2014 р.	2015р.	2016 р.	2017 р.	Темп приросту, %
Хвороби органів травлення	51,55	53,21	54,44	54,9	56,23	9,08
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	66,7	67,23	66,64	64,73	67,07	0,55
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	44,98	45,97	45,9	45,87	45,54	1,24
Окремі стані, що виникають у перинатальному періоді	137,17	136,02	133,1	136,17	138,5	0,97

Високий рівень захворюваності дітей першого року життя зумовлений високим рівнем хвороб органів дихання (858,7) та окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (138,5), які займають провідні місця у структурі захворюваності дітей першого року життя. Упродовж останніх 5-ти років захворюваність дітей першого року життя підвищилася в 15 регіонах з найбільшим темпом приросту (10,3–13,9%) у Львівській, Київській і Запорізькій областях, за винятком м. Києва та Закарпатської області, де утримується тенденція до зростання цього показника. На достатньо низькому рівні (1003,7 і 1057,15) при позитивній динаміці у 2017 р. ( темп убутку 6,6% та 8,1%), утримується захворюваність немовлят лише у Тернопільській і Черкаській областях. Водночас на високому, більше 1700,0 при негативній тенденції, утримується захворюваність дітей першого року життя у Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській та Рівненській областях.

Структура захворюваності дітей першого року життя мало змінилася. Перші рангові місця займали за зменшенням хвороби органів дихання (57,4%), окремі стані, що виникають у перинатальному періоді (9,3%), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (4,6%), хвороби нервової системи (4,1%), хвороби органів травлення (3,67%) (рис.2.2.6)

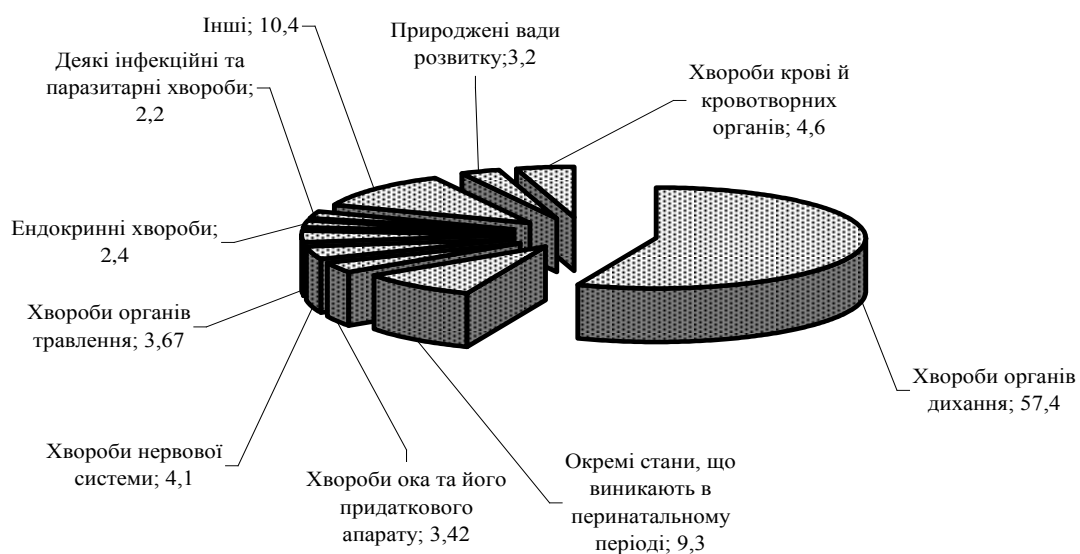


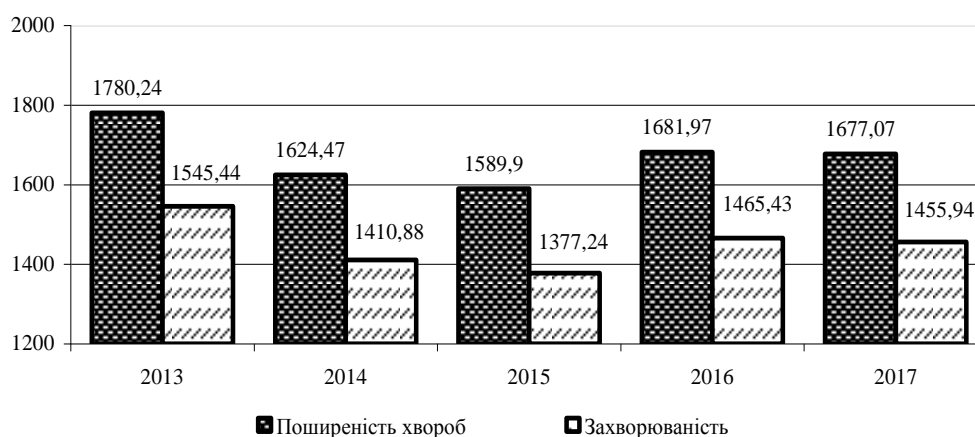
Рис. 2.2.6 Структура захворюваності дітей першого року життя за деякими класами хвороб у 2017 р. ( %)



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 руйнівним образом впливають на доступність і своєчасність медичної допомоги. В 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 первинної медико-санітарної допомоги, здійснюється впровадження медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю. Відомо, що при досягненні малюкової смертності рівня 10% резерви подальшого зниження смертності дітей визначаються старшим віковим періодом.

Саме тому аналіз причин захворюваності та поширеності хвороб дітей після року, у тому числі перших шести років життя, є актуальним. У 2013–2017 рр. захворюваність дітей 0–6 років мала хвилеподібний характер – зниження з 1545,44 на 1000 дітей відповідного віку у 2013 р. до 1377,24 у 2015 р. з послідувочою тенденцією підвищення до 1465,43 у 2016 р. і зниження до 1455,94 у 2017 р. Аналогічна тенденція характерна і для поширеності хвороб дітей 0–6 років – незначне зниження з 1780,24 у 2013р до 1589,9 у 2015 р. з наступною тенденцією підвищення до 1681,97 у 2016 р. і зниження до 1677,07 у 2017р. (рис. 2.2.7).



**Рис. 2.2.7. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–6 років в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)**

Позитивна динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей віком 0–6 років за період 2009–2013 рр. характерна для захворювань. Більш інтенсивними темпами (приріст > -15%) відбулося зниження поширеності деяких інфекційних та паразитарних хвороб, ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин та хвороб системи кровообігу. Більш позитивна динаміка захворюваності дітей віком 0–6 років (приріст > -15%) характерна для деяких інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму, ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин, розладів психіки та поведінки, хвороб ока та його додаткового апарату та хвороб системи кровообігу. (табл. 2.2.5).

**Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дітей віком 0–6 років включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2013 р. і 2017 р. (на 1000 дітей відповідного віку)**

Клас хвороб	Поширеність		Захворюваність	
	2013р.	2017 р.	2013 р.	2017 р.
<b>Усього хвороб, у тому числі:</b>	<b>1780,24</b>	<b>1667,07</b>	<b>1545,44</b>	<b>1455,94</b>
– деякі інфекційні та паразитарні хвороби	76,43	63,64	67,99	56,33
– новоутворення	8,47	8,06	3,71	3,2
– хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	59,94	52,28	23,25	19,67
– ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	26,50	22,34	11,31	9,32
– розлади психіки та поведінки	16,89	14,49	4,87	3,77
– хвороби нервової системи	35,27	30,57	17,51	15,32
– хвороби ока та його придаткового апарату	56,15	49,65	43,13	34,07
– хвороби вуха та соскоподібного відростка	53,27	45,7	51,29	43,63
– хвороби системи кровообігу	14,05	11,86	5,21	3,84
– хвороби органів дихання	1128,55	1092,31	1092,99	1056,59
– хвороби органів травлення	64,17	62,27	41,66	40,91
– хвороби шкіри та підшкірної клітковини	87,94	80,76	76,92	69,5
– хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	25,01	24,8	14,48	14,3
– хвороби сечостатевої системи	33,91	31,48	22,07	20,17
– природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	34,35	32,96	11,28	9,99
– симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	3,26	3,05	2,47	2,61
– травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	36,59	34,59	35,85	33,9

При цьому в цілому індекс накопичення хвороб у 2013 р. і 2017 р. залишається незмінним – 1,15 і коливається від 1,03, серед хвороб органів дихання, 1,05 – хвороб вуха та соскоподібного відростка до 3,84 – розладів психіки та поведінки, 3,3 – природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій.

Все ще високий рівень поширеності хвороб серед дітей 0-6 років утримується у 2017 р. в м. Києві (2023,9 на 1000 дітей відповідного віку), Чернігівській (2118,68), Київській (2069,37), Житомирській (1989,8), Дніпропетровській (1944,91) та Запорізькій (1931,37) областях, а захворюваності – у Чернігівській (1846,23), Київській (1804,66) Житомирській (1801,17), Запорізькій (1776,5) областях та м. Києві (1788,61).

На думку Європейського регіонального бюро ВООЗ, школа є впливовим середовищем, яке може формувати і підтримувати здоров'я. Сучасна ситуація в системі освіти – високий темп та ритм життя, модернізація навчального процесу (перехід навчальних закладів на новий зміст, структуру і термін навчання), інформаційні перенавантаження при недостатній регламентації навантажень, їх збільшення за рахунок інтенсифікації навчання позначаються на здоров'ї школярів. Скорочуються адаптаційні можливості організму школярів, знижується їх фізична витривалість, виникають функціональні розлади, які з часом призводять до формування стійкої патології.

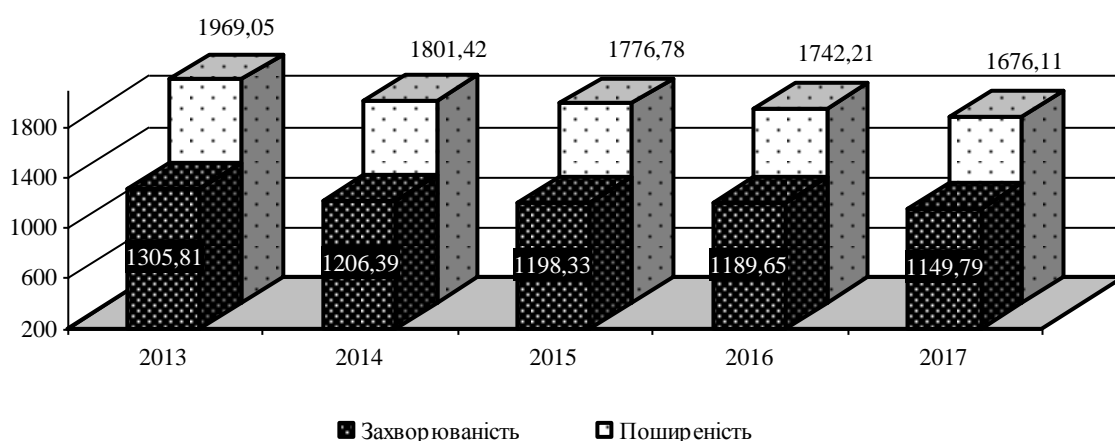
Якщо більшість дітей, які ідуть до школи, є відносно здоровими і не мають хронічних захворювань, то за даними Київського інституту педіатрії, акушерства і гінекології, лише 5% випускників залишаються здоровими. Інші мають хронічні захворювання, а дехто й два-три.

При цьому навчальна діяльність, як показують дослідження, здебільшого залишається неадаптованою до особливостей розвитку і стану здоров'я сучасних школярів. Педагоги недостатньо підготовлені до діяльності з формування і збереження здоров'я учнів. Зберігається пасивна позиція самих дітей, їхніх батьків стосовно власного здоров'я.

На сьогодні система сучасного навчання у школі вимагає відповіді на багато запитань, що виникають у лікарів, педагогів та батьків дітей різного віку. Можна багато говорити про ефективність і корисність освітнього процесу, але важко ігнорувати той факт, що більшість дітей закінчують школу з різноманітними захворюваннями, що формуються в період їхнього навчання.

Стан здоров'я школярів та проблеми їхньої шкільної адаптації часто зумовлені не лише спадковістю, біологічним віком дитини та наявними мінімальними мозковими дисфункціями, але й комплексом соціально-економічних причин, частина з яких є керованими. Серед них можна виділити соціально несприятливі умови у сім'ї, зміну харчової поведінки та низьку якість харчування, збільшення гострої респіраторної захворюваності (унаслідок суттєвого збільшення контактів із хворими дітьми) та відповідно пропусків занять, незадовільні санітарно-гігієнічні умови навчання, нераціональне навчальне навантаження, недосконалість медичного спостереження за дітьми, практичну відсутність системи психолого-педагогічної підтримки школярів при наявності значної кількості стресових ситуацій, значний дефіцит ефективних освітніх програм, спрямованих на формування у дитини культури здоров'я.

Дані статистичного моніторингу захворюваності і поширеності хвороб дітей шкільного віку, дані якого базуються на зверненні їх за медичною допомогою засвідчили, що захворюваність дітей віком 7–14 років за проаналізований період мала позитивну тенденцію, загалом знизилася на 11,1% і у 2017 р. становила 1 149,79 на 1000 дітей відповідного віку, що нижче захворюваності дітей віком 0–6 років (1 455,54). Поширеність хвороб серед дітей цього контингенту знизилася на 14,9% і становила 1676,11 відповідно при 1677,7 у дітей віком 0–6 років (рис.2.2.8),



**Рис. 2.2.8** Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 7–14 років в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Зниження захворюваності дітей віком 7–14 років відбулося за рахунок зниження її від хвороб усіх, за винятком симптомів, ознак та відхилень від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифікованих в інших рубриках, класів

хвороб. Більш інтенсивними темпами відбулося зниження захворюваності деякими інфекційними та паразитарними хворобами (51,08 на 1000 дітей відповідного віку у 2013 р. і 40,73 у 2017 р.) та хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (38,7 і 30,16 відповідно) (табл.2.2.6).

Таблиця 2.2.6

**Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дітей віком 7–14 років включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2013 р. і 2017 р. (на 1000 дітей відповідного віку)**

Клас хвороб	Поширеність		Захворюваність	
	2013 р.	2017 р.	2013 р.	2017 р.
<b>Усього хвороб, у тому числі:</b>	<b>1969,05</b>	<b>1676,16</b>	<b>1305,81</b>	<b>1149,78</b>
– деякі інфекційні та паразитарні хвороби	60,45	48,7	51,08	40,73
– новоутворення	7,92	7,64	2,62	2,28
– хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	25,99	21,79	7,64	6,26
– ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	114,72	84,41	21,48	15,98
– розлади психіки та поведінки	43,03	33,16	5,72	3,76
– хвороби нервової системи	60,42	48,83	18,39	15,06
– хвороби ока та його придаткового апарату	126,28	107,19	50,18	41,66
– хвороби вуха та соскоподібного відростка	42,63	37,5	37,72	33,23
– хвороби системи кровообігу	48,08	37,63	11,65	7,8
– хвороби органів дихання	924,58	836,56	842,22	768,22
– хвороби органів травлення	178,51	132,18	56,04	45,03
– хвороби шкіри	78,27	65,9	66,26	54,94
– хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	107,86	83,59	38,70	30,16
– хвороби сечостатевої системи	49,17	40,42	22,50	19,07
– природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	27,70	26,32	2,71	2,66
– симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	2,17	2,32	1,68	1,77
– травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	71,23	62,68	69,18	61,03

Позитивна тенденція поширеності хвороб серед дітей віком 7–14 років відбувалася більш інтенсивними темпами ніж у дітей 0-6 років життя і зумовлена зниженням захворюваності. Якщо у 2013 р. поширеність хвороб дітей цієї вікової категорії становила у 2013 р. 1969,5 на 1000 відповідного населення, що вище аналогічного показника у віковій групі дітей 0–6 років (1780,24), то у 2017р. ці показники майже зрівнялися – 1676,16 і 1667,07. При цьому індекс накопичення хронічних хвороб у цієї категорії дітей залишився на рівні 1,5.

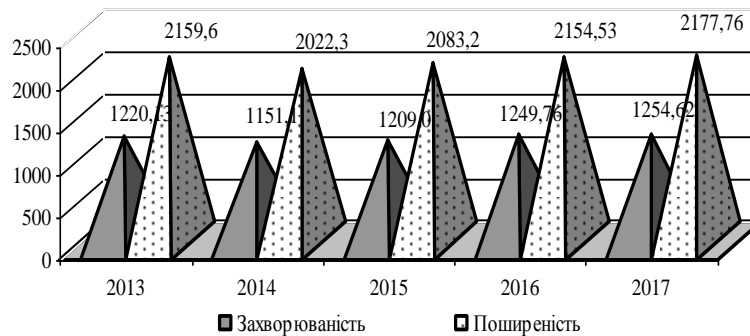
Упродовж останніх років поширеність хвороб у дітей віком 7–14 років мала тенденцію до зниження за всіма класами хвороб крім симптомів, ознак та відхилень від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифікованих в інших рубриках, класів хвороб. Більш інтенсивними темпами  $\geq 20\%$  у дітей віком 7–14 років зменшилася поширеність деякими інфекційними та паразитарними хворобами, хворобами системи кровообігу, хворобами нервової системи, органів травлення, кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

У зв'язку з тим, що накопичення вантажу хронічної патології відбувається нерівномірно, структура поширеності хвороб у дітей в віці 0–14 років дещо відрізняється від структури їх захворюваності. Так, у 2017 р. в структурі захворюваності перші рангові місця займали хвороби органів дихання, травми і отруєння, шкіри і підшкірно-жирової клітковини, хвороби органів травлення, ока та його придаткового апарату. На відміну від захворювань, виявлених вперше в житті, рангове розташування хвороб при загальній захворюваності було наступним: лідируюче місце належало хворобам органів дихання, наступні місця займали хвороби органів травлення, ока та його придаткового апарату, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини. Часті респіраторні захворювання негативно впливають на здоров'я дітей, обумовлюючи зниження імунної резистентності організму, і сприяючи формуванню осередків хронічної інфекції.

Позитивна тенденція захворюваності та хронічної патології у дітей раннього дошкільного і шкільного віку може бути зумовлена впливом на стан здоров'я цих контингентів дітей впровадженням сучасних перинатальних технологій та поліпшенням якості медичної допомоги, але не можна не враховувати те, що суттєво скоротилась кількість дітей, які відвідують дошкільні заклади освіти, де проводяться профогляди, що не сприяє виявленню хвороб, а також те, що зараз практично зруйнована система шкільної медицини та патронажів на дільниці. Ці тенденції впливають на реєстрацію захворювань, тобто на їх статистичний облік. Позитивну роль відіграють у виправленні цієї ситуації обов'язкові профогляди перед початком шкільних занять, і хоча вони дуже обмежені у кількості фахівців, що оглядають дитину, проте сприяють своєчасному виявленню захворювань та скеруванню дитини до необхідного фахівця.

Перспективи суспільства щодо здоров'я у найближчому майбутньому визначає стан здоров'я сучасних підлітків. Діти підліткового віку складають значну частину нашого суспільства. В підлітковому віці відбувається дозрівання і удосконалення функціональних систем: значна перебудова центральної нервової і серцево-судинної систем, ендокринної системи, органів кровотворення, травлення, інтенсивне нарощення м'язової маси і сили. Все це зумовлює специфіку реакції організму підлітків до умов навколишнього середовища, умов навчання, трудової діяльності, виникнення і перебігу хвороб. Анатомо-фізіологічні та психологічні особливості підліткового віку обумовлюють особливий стан їхнього організму, певну соціальну незахищеність, залежність від впливу соціального середовища як на біологічному, так і на соціально-психологічному рівні. За даними ВООЗ, погіршення умов життя та зниження стабільності у суспільстві обумовлюють зростання стресових станів у підлітковій популяції більше, ніж в інших, що призводить до зростання захворюваності у цій віковій групі. Негативно впливають на стан здоров'я дітей підліткового віку і широке використання інноваційних програм навчання. Окрім того, прагнення до скорішого дорослішання часто супроводжується засвоєнням шкідливих звичок, негативно впливаючих на здоров'я.

Проведений нами аналіз стану соматичного здоров'я дітей підліткового віку кореспондується з даними спеціальних досліджень і засвідчує негативну динаміку захворюваності і поширеності хвороб (рис.2.2.9).



**Рис. 2.2.9. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей підліткового віку (на 1000 дітей підліткового віку)**

Аналіз динаміки захворюваності та поширеності хвороб дітей підліткового віку засвідчив тенденцію до зростання цих показників у більшості, за винятком Вінницької, Донецької, Луганської, Одеської і Чернігівської областей, регіонах. Як і в попередні роки, у 2016 р., відмічається регіональна диспропорція як захворюваності так і поширеності хвороб у 2,4 і 2,6 разу відповідно (табл. 2.2.7). Як і в попередні роки, у 2017 р., найвищі рівні захворюваності дітей підліткового віку зареєстровано у Київській (20577,0 на 10тис. дітей відповідного віку), Івано-Франківській (17476,5), Харківській (16048,0), Рівненській (15482,5), Дніпропетровській (15527,8) областях і м. Києві (15589,6), а поширеності хвороб у Київській (37498,4), Харківській (28723,1), Рівненській (27298,4), Івано-Франківській (26,560,2), Дніпропетровській (24084,4) областях і м. Києві (33163,4).

На відносно низьких рівнях у 2017 р. утримувалася захворюваність (< 11000,0) у Закарпатській, Донецькій, Херсонській, Волинській і Полтавській, а поширеність хвороб (< 19000,0) у Закарпатській, Донецькій, Херсонській і Запорізькій областях

Таблиця 2.2.7

**Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей підліткового віку у розрізі регіонів у 2013 р. і 2017 р. (на 10 тис. дітей підліткового віку)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Захворюваність		Поширеність	
	2013 р.	2017 р.	2013 р.	2017 р.
АР Крим	10898,6	н/д	19848,1	н/д
<i>Область</i>				
Вінницька	13074,3	12 493,5	22871,2	23 019,6
Волинська	8715,0	10 278,6	17164,5	19 208,9
Дніпропетровська	13088,5	15 527,8	21438,7	25 084,4
Донецька	12304,5	9 937,5	24425,3	18 819,6
Житомирська	11356,8	13 987,4	21724,3	24 830,2
Закарпатська	8068,8	8 447,2	13573,0	14 660,2
Запорізька	11156,0	12 080,2	16706,7	17 559,3
Івано-Франківська	15647,3	17 476,5	24116,3	26 560,2
Київська	15217,3	20 577,0	29713,5	37 498,4
Кіровоградська	12281,2	13 293,5	19338,7	20 243,7
Луганська	13383,0	12 225,6	20806,5	19 151,9
Львівська	11365,0	12 929,8	18362,6	20 698,0
Миколаївська	9483,5	12 093,6	16803,6	20 584,1
Одеська	12756,6	12 517,6	19623,0	19 390,8
Полтавська	10725,6	10 786,8	19925,9	20 300,7

Адміністративно-територіальна одиниця	Захворюваність		Поширеність	
	2013 р.	2017 р.	2013 р.	2017 р.
<i>Область</i>				
Рівненська	13088,1	15 482,5	24637,0	27 898,4
Сумська	11499,6	12 141,2	20511,7	21 966,4
Тернопільська	10708,6	14 017,1	18872,5	22 960,8
Харківська	14604,7	16 048,0	26796,0	28 723,1
Херсонська	9808,6	10 037,5	16346,2	17 284,5
Хмельницька	12386,0	12 636,5	21120,1	22 025,3
Черкаська	12312,5	13 565,4	20854,5	22 897,6
Чернівецька	10582,6	13 759,5	18851,0	23 471,1
Чернігівська	11631,6	11 594,7	22898,9	22 793,2
<i>Місто</i>				
Київ	14362,8	15 589,6	31231,5	33 163,4
Севастополь	11048,4	н/д	15197,6	н/д
<b>Україна</b>	<b>12 201,3</b>	<b>12546,2</b>	<b>21 596,0</b>	<b>21777,2</b>

Захворюваність дітей підліткового віку мала тенденцію до збільшення в основному за рахунок збільшення природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (збільшення на 14,45%), хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (на 10,96%), шкіри та підшкірної клітковини (на 10,82%), хвороб органів травлення (на 10,45%), новоутворень (на 9,64%). Сприятлива ситуація відзначається відносно частоти розладів психіки і поведінки (зменшення на 21,6%), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (на 8,3%), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 10,63%).

Високий рівень захворюваності дітей підліткового віку утримується за рахунок високого рівня хвороб органів дихання (7158,6), шкіри і підшкірної клітковини (853,1), травм та отруєнь (693,5), а поширеності хвороб – за рахунок хвороб органів дихання (8153,4), травлення (1930,1), ока та його придаткового апарату (1758,7), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (1700,6).

Підвищення захворюваності у підлітків спричинило незначну тенденцію до збільшення поширеності хвороб в основному за рахунок несприятливої тенденції поширеності хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (збільшення на 12,98%), новоутворень (на 11,05%), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (на 8,24%) (табл.2.2.8).

Таблиця 2.2.8

**Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дітей віком 15–17 років включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2013 р. і 2017 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)**

Клас хвороб	Поширеність		2017 р./ 2013 р., %	Захворюваність		2017 р./ 2013 р., %
	2013 р.	2017 р.		2013 р.	2017 р.	
<b>Усього хвороб, у тому числі:</b>	<b>21596,0</b>	<b>21777,2</b>	<b>100,84</b>	<b>1220,3</b>	<b>12546,2</b>	<b>102,81</b>
– деякі інфекційні та паразитарні хвороби	496,1	457,5	92,22	457,8	374,0	81,70
– новоутворення	140,3	155,8	111,05	59,1	64,8	109,64
– хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	197,9	223,6	112,99	75,7	84,0	110,96

Клас хвороб	Поширеність		2017 р./ 2013 р., %	Захворюваність		2017 р./ 2013 р., %
	2013 р.	2017 р.		2013 р.	2017 р.	
– ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1539,1	1514,2	98,38	271,3	246,5	90,86
– розлади психіки та поведінки	408,1	349,0	85,52	51,8	40,6	78,38
– хвороби нервової системи	1208,4	1188,1	98,32	317,0	306,4	96,66
– хвороби ока та його придаткового апарату	1745,6	1758,7	100,75	523,4	522,8	99,89
– хвороби вуха та соскоподібного відростка	421,1	443,4	105,30	337,8	364,1	107,79
– хвороби системи кровообігу	793,8	772,8	97,35	176,8	157,4	89,03
– хвороби органів дихання	7625,0	8153,4	106,93	6709,0	7158,6	106,70
– хвороби органів травлення	2041,8	1930,1	94,53	538,8	595,1	110,45
– хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1003,0	1036,8	103,37	846,2	853,1	100,82
– хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1802,6	1700,6	94,34	531,7	475,2	89,37
– хвороби сечостатевої системи	1106,3	1043,3	94,31	572,0	547,8	95,77
– природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	250,0	270,6	108,24	17,3	19,8	114,45
– травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	755,8	726,7	96,15	719,1	693,5	96,44

При цьому у дітей підліткового віку поширеність хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини у 6,9 разу перевищує аналогічний показник серед дітей 0,6 років і у 2,0 рази серед дітей 7–14 років, ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин у 6,8 разу і 1,8, хвороб системи кровообігу у 6,5 і 2,1 разу, ока та його придаткового апарату у 3,6 і 1,6 разу.

Індекс накопичення хвороб цієї вікової категорії дітей був вищим за такий у дітей віком 0–6 та 7–14 років і становив 1,74, переважно за рахунок значного накопичення природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій, розладів психіки та поведінки, ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин і хвороб системи кровообігу, індекс накопичення яких становив 13,67, 8,6, 6,14 і 4,97 відповідно.

Така динаміка захворюваності у підлітковому віці, порівняно з дітьми до 15 років, викликає ряд запитань щодо недовиявлення та недореєстрації хвороб у дітей шкільного віку, і, як наслідок, хронізації патології у дітей підліткового віку та дорослих.

В цілому за даними державної статистики рівні захворюваності і поширеності хвороб серед загальної популяції дітей України залишаються високими при спадній тенденції. Частота захворюваності та поширеності хвороб в окремих вікових групах має свої особливості. За даними проведеного нами аналізу, загалом в Україні захворюваність дітей з віком зменшувалася, а поширеність хвороб зростала, що, вірогідно, зумовлено накопиченням з віком хронічних хвороб.

Упродовж 2013–2017 рр. показники захворюваності мали тенденцію до збільшення у дітей першого року життя і підліткового віку і позитивну тенденцію у дітей 0–6 та 7–14 років



Відповідно спостерігалася спадна тенденція показників поширеності хвороб у дітей 0-6 та 7-14 років і підйомна тенденція у дітей підліткового віку.

З віком зменшується лише поширеність хвороб органів дихання, деяких інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб крові і кровотворних органів, хвороб вуха та соскоподібного відростка, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій, при збільшенні поширеності інших класів. Структуру поширеності хвороб серед формували переважно хвороби органів дихання (53,8 %), травлення (6,4 %), ока та його придаткового апарату (5,3 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (4,4 %), кістково-м'язової системи та сполучної тканини в хвороб.

Структуру поширеності хвороб серед загальної популяції дітей формували переважно хвороби органів дихання, травлення (6,4%), ока та його придаткового апарату, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

До проблемних за станом здоров'я дитячого населення адміністративних територій можна віднести м. Київ, Київську, Житомирську та Івано-Франківську області, в яких у 2017 р. рівні захворюваності і поширеності хвороб були найвищими в Україні.

В цілому сучасні виклики щодо здоров'я дітей в Україні полягають у зменшенні кількості дітей, проблемами з вакцинацією, низкою проблем із наданням первинної медичної допомоги, недостатньою інформованістю населення щодо здорового способу життя і факторів ризику розвитку захворювань, недостатнім фінансуванням та оснащенням галузі, а також дефіцитом медичних кадрів і недостатньою їх кваліфікацією. В країні відсутня єдина політика і національна програма, спрямована на формування і зміцнення здоров'я дитячого населення.

### *Аналіз інвалідності дітей*

Концентрованим відображенням успішності суспільства, соціальної захищеності та рівня і якості здоров'я підростаючого покоління є рівень інвалідності дітей. Він найбільш яскраво ілюструє зниження у дітей функціональних можливостей організму, реакцій пристосування і захисту. Питання дитячої інвалідності стають усе актуальнішими в умовах стрімкого наростання проблем соціального розвитку, розтрата людського потенціалу, розбалансованості міжособових стосунків, тривалих військових дій на сході України і показують необхідність пошуку рішень як медичного, так і соціального характеру, на якісно новому рівні. Дитяча інвалідність є однією з найбільш актуальних проблем не тільки в педіатрії, але й в соціальній програмі суспільства.

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, у всьому світі спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей-інвалідів.

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

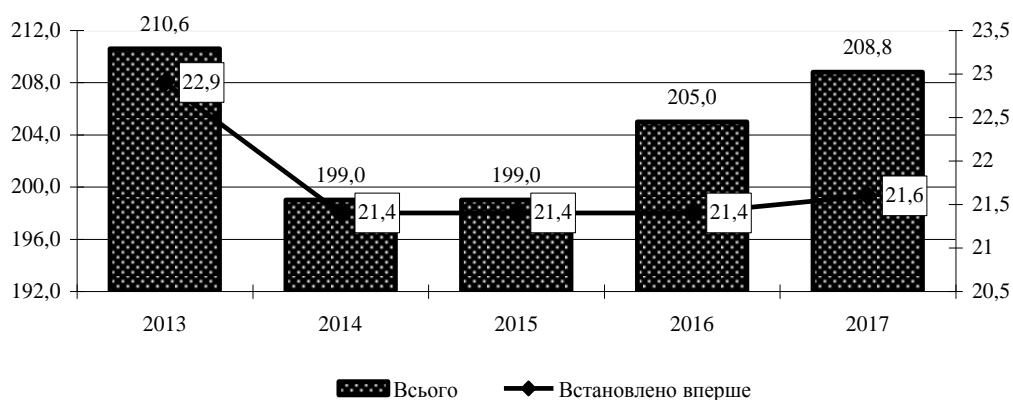
віку люди більшою мірою мають ризик інвалідності. Дитяча інвалідність становить 5,1% осіб, із яких 0,7% мають складні вади.

За даними UNISEF, у країнах Центральної та Східної Європи частка дітей-інвалідів становить 2,5%, з них – 1% – це діти з тяжкою інвалідністю. Відсоток дітей-інвалідів від загальної кількості дитячого населення в різних країнах складає 2-3-4% (США – 4%, Великобританія – 2,5%, КНР – 4,9%, Україна – 2-3%). Близько 10–20% дітей і підлітків мають обмежені можливості здоров'я, потребують постійного медико-педагогічного супроводу.

Значущість проблем інвалідності підтверджується тим, що профілактику неінфекційних хвороб та інвалідності включено до 11 найбільш пріоритетних медичних заходів, визначених ВООЗ і спрямованих на збереження здоров'я для всіх в Європейському регіоні (ВООЗ «Здоров'я –XXI», «Здоровий початок життя»). Конвенцією ООН про Права дитини, яка ратифікована в Україні (ст. 23), передбачено, що кожна дитина, в тому числі, і з функціональними обмеженнями, “повинна вести повноцінне життя в умовах, які забезпечують гідність, сприяють впевненості в собі і полегшують адекватну участь у житті суспільства”. Значущість проблеми інвалідності з дитинства також обумовлена тим, що майже у 25% інвалідів у віці до 50 років інвалідизація обумовлена захворюванням, перенесеним у дитинстві

В Україні закладено конституційні засади допомоги дітям з обмеженнями життєдіяльності. Ратифіковані Законом України Конвенція ООН про права дитини (2009 р.) та Конвенція ООН про права інвалідів (2009 р.).

За даними державної статистики в Україні спостерігається різноспрямована тенденція рівнів інвалідності при в цілому тенденції до зниження як поширеності інвалідності у дітей з 210,6 на 10 тис. дітей віком до 18 років у 2013 р. до 208,8 у 2017 р., так і первинної інвалідності з 22,9 до 21,6 відповідно (рис.2.2.10).



**Рис . 2. 2.10. Динаміка інвалідності дітей до 18 років в Україні у 2013-2017рр. (на 10 тис. дітей віком до 18 років)**

Виявлена тенденція дуже тісно пов'язана з початком військових дій на території України, що напряму вплинуло на достовірність статистики та недоліки якості надання медичної допомоги населенню країни, і передусім дітям, які проживають на територіях Донецької і Луганської областей, які завжди мали високі рівні інвалідності у дітей, та не входження до статистики даних по АР Крим.

Загальна чисельність дітей-інвалідів упродовж останніх п'яти років зменшилася на 9,2 тис. і у 2017 р. становила 159 044 осіб, або 2,08% 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 тяжкою інвалідністю, а також близько 1 млн дітей буде вимагати постійного медико-педагогічного супроводу. Порівняння цих даних свідчить про те, що в Україні завищені вимоги щодо встановлення інвалідності. Тенденції збільшення інвалідності дітей 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.

У 2017 р., як і в попередні роки, відмічалася диспропорція рівнів загальної інвалідності від 261,3 на 10 тис. дітей віком до 18 років у Чернігівській, 253,4 у Київській, 248,1 у Житомирській, 239,6 у Вінницькій, 239,3 у Рівненській, 238,0 у Хмельницькій, областях до 176,3 у Одеській, 195,9 у Херсонській, 202,2 у Луганській областях. Діапазон регіональних коливань первинної інвалідності дитячого населення України становив від 27,6 на 10 тис. дитячого населення у Вінницькій, 27,2 у Чернігівській, 26,4 у Київській, до 18,8 у Харківській, 19,6 у Одеській, 19,7 у Хмельницькій і 19,8 у Кіровоградській областях (рис.2.2.11).

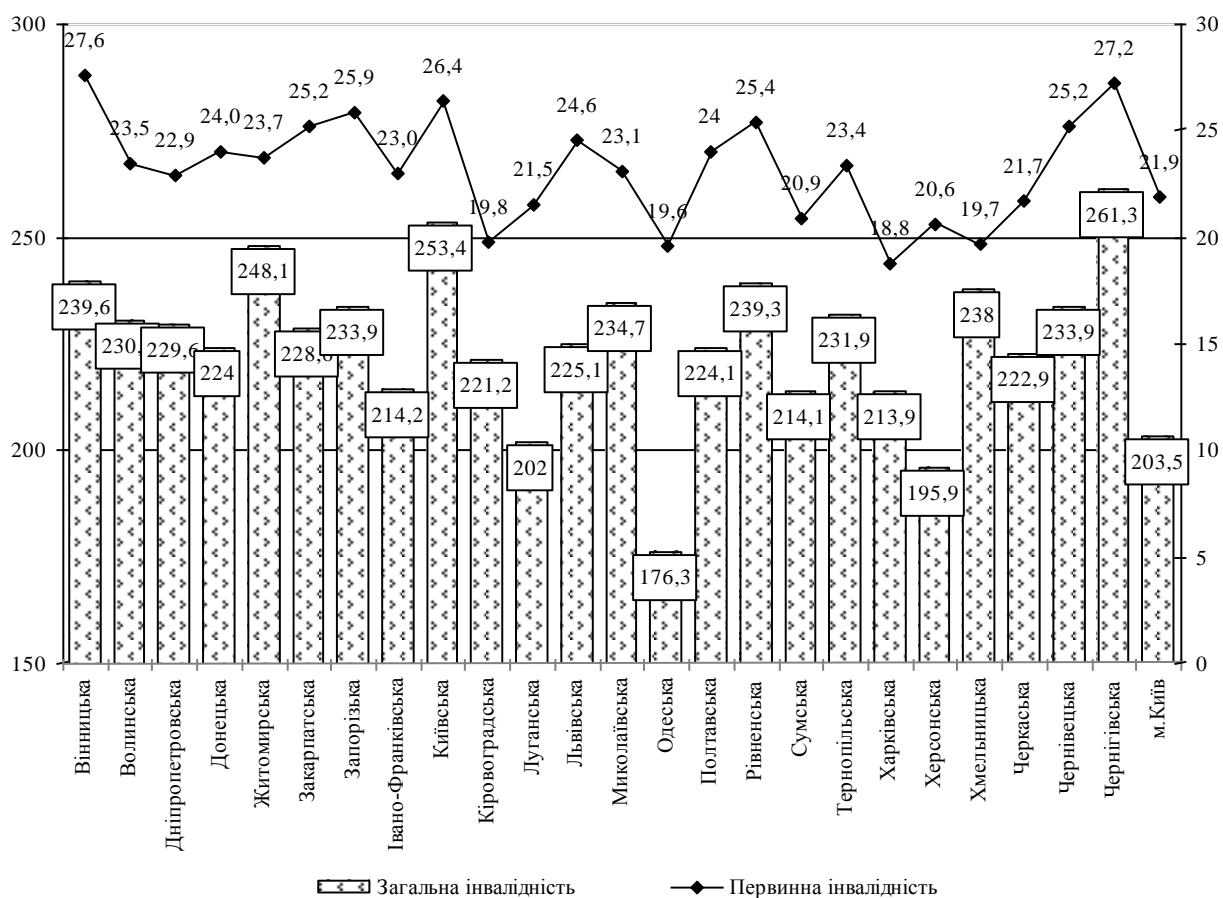


Рисунок 2.2.11. Характеристика загальної і первинної інвалідності в Україні у 2017 р. (на 10 тис. дитячого населення)

Загально визнано, що рівень інвалідності дітей напряму залежить від поширеності хвороб. Враховуючи однакову важкість перебігу захворювань у дітей в різних регіонах, логічно припустити, що розбіжності цього показника в розрізі регіонів незначні. Проте проведений нами аналіз засвідчив коливання в розрізі регіонів від 9,43 на 1000 захворювань у м. Києві, 10,25–10,98 у Київській, Івано-Франківській, Харківській і Одеській до 13,03–13,68 у Полтавській, Херсонській, Хмельницькій, Запорізькій, Миколаївській та Чернівецькій областях (рис. 2.2.12).

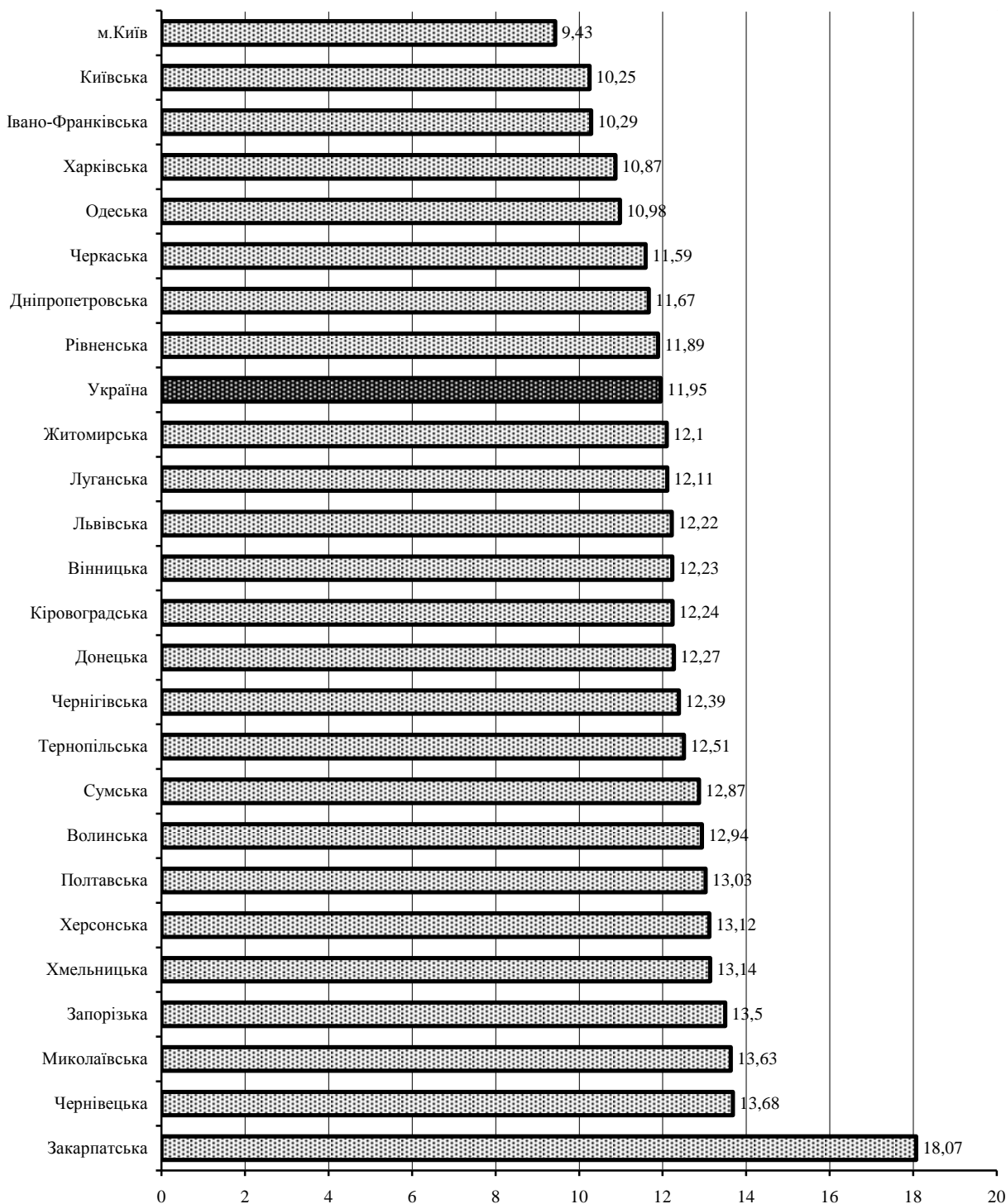
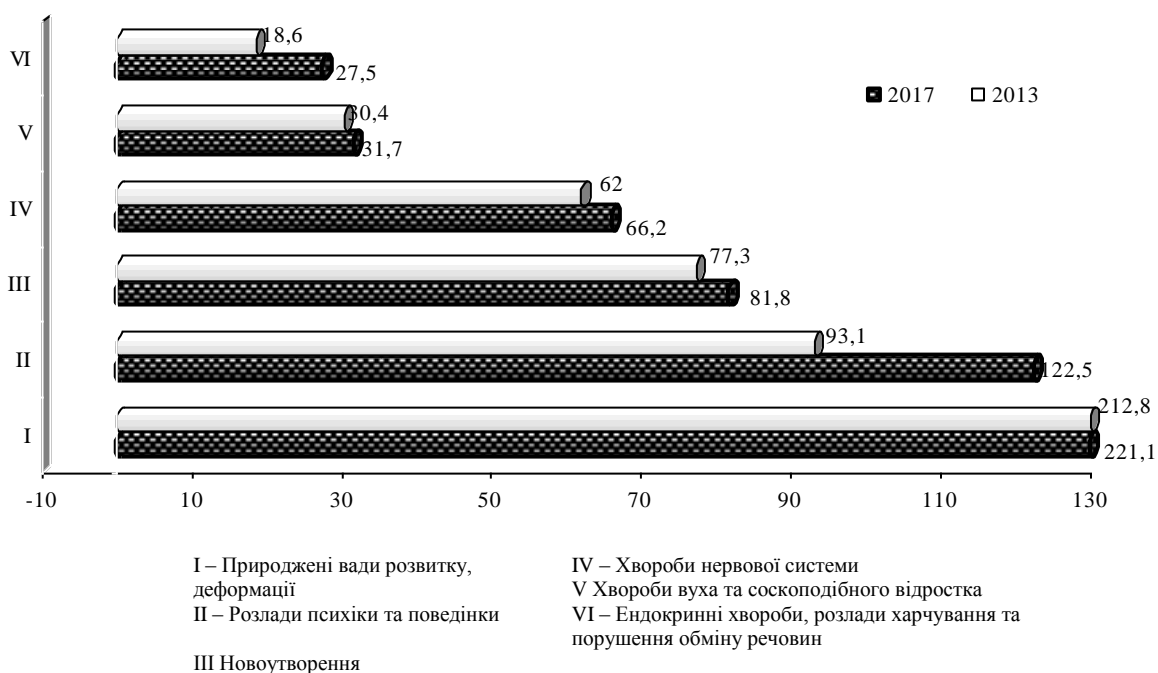


Рис 2.2.12. Співвідношення зареєстрованої кількості хвороб та інвалідів у розрізі регіонів у 2017 р. (кількість інвалідів на 1000 хвороб)

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

Спеціальний аналіз частки інвалідів серед загальної кількості хворих дітей у розрізі класів хвороб засвідчив, що найбільш значимими в розвитку інвалідизуючих станів є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, розлади психіки та поведінки, новоутворення та хвороби нервової системи, хвороби вуха та соскоподібного відростка, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин. В середньому на 1000 зареєстрованих захворювань у дітей у 2013 р. припадало 11,0 інвалідів, у 2017 р. – 11,9 з коливанням цього показника у 2017 р. від 221,1 при природжених вадах розвитку, деформаціях та хромосомних аномаліях, 122,5 при розладах психіки та поведінки, 81,8 при новоутвореннях до 0,36 при органах дихання, 1,28 при захворюваннях шкіри і підшкірної клітковини. 13,9–8,6 при хворобах кістково-м'язової системи та сполучної тканини, ока та його придаткового апарату, У 2017 р. в порівнянні з 2013 р. значно збільшилася частота інвалідів серед дітей з при народженими вадами розвитку, деформаціями і хромосомними аномаліями (221,3 і 212,8), розладами психіки і поведінки (122,5 і 93,1) новоутвореннями (81,8 і 71,3), хворобами нервової системи (66,2 і 62,0), ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (27,5 і 18,6) відповідно що може бути зумовлено як більш тяжким перебігом цих хвороб, так і більш повним використанням прав дітей на отримання інвалідності (рис. 2.2.13).



**Рис. 2.2.13. Частка дітей-інвалідів у загальній кількості хворих дітей в Україні у 2017р. і в 2013 р. (%)**

Аналіз показників дитячої інвалідності в області за окремими класами хвороб показав, що за період 2013–2017рр. відбулося зменшення інвалідності за 9-ти класами хвороб і збільшення за 37-ми класами. Більш інтенсивні темпи зменшення характерні для інвалідності зумовленої хворобами органів травлення (темп убутку 20,0%), хворобами ока та його придаткового апарату (17,9%), органів дихання (12,7%), травмами, отруєннями та деякими

іншими наслідками зовнішніх чинників (11,1%). Зростання інвалідності відмічається в основному у дітей з ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (темп приросту 19,9%), хворобами шкіри та підшкірної клітковини (11,1%), розладами психіки і поведінки (7,5%), хворобами системи кровообігу (5,6%) (табл.2.2.9).

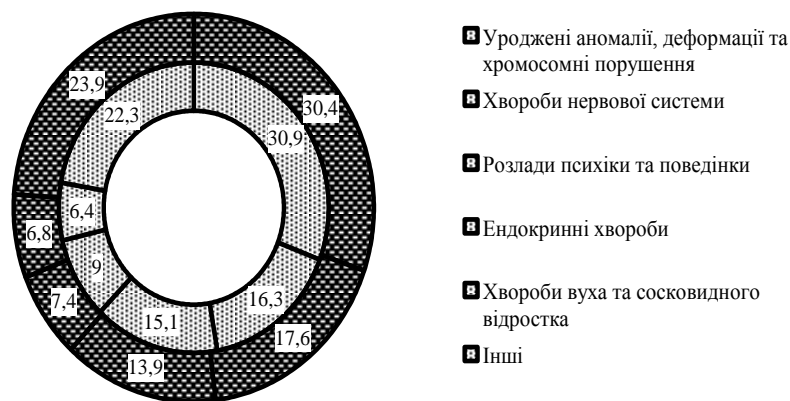
Таблиця 2.2.9

**Динаміка загальної і первинної інвалідності дітей за класами хвороб, Україна, 2013 р., 2017 р., на 10тис. дітей до 18 років.**

Клас хвороб	Загальна інвалідність		Первинна інвалідність	
	2013 р.	2017 р.	2013 р.	2017 р.
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4,3	4,1	0,5	0,3
Новоутворення	7,1	7,3	1,1	1,1
Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	2,1	2,0	0,2	0,2
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	15,6	18,7	2,2	2,6
Хвороби нервової системи	37,1	34,0	3,1	2,4
Розлади психіки і поведінки	29,2	31,4	3,5	4,1
Хвороби ока та його придаткового апарату	9,5	7,8	0,8	0,8
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	14,3	13,3	1,1	1,0
Хвороби системи кровообігу	1,8	1,9	0,3	0,3
Хвороби органів дихання	4,4	3,4	0,4	0,4
Хвороби органів травлення	2,5	2,0	0,3	0,3
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,9	1,0	0,1	0,1
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	9,5	8,9	1,4	1,4
Хвороби сечостатевої системи	3,6	3,7	0,5	0,5
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	64,1	64,5	6,7	5,5
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4,5	4,0	0,6	0,5
Всього	210,6	208,8	22,9	21,6

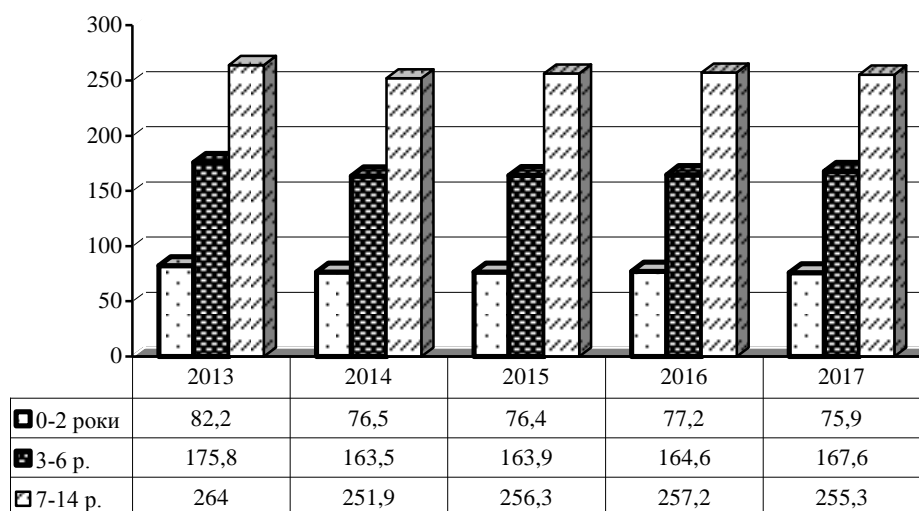
При цьому динаміка первинної інвалідності дітей була менш вираженою – зросла лише інвалідність дітей, зумовлена ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин і розладами психіки і поведінки, а хворобами зменшилася у дітей з природженими вадами розвитку, деформаціями та хромосомними аномаліями і, травмами, отруєннями та деякими іншими наслідками зовнішніх чинників.

Разом з цим, структура причин дитячої інвалідності залишається незмінною. В цілому в Україні стабільно лідирують в структурі інвалідності у дітей природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (30,4% у 2013 р. і 30,9% у 2017 р., хвороби нервової системи (17,6% і 16,3%), в 2012 р. 26,6%), розлади психіки і поведінки (13,9% і 15,1%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (7,4% і 9,0%), хвороби ока та його придаткового апарату (6,8% і 6,4%) відповідно (рис. 2.2.14).



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

Як і в попередні роки, у 2017 р. відмічається зростання інвалідності залежно від віку: з 75,9 на 10 тис. дітей відповідного віку серед дітей 0–2 років до 167,6 серед дітей 3–6 років, 27505 серед дітей 7–14 років та до 291,7 серед дітей підліткового віку. Зростання інвалідності з віком притаманне зростанню її за усіма причинами. Більш інтенсивними темпами зростала інвалідність дітей з віком зумовлена розладами психіки – 0,3 на 10 тис. відповідного населення у дітей віком до 3-х років 20,1 у дітей віком 3–6 років, 44,4 – віком 7–14р. і 47,8 віком 15–17 років, хворобами кістково-м'язової системи – 0,7, 4,0, 11,4 і 20,4, хворобами органів дихання –0,3, 1,3 4,6 і 7,1, хворобами ока та його придаткового апарату – 0,8, 3,1 10,2 і 16,9 (рис.2.2.15).



**Рис. 2.2.15. Динаміка інвалідності дітей окремих вікових груп в Україні у 2013–2017 рр. (на 10 тис. відповідного населення)**

На тлі спадної тенденції показника загальної інвалідності серед загальної популяції дітей за проаналізований період зменшилася інвалідність лише у вікових групах дітей 0–2 роки (82,2 на 10 тис. відповідного населення у 2013 р. і 75,9 у 2017 р.) та 3–6 років (175,8 і 167,0) і зросла інвалідність серед дітей віком 7–14 років з 222,0. до 255,3, та серед дітей підліткового віку з 277,5 до 291,7 відповідно.

Таким чином, на тлі зниження загальної інвалідності у дітей підвищується поширеність інвалідності, зумовленої ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин, хворобами шкіри та підшкірної клітковини, розладами психіки та поведінки, хворобами системи кровообігу. У структурі інвалідності у дітей та підлітків лідирують природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, хвороби нервової системи, розлади психіки і поведінки. В міру дорослішання дітей збільшується і досягає максимальних значень у віці 15–17 років загальна інвалідність. Регіональні особливості загальної і первинної інвалідності незначні, що свідчить про керованість показників дитячої інвалідності.

Враховуючи прогнози Європейської Академії Дитячої Інвалідності щодо зростання інвалідності дітей в Україні доцільним є відхід від суто медичної моделі встановлення інвалідності, яка розглядає обмеження життєдіяльності, як персональну проблему особи, викликану безпосередньо хворобою, травмою або іншою причиною, яка вимагає медичної допомоги у вигляді індивідуального лікування до моделі, яка розглядає проблему обмеження життєдіяльності з позиції можливості повної інтеграції особи в суспільство і елементи якої наразі впроваджуються в Україні.

Доцільно і впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2007), яка передбачає можливість об'єднання як медичної так і соціальної моделі із формуванням єдиної біопсихосоціальної моделі визначення інвалідності.

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

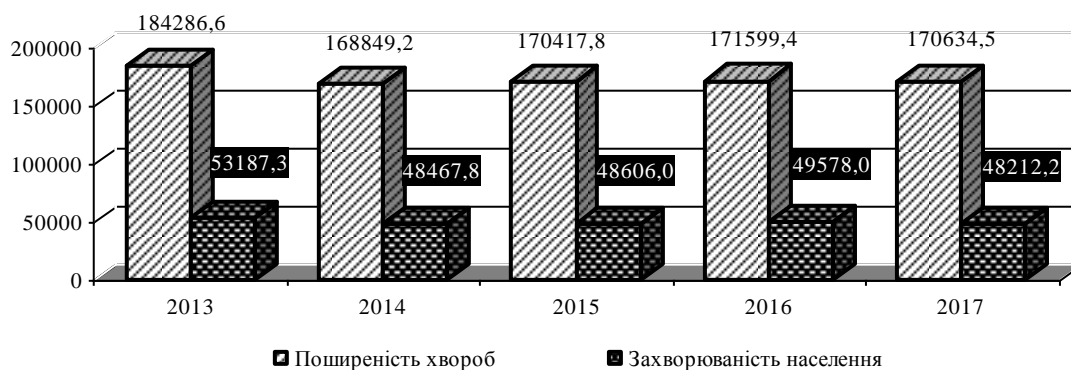
Стан здоров'я населення є показником потенціалу держави і відображенням соціально-економічних, екологічних умов, способу життя населення, стану медичного забезпечення, тому одним із пріоритетних завдань внутрішньої політики держави на найближчі роки в Україні визначено збереження і розвиток національного людського капіталу держави, як головного фактору 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 суспільства до вирішення важливих проблем.

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

За період 2013–2017 рр. рівні первинної захворюваності дорослого населення та поширеності хвороб серед вищезазначеної групи населення України в цілому мали тенденції до зниження, з невеликим зростанням показників у 2016 р. відносно 2015 р. У 2017 р. рівень поширеності хвороб серед дорослого населення країни склав 170634,5 на 100 тис. дорослого



населення, показник знизився на 7,41% відносно вихідного 2013 р. а на 0,56% нижче відносно 2016 р. Первинна захворюваність дорослого населення країни у 2017 р. – 48 212,2 на 100 тис. дорослого населення, рівень первинної захворюваності знизився на 9,35% відносно вихідного 2013 р. і на 2,75% нижчий відносно показника 2016 р. (рис. 2.3.1)



**Рис. 2.3.1. Динаміка поширеності та захворюваності дорослого населення України за період 2013–2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

В структурі поширеності хвороб серед дорослого населення України за основними класами хвороб в 2017 р. перше місце, як і у попередні роки, посідають хвороби системи кровообігу (37,39%), друге місце займають хвороби органів дихання (12,59%), третє місце належить хворобам органів травлення (10,52%), четверте місце – хворобам сечостатевої системи (6,03%), п'яте займають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,76%). Протягом 2013–2017 рр. рівень поширеності хвороб серед дорослого населення країни мав поступові тенденції до зниження за наступними класами хвороб: розлади психіки та поведінки (зниження на 12,48% відносно 2013 р. та 0,58% відносно 2016 р.), хвороби вуха та соскоподібного відростка (на 10,68% і 0,40% відповідно), хвороби органів дихання (на 4,5% і 4,62% відповідно), хвороби органів травлення (на 5,27% і 0,29% відповідно), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (на 6,59% і 0,05% відповідно), хвороби сечостатевої системи (на 7,25% і 0,99% відповідно), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (на 14,24% і 0,78%). Протягом вищезазначеного періоду поширеність хвороб серед дорослого населення країни зростала за двома класами хвороб: за класом хвороб нервової системи (зростання на 0,74% відносно 2013 р. і 0,17% відносно 2016 р.) та класу природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (зростання на 9,56% відносно 2013 р. і 5,72% відносно 2016 р.). Рівні поширеності хвороб серед дорослого населення у 2017 р. були нижчими відносно 2013 р. майже за всіма класами хвороб за виключенням хвороб нервової системи (у 2017 р. показник вищий за аналогічний 2013 р. на 0,74%) та природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (у 2017 р. показник вищий за аналогічний 2013 р. на 9,56%). У 2017 р. відбулось зростання рівнів поширеності хвороб серед дорослого населення відносно 2016 р. за наступними класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби (на 1,39% відносно 2016 р.), новоутворення (на 1,69%), хвороби крові та кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (на 0,01%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (на 2,02%), хвороби ока та його придаткового апарату (на 0,37%), хвороби системи кровообігу (на 0,04%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 0,23%) (табл. 2.3.1).

**Динаміка показників та структури поширеності хвороб серед дорослого населення України  
за основними класами хвороб у 2013, 2016, 2017 рр.**

Класи хвороб	2013 р. на 100 тис. осіб	%	2016 р. на 100 тис. осіб	%	2017 р. на 100 тис. осіб	%	2017/ 2013	2017/ 2016
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	3502,5	1,90	2886,50	1,68	2926,7	1,72	-16,44	1,39
Новоутворення	5037,3	2,73	4821,50	2,81	4903,2	2,87	-2,66	1,69
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1210,0	0,66	1131,30	0,66	1131,4	0,66	-6,50	0,01
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	9118,9	4,95	8903,40	5,19	9083,1	5,32	-0,39	2,02
Розлади психіки та поведінки	4851,7	2,63	4271,00	2,49	4246,4	2,49	-12,48	-0,58
Хвороби нервової системи	4521,7	2,45	4547,40	2,65	4555,0	2,67	0,74	0,17
Хвороби ока та його придаткового апарату	8968,0	4,87	8031,90	4,68	8061,6	4,72	-10,11	0,37
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3236,0	1,76	2902,00	1,69	2890,5	1,69	-10,68	-0,40
Хвороби системи кровообігу	70 089,1	38,03	63 766,60	37,16	63 793,1	37,39	-8,98	0,04
Хвороби органів дихання	22 486,0	12,20	22515,20	13,12	21 474,5	12,59	-4,50	-4,62
Хвороби органів травлення	18 948,8	10,28	18 001,60	10,49	17 949,5	10,52	-5,27	-0,29
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4095,8	2,22	3827,60	2,23	3825,8	2,24	-6,59	-0,05
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10301,9	5,59	9802,80	5,71	9825,8	5,76	-4,62	0,23
Хвороби сечостатевої системи	11 095,8	6,02	10394,40	6,06	10 291,7	6,03	-7,25	-0,99
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	209,2	0,11	216,8	0,13	229,2	0,13	9,56	5,72
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4710,8	2,56	4072,10	2,37	4040,2	2,37	-14,24	-0,78

Поширеність хвороб серед дорослого населення країни має свої регіональні відмінності. Так, якщо найвищі рівні вищезазначеного показника зафіксовано у 2017 р. у м. Київ (234 773,4 на 100 тис. дорослого населення), Дніпропетровській області (231 643,8 на 100 тис. дорослого населення), Чернігівській області (212 375,1 на 100 тис. дорослого населення) при найнижчих рівнях, що спостерігались у Луганській області (135 860,9 на 100 тис. дорослого населення) та Запорізькій області (143 922,7 на 100 тис. дорослого населення). Тенденції до поступового зниження рівня поширеності хвороб серед дорослого населення країни протягом 2013–2017 рр. спостерігались у Вінницькій, Волинській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Луганській, Львівській, Харківській, Черкаській, Чернівецькій областях та м. Київ. Зростали показники поширеності хвороб серед дорослого населення у вищезазначений період у Дніпропетровській, Київській, Миколаївській, Сумській, Тернопільській, Чернігівській областях. У 12 областях у 2017 р. рівень поширеності хвороб серед дорослого населення був вищим за аналогічний показник у 2013 р.: у Дніпропетровській області (на 6,44%), Житомирській області (на 7,57%), Івано-Франківській

(0,48%), Київській (5,42%), Кіровоградській (2,23%), Полтавській (2,30%), Рівненській (на 1,05%), Сумській (на 5,96%), Тернопільській (на 2,21%), Хмельницькій (на 2,86%), Чернігівській (на 7,42%) областях. В семи областях України у 2017 р. зросли рівні поширеності хвороб серед дорослого населення відносно 2016 р.: у Дніпропетровській (на 1,49%), Київській (на 1,87%), у Миколаївській (на 0,61%), у Сумській (на 0,11%), Тернопільській (на 1,31%), у Херсонській (на 0,29%), у Чернігівській (на 2,28%) областях (табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2

**Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед дорослого населення України у 2013, 2016, 2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни (%)	
	2013	2016	2017	2017/2013	2017/2016
<i>Область</i>					
Вінницька	210 536,5	200 693,0	196 482,5	-6,68	-2,10
Волинська	179 089,3	175 884,7	173 298,8	-3,23	-1,47
Дніпропетровська	217 625,1	228 244,5	231 643,8	6,44	1,49
Донецька	178 555,9	162 214,6	161 423,6	-9,59	-0,49
Житомирська	161 846,2	175 405,6	174 100,8	7,57	-0,74
Закарпатська	171 315,1	165 339,3	162 785,6	-4,98	-1,54
Запорізька	145 750,9	146 900,8	143 922,7	-1,25	-2,03
Івано-Франківська	186 141,2	188 082,4	187 032,4	0,48	-0,56
Київська	195 239,7	202 047,9	205 827,3	5,42	1,87
Кіровоградська	176 036,2	180 626,0	179 957,2	2,23	-0,37
Луганська	149 716,8	140 159,5	135 860,9	-9,25	-3,07
Львівська	168 215,4	168 582,6	165 494,6	-1,62	-1,83
Миколаївська	176 757,0	191 840,5	193 002,4	9,19	0,61
Одеська	199 616,7	190 848,0	188 683,4	-5,48	-1,13
Полтавська	179 538,9	184 853,1	183 673,6	2,30	-0,64
Рівненська	183 298,7	187 221,7	185 220,8	1,05	-1,07
Сумська	162 345,4	171 834,3	172 016,9	5,96	0,11
Тернопільська	184 885,6	186 517,7	188 966,0	2,21	1,31
Харківська	191 657,3	191 901,0	189 580,5	-1,08	-1,21
Херсонська	180 975,4	178 987,8	179 512,8	-0,81	0,29
Хмельницька	185 501,4	192 265,0	190 812,2	2,86	-0,76
Черкаська	190 734,6	180 265,0	175 958,4	-7,75	-2,39
Чернівецька	186 501,2	184 048,8	182 226,2	-2,29	-0,99
Чернігівська	197 698,9	207 632,6	212 375,1	7,42	2,28
м. Київ	236 031,2	236 184,8	234 773,4	-0,53	-0,60

Структура первинної захворюваності дорослого населення за основними класами хвороб у 2017 р. залишилась практично незмінною в порівнянні з попередніми роками відносно розподілу рейтингових місць: перше місце посіли хвороби органів дихання (31,78%), друге місце належить хворобам системи кровообігу (10,28%), третє місце зайняли хвороби сечостатевої системи (9,16%), четверте місце посіли травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,8%), п'яте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,36%). За період 2013–2017 рр. первинна захворюваність дорослого населення в Україні мала поступові тенденції до зниження на хвороби крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (зниження на 7,24% відносно 2013 р. і на 4,18% відносно 2016 р.), на розлади психіки і поведінки (на 22,65% і 1,08% відповідно), на хвороби нервової системи (на 0,08% і 1,06% відповідно), на хвороби вуха та соскоподібного відростка (на 11,5% і 0,24% відповідно), на хвороби системи кровообігу (на 14,87% і на 1,83% відповідно), на хвороби органів дихання (на 3,49% і 6,04% відповідно), на хвороби органів

травлення (на 7,05% і 3,0% відповідно), на хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (на 8,59% і 1,70% відповідно), на хвороби сечостатевої системи (на 9,32% і 1,62% відповідно), на природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (на 8,57% і 0,78% відповідно), на травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (на 14,44% і 0,66% відповідно). Слід зазначити, що рівні захворюваності дорослого населення країни у 2017 р. за всіма основними класами хвороб нижчі за рівні захворюваності дорослого населення у 2013 р. У 2017 р. відбулось зростання показників захворюваності дорослого населення відносно 2016 р. на деякі інфекційні та паразитарні хвороби (на 0,91%), на ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (на 1,81%), на хвороби ока та його придаткового апарату (на 0,33%), на хвороби шкіри та підшкірної клітковини (на 0,16%) (табл. 2.3.3).

Таблиця 2.3.3

**Динаміка показників та структури захворюваності дорослого населення України за основними класами хвороб у 2013, 2016, 2017 рр.**

Класи хвороб	2013 на 100 тис. осіб	%	2016 на 100 тис. осіб	%	2017 на 100 тис. осіб	%	2017/ 2013	2017/ 2016
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2045,8	3,85	1663,70	3,36	1678,8	3,48	-17,94	0,91
Новоутворення	1099,3	2,07	980,2	1,98	980,2	2,03	-10,83	0,00
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	225,0	0,42	217,8	0,44	208,7	0,43	-7,24	-4,18
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	931,4	1,75	797,4	1,61	811,8	1,68	-12,84	1,81
Розлади психіки та поведінки	366,4	0,69	286,5	0,58	283,4	0,59	-22,65	-1,08
Хвороби нервової системи	1449,3	2,72	1463,60	2,95	1448,1	3,00	-0,08	-1,06
Хвороби ока та його придаткового апарату	3343,2	6,29	3011,00	6,07	3021,0	6,27	-9,64	0,33
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2310,7	4,34	2049,90	4,13	2045,0	4,24	-11,50	-0,24
Хвороби системи кровообігу	5823,1	10,95	5049,60	10,19	4957,4	10,28	-14,87	-1,83
Хвороби органів дихання	15 873,8	29,85	16 304,7	32,89	15 320,5	31,78	-3,49	-6,04
Хвороби органів травлення	2292,6	4,31	2196,90	4,43	2130,9	4,42	-7,05	-3,00
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3383,3	6,36	3061,50	6,18	3066,5	6,36	-9,36	0,16
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3205,4	6,03	2980,50	6,01	2929,9	6,08	-8,59	-1,70
Хвороби сечостатевої системи	4869,6	9,16	4488,20	9,05	4415,6	9,16	-9,32	-1,62
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	14,0	0,03	12,9	0,03	12,8	0,03	-8,57	-0,78
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4396,2	8,27	3786,20	7,64	3761,4	7,80	-14,44	-0,66

У 2017 р. найвищі рівні первинної захворюваності населення сформовано у Дніпропетровській області (75 870,5 на 100 тис. дорослого населення), м. Київ (69 365,9 відповідно), у Івано-Франківській області (65 887,5 відповідно), Львівській області (62 334,0 відповідно), Чернігівській області (57 480,1 відповідно) при найнижчих у Луганській області (29 946,0 відповідно) та у Херсонській області (39 381,5 відповідно). За період 2013–2017 рр. поступові тенденції до зниження рівнів первинної захворюваності спостерігались у 16 областях: Вінницькій області (зниження на 15,37% відносно 2013 р. і 7,19% відносно 2016 р.), Волинській області (на 7,64% і 4,54% відповідно), Донецькій області (на 14,34% і 3,09% відповідно), Закарпатській області (на 3,26% і 3,1% відповідно), Запорізькій області (на 1,35% і 6,0% відповідно), Івано-Франківській області (3,62% і 2,4% відповідно), Луганській області (на 19,15% і 4,87% відповідно), Львівській області (на 8,04% і 3,78% відповідно), Одеській області (на 7,11% і 1,59% відповідно), Рівненській області (на 5,25% і 3,22% відповідно), Харківській області (на 5,68 і 3,09% відповідно), Херсонській області (на 17,14% і 2,21% відповідно), Хмельницькій області (на 0,49% і 2,75% відповідно), Черкаській області (на 9,92% і 5,74% відповідно), Чернівецькій області (на 8,46% і 3,74% відповідно), м. Київ (на 5,92% і 2,97 відповідно). Зростання показників первинної захворюваності у вищезазначений період відбулось у Дніпропетровській області (зростання на 5,3% відносно 2013 р. і на 0,48% відносно 2016 р.), Київській області (на 5,79% і 2,25% відповідно), Тернопільській області (на 1,04% і 1,72% відповідно). У 2017 р. рівні первинної захворюваності вищі за рівні первинної захворюваності у 2013 р. спостерігались у Дніпропетровській області (на 5,3%), Житомирській області (на 0,81%), Київській області (на 5,79%), Кіровоградській області (5,28%), Миколаївській (на 5,43%), Полтавській області (на 0,66%), Сумській області (на 2,35%), Тернопільській області (на 1,04%), Чернігівській області (на 4,54%). Також слід зазначити, що у 2017 р. практично за всіма регіонами відбулось зниження показників первинної захворюваності відносно 2016 р., за виключенням Дніпропетровської, Київської області і Тернопільської областей (табл. 2.3.4).

Таблиця 2.3.4

**Динаміка регіональних показників захворюваності дорослого населення України у 2013, 2016, 2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни (%)	
	2013	2016	2017	2017/2013	2017/2016
<i>Область</i>					
Вінницька	57 959,9	52 851,40	49 050,1	-15,37	-7,19
Волинська	55 800,7	53 990,10	51 537,1	-7,64	-4,54
Дніпропетровська	72 053,9	75 509,70	75 870,5	5,30	0,48
Донецька	46 692,1	41 274,50	39 997,3	-14,34	-3,09
Житомирська	42 032,7	44 376,40	42 371,7	0,81	-4,52
Закарпатська	51 298,5	51 210,60	49 625,0	-3,26	-3,10
Запорізька	40 863,6	42 888,50	40 313,4	-1,35	-6,00
Івано-Франківська	68 360,6	67 507,90	65 887,5	-3,62	-2,40
Київська	51 729,7	53 523,60	54 727,2	5,79	2,25
Кіровоградська	43 792,6	47 667,70	46 103,3	5,28	-3,28
Луганська	37 040,8	31 479,20	29 946,0	-19,15	-4,87
Львівська	67 783,6	64 784,60	62 334,0	-8,04	-3,78
Миколаївська	48 171,1	51 569,90	50 786,1	5,43	-1,52
Одеська	56 878,9	53 692,30	52 837,0	-7,11	-1,59
Полтавська	41 277,2	44 786,30	41 550,9	0,66	-7,22
Рівненська	56 914,6	55 720,80	53 924,8	-5,25	-3,22
Сумська	39 323,0	41 611,70	40 245,4	2,35	-3,28

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни (%)	
	2013	2016	2017	2017/2013	2017/2016
<i>Область</i>					
Тернопільська	52 426,4	52 077,50	52 972,6	1,04	1,72
Харківська	55 724,0	54 236,70	52 560,3	-5,68	-3,09
Херсонська	47 528,4	40 271,60	39 381,5	-17,14	-2,21
Хмельницька	47 597,2	48 699,60	47 362,0	-0,49	-2,75
Черкаська	53 536,4	51 162,50	48 224,2	-9,92	-5,74
Чернівецька	53 343,0	50 725,90	48 829,5	-8,46	-3,74
Чернігівська	54 985,5	57 820,30	57 480,1	4,54	-0,59
м. Київ	73 732,4	71 488,70	69 365,9	-5,92	-2,97

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 заклади охорони здоров'я.

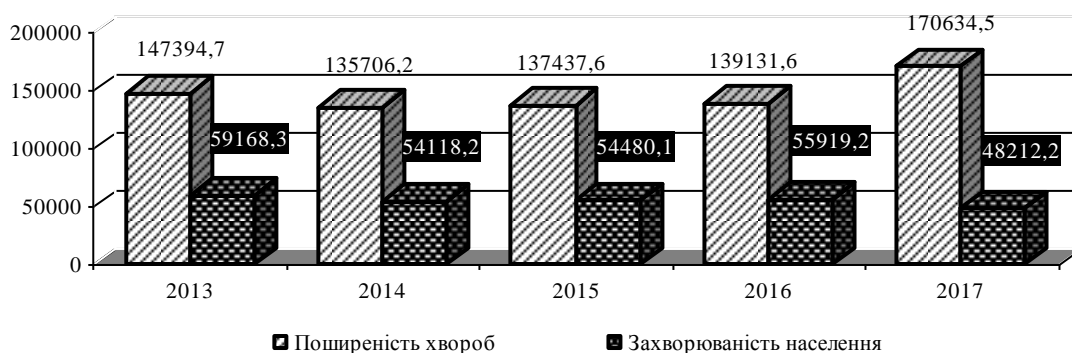
#### 2.4. Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку

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 меж, як між країнами, так і всередині країн. За даними ВООЗ, 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. 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 2013–2017 рр. рівень захворюваності працездатного населення України знизився на 18,52% (у 2017 р. відносно 2013 р.) та на 13,78% (у 2017 р. відносно 2016 р.), в той час, як рівень поширеності хвороб серед працездатного населення зріс на 15,77% (відносно 2013 р.) і на 22,64% (відносно 2016 р.) (рис. 2.4.1).



**Рис. 2.4.1. Динаміка поширеності та захворюваності працездатного населення України за період 2013–2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

У структурі поширеності хвороб серед працездатного населення країни за основними класами хвороб, як і у попередні роки, перше місце займають хвороби системи кровообігу (37,39%), друге місце посідають хвороби органів дихання (12,59%), третє місце належить хворобам органів травлення (10,52%), четверте – хвороби сечостатевої системи (6,03%), п'яте місце займають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,76%). Сформовані рівні поширеності хвороб серед населення працездатного населення у 2017 р. за дев'ятьма провідними класами хвороб мали тенденцію до зниження як відносно вихідного 2013 р. так і до попереднього 2016 р., а саме це стосується класів: деяких інфекційних та паразитарних хвороб (на 31,03 відносно 2013 р. і на 17,27% відносно 2016 р.), хвороб органів крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (на 5,91% і 0,52% відповідно), розладів психіки та поведінки (на 21,86% і 11,88% відповідно), хвороб нервової системи (на 15,71% та 15,82% відповідно), хвороб органів дихання (на 17,43% і на 18,41% відповідно), хвороб шкіри та підшкірної клітковини (на 19,47% і 14,37% відповідно), хвороб сечостатевої системи (на 11,65% і 6,30% відповідно), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (на 38,88% і на 39,49% відповідно), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (на 24,05% і на 12,76% відповідно). Слід наголосити, що у 2017 р. за шістьма класами хвороб показники поширеності хвороб серед населення країни працездатного віку зросли як відносно 2013 р. так і відносно попереднього 2016 р. від ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну

речовин (зросли на 22,76% відносно 2013 р. і на 28,19% відносно 2016 р.), новоутворень (на 53,74% і на 59,62% відповідно), від хвороб ока і його придаткового апарату (на 15,23% і на 25,27% відповідно), від хвороб системи кровообігу (на 78,35% і на 91,63% відповідно), від хвороб органів травлення (на 13,23% і на 20,53% відповідно), від хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 21,20% і на 27,23% відповідно). Якщо порівнювати рівень поширеності хвороб вуха та соскоподібного відростка серед населення працездатного віку 2017 р. відносно 2013 р., то він нижчий на 6,45%, але відносно 2016 р. вищезазначений показник зріс на 2,5% (табл. 2.4.1)

Таблиця 2.4.1

**Динаміка показників та структури поширеності хвороб серед працездатного населення України за основними класами хвороб у 2013, 2016, 2017рр.**

Класи хвороб	2013 на 100 тис. осіб	%	2016 на 100 тис. осіб	%	2017 на 100 тис. осіб	%	2017/ 2013	2017/ 2016
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4243,6	2,88	3537,70	2,54	2926,7	1,72	-31,03	-17,27
Новоутворення	3189,2	2,16	3071,80	2,21	4903,2	2,87	53,74	59,62
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1202,5	0,82	1137,30	0,82	1131,4	0,66	-5,91	-0,52
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	7399,3	5,02	7085,50	5,09	9083,1	5,32	22,76	28,19
Розлади психіки та поведінки	5434,6	3,69	4819,00	3,46	4246,4	2,49	-21,86	-11,88
Хвороби нервової системи	5403,8	3,67	5411,30	3,89	4555,0	2,67	-15,71	-15,82
Хвороби ока та його придаткового апарату	6996,0	4,75	6435,50	4,63	8061,6	4,72	15,23	25,27
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3089,8	2,10	2820,10	2,03	2890,5	1,69	-6,45	2,50
Хвороби системи кровообігу	35 767,9	24,27	33 290,30	23,93	63 793,1	37,39	78,35	91,63
Хвороби органів дихання	26 009,0	17,65	26 320,70	18,92	21 474,5	12,59	-17,43	-18,41
Хвороби органів травлення	15 852,0	10,75	14 892,70	10,70	17 949,5	10,52	13,23	20,53
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4750,6	3,22	4468,00	3,21	3825,8	2,24	-19,47	-14,37
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8107,3	5,50	7722,70	5,55	9825,8	5,76	21,20	27,23
Хвороби сечостатевої системи	11 648,4	7,90	10 984,00	7,89	10 291,7	6,03	-11,65	-6,30
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	375,0	0,25	378,8	0,27	229,2	0,13	-38,88	-39,49
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5 319,8	3,61	4 631,20	3,33	4 040,2	2,37	-24,05	-12,76

Протягом 2013–2017 рр. поширеність хвороб серед працездатного населення за регіонами України мала тенденцію до зростання абсолютно у всіх регіонах нашої держави. Найвищі рівні поширеності хвороб зафіксовано у м. Київ (234 773,4 на 100 тис. відповідного населення),



Дніпропетровській області (231 643,8 на 100 тис. відповідного населення), Чернігівській області (212 375,1 на 100 тис. відповідного населення), Київській області (205 827,3 на 100 тис. відповідного населення), Вінницькій області (196 482,5 на 100 тис. відповідного населення). Слід зазначити, що у 20 областях України у 2017 р. рівень поширеності хвороб серед працездатного населення країни був вищими за середньо український показник поширеності хвороб серед населення працездатного віку (170 634,5 на 100 тис. відповідного населення). Найнижчий рівень вищезазначеного показника у 2017 р. був зафіксований у Луганській області (135 860,9 на 100 тис. відповідного населення (табл. 2.4.2).

Таблиця 2.4.2

**Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед працездатного населення України у 2013, 2016, 2017 роках (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни (%)	
	2013	2016	2017	2017/2013	2017/2016
<i>Область</i>					
Вінницька	174 192,7	161 164,60	196 482,5	12,80	21,91
Волинська	153 299,4	153 000,00	173 298,8	13,05	13,27
Дніпропетровська	184 110,2	191 165,80	231 643,8	25,82	21,17
Донецька	143 074,0	123 754,50	161 423,6	12,83	30,44
Житомирська	123 767,2	133 716,50	174 100,8	40,67	30,20
Закарпатська	144 549,8	141 783,10	162 785,6	12,62	14,81
Запорізька	104 616,3	108 372,30	143 922,7	37,57	32,80
Івано-Франківська	166 156,4	172 951,10	187 032,4	12,56	8,14
Київська	161 312,4	169 143,40	205 827,3	27,60	21,69
Кіровоградська	145 515,4	149 536,80	179 957,2	23,67	20,34
Луганська	112 512,3	100 887,10	135 860,9	20,75	34,67
Львівська	136 159,6	139 128,60	165 494,6	21,54	18,95
Миколаївська	137 628,6	152 954,90	193 002,4	40,23	26,18
Одеська	156 577,5	150 443,60	188 683,4	20,50	25,42
Полтавська	138 897,5	142 553,00	183 673,6	32,24	28,85
Рівненська	168 302,1	173 421,20	185 220,8	10,05	6,80
Сумська	125 498,4	132 524,20	172 016,9	37,07	29,80
Тернопільська	153 385,8	154 598,50	188 966,0	23,20	22,23
Харківська	149 950,1	149 168,80	189 580,5	26,43	27,09
Херсонська	145 543,1	142 160,00	179 512,8	23,34	26,28
Хмельницька	148 576,4	154 886,20	190 812,2	28,43	23,20
Черкаська	135 982,2	132 096,70	175 958,4	29,40	33,20
Чернівецька	172 177,0	172 423,80	182 226,2	5,84	5,69
Чернігівська	155 099,3	160 156,90	212 375,1	36,93	32,60
м. Київ	177 241,2	177 424,40	234 773,4	32,46	32,32

В структурі захворюваності працездатного населення України за провідними класами хвороб у 2017 р. перше рейтингове місце посідають хвороби органів дихання (31,78%), друге рейтингове місце належить хворобам системи кровообігу (10,28%), третє місце займають хвороби сечостатевої системи (9,16%), четверте місце належить травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх чинників (7,8%), і п'яте місце – хворобам шкіри та підшкірної клітковини (6,36%). За період 2013–2017 рр. захворюваність працездатного населення за дванадцятьма класами хвороб мала тенденції до зниження, так у 2017 р. вищезазначений показник був нижчим за показники як 2013 р. так і 2016 р. за наступними

класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, розлади психіки та поведінки, хвороби нервової системи, хвороби вуха та соскоподібного відростка, хвороби органів дихання, хвороби органів травлення, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, хвороби сечостатевої системи, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників. Протягом вищезазначеного періоду захворюваність працездатного населення зросла, так у 2017 р. рівень захворюваності працездатного населення на новоутворення, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби системи кровообігу вищий як відносно 2013 р. так і відносно 2016 р. Рівень захворюваності на ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин у 2017 р. був нижчий ніж у 2013 р., але зріс відносно 2016 р. (табл. 2.4.3).

Таблиця 2.4.3

**Динаміка показників та структури захворюваності працездатного населення України за основними класами хвороб у 2013, 2016, 2017 рр.**

Класи хвороб	2013 на 100 тис. осіб	%	2016 на 100 тис. осіб	%	2017 на 100 тис. осіб	%	2017/ 2013	2017/ 2016
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2535,6	4,29	2057,70	3,68	1678,8	3,48	-33,79	-18,41
Новоутворення	926,8	1,57	843,2	1,51	980,2	2,03	5,76	16,25
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	270,0	0,46	264,4	0,47	208,7	0,43	-22,70	-21,07
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	907,5	1,53	800,8	1,43	811,8	1,68	-10,55	1,37
Розлади психіки та поведінки	405,5	0,69	324,4	0,58	283,4	0,59	-30,11	-12,64
Хвороби нервової системи	1679,6	2,84	1686,5	3,02	1448,1	3,00	-13,78	-14,14
Хвороби ока та його придаткового апарату	2991,2	5,06	2741,5	4,90	3021,0	6,27	1,00	10,20
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2332,9	3,94	2098,0	3,75	2045,0	4,24	-12,34	-2,53
Хвороби системи кровообігу	4028,3	6,81	3589,8	6,42	4957,4	10,28	23,06	38,10
Хвороби органів дихання	20 644,1	34,89	21 092,1	37,72	15 320,5	31,78	-25,79	-27,36
Хвороби органів травлення	2468,0	4,17	2406,2	4,30	2130,9	4,42	-13,66	-11,44
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3933,9	6,65	3597,8	6,43	3066,5	6,36	-22,05	-14,77
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3142,4	5,31	2962,2	5,30	2929,9	6,08	-6,76	-1,09
Хвороби сечостатевої системи	5763,9	9,74	5401,8	9,66	4415,6	9,16	-23,39	-18,26
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	24,9	0,04	24,1	0,04	12,8	0,03	-48,59	-46,89
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4964,5	8,39	4302,2	7,69	3761,4	7,80	-24,23	-12,57

Регіональні показники захворюваності працездатного населення протягом 2013–2017 рр. мали тенденцію до зниження у всіх областях України. Найвищі рівні захворюваності працездатного населення у 2017 р. зафіксовані у Дніпропетровській області (75 870,5 на 100 тис. відповідного населення), м. Київ (69 365,9 на 100 тис. відповідного населення), Івано-Франківській області (65887,5 на 100 тис. відповідного населення), Львівській області (62 334,0 на 100 тис. відповідного населення), найнижчі показники – у Луганській області (29 946,0 на 100 тис. відповідного населення), у Херсонській області (39 381,5 на 100 тис. відповідного населення), у Донецькій області (39 997,3 на 100 тис. відповідного населення). У 16-ти областях України показники захворюваності працездатного населення були вищими ніж середньоукраїнський показник захворюваності працездатного населення (48 212,2 на 10 тис. відповідного населення) (таблиця 2.4.4).

Таблиця 2.4.4

**Динаміка регіональних показників захворюваності працездатного населення України у 2013, 2016, 2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2013	2016	2017	2017 / 2013	2017/ 2016
<i>Область</i>					
Вінницька	65 038,1	58 386,70	49 050,1	-24,58	-15,99
Волинська	61 164,6	60 116,90	51 537,1	-15,74	-14,27
Дніпропетровська	81 131,4	85 885,30	75 870,5	-6,48	-11,66
Донецька	53 420,7	46 906,20	39 997,3	-25,13	-14,73
Житомирська	50 346,8	53 269,60	42 371,7	-15,84	-20,46
Закарпатська	53 385,9	53 314,50	49 625,0	-7,04	-6,92
Запорізька	44 737,7	48 905,00	40 313,4	-9,89	-17,57
Івано-Франківська	76 512,4	77 238,10	65 887,5	-13,89	-14,70
Київська	59 985,0	62 355,00	54 727,2	-8,77	-12,23
Кіровоградська	52 059,9	56 413,50	46 103,3	-11,44	-18,28
Луганська	44 465,7	38 621,90	29 946,0	-32,65	-22,46
Львівська	70 822,7	69 778,10	62 334,0	-11,99	-10,67
Миколаївська	51 673,8	56 137,50	50 786,1	-1,72	-9,53
Одеська	61 985,3	58 572,60	52 837,0	-14,76	-9,79
Полтавська	47 671,9	50 717,60	41 550,9	-12,84	-18,07
Рівненська	66 777,9	66 903,40	53 924,8	-19,25	-19,40
Сумська	46 107,0	49 038,80	40 245,4	-12,71	-17,93
Тернопільська	59 426,3	60 237,90	52 972,6	-10,86	-12,06
Харківська	60 975,9	60 487,30	52 560,3	-13,80	-13,11
Херсонська	51 025,5	44 936,40	39 381,5	-22,82	-12,36
Хмельницька	53 587,2	55 118,60	47 362,0	-11,62	-14,07
Черкаська	57 653,6	56 833,90	48 224,2	-16,36	-15,15
Чернівецька	60 223,2	57 787,80	48 829,5	-18,92	-15,50
Чернігівська	60 197,5	63 845,90	57 480,1	-4,51	-9,97
м. Київ	74 988,0	74 324,90	69 365,9	-7,50	-6,67

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

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

Постаріння населення є закономірним біологічним процесом, з яким пов'язане зростання вразливості організму та ймовірність його смерті. Майже в кожній країні частка людей у віці старше 60 років зростає швидше порівняно з будь-якою іншою віковою групою, як 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 2013–2017 рр. рівні поширеності хвороб і захворюваності населення України старших вікових груп знижувались. У 2017 р. поширеність хвороб серед населення старших вікових груп знизилась на 11,04% відносно 2013 р. і на 1,0% відносно 2016 р.; захворюваність вищезазначеної групи населення у 2017 р. знизилась на 10,87% відносно 2013 р. і на 1,78% відносно 2016 р. (рис. 2.5.1).

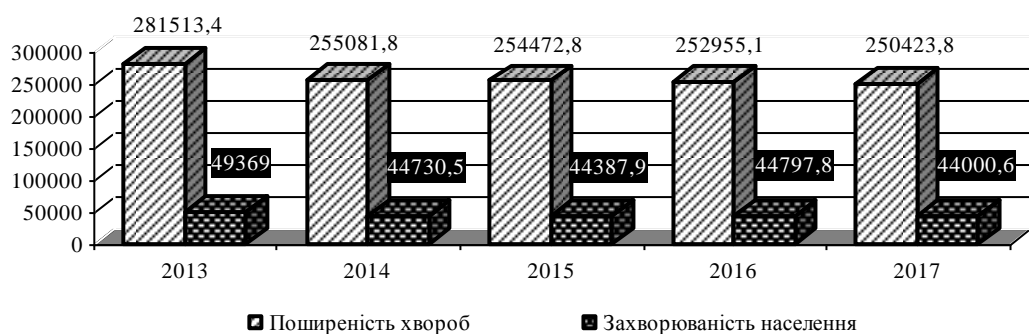


Рис. 2.5.1. Динаміка поширеності та захворюваності населення України старших вікових груп за період 2013–2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

В регіональному аспекті рівням поширеності хвороб серед населення старших вікових груп та первинній захворюваності вищезазначеній віковій групі притаманна регіональна диференціація показників. Так, у 2017 р. у 16-ти областях країни рівень поширеності хвороб серед населення старших вікових груп був вищим за середньоукраїнський (250 423,8 на 100 тис. населення) та у 15-ти областях сформовано вищий за середньоукраїнський рівень (44000,6 на 100 тис. відповідного населення) первинної захворюваності населення старших вікових груп країни. Найвищі рівні поширеності хвороб серед населення старших вікових груп сформовано у 2017 р. у м. Київ, Дніпропетровській області та Чернігівській області, а найвищі рівні первинної захворюваності аналогічної групи населення зафіксовано також у м. Київ, Дніпропетровській області та у Львівській області (табл. 2.5.1).

Таблиця 2.5.1

Регіональний розріз рангових показників поширеності хвороб та захворюваності серед населення України старшого віку у 2017 р. (на 100 тис. нас.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Поширеність	Адміністративно-територіальна одиниця	Захворюваність
<i>Область</i>			
Чернівецька	221 220,3	Луганська	30 785,6
Закарпатська	227 427,2	Сумська	34 685,1
Запорізька	228 495,1	Донецька	36 553,4
Івано-Франківська	239 887,8	Полтавська	37 168,0
Львівська	246 991,9	Житомирська	37 260,6
Донецька	247 966,1	Херсонська	37 381,0
Кіровоградська	248 131,1	Херсонська	37 571,5
Волинська	248 677,2	Запорізька	37 753,6
Рівненська	249 595,2	Рівненська	43 592,6
<b>Україна</b>	<b>250 423,8</b>	Чернівецька	43 733,4
Луганська	253 077,5	<b>Україна</b>	<b>44 000,6</b>
Сумська	261 898,3	Хмельницька	45 846,6
Херсонська	264 642,3	Волинська	46 490,2
Тернопільська	274 402,6	Тернопільська	46 896,9
Хмельницька	278 730,6	Черкаська	48 100,1
Полтавська	279 390,4	Вінницька	48 725,9
Житомирська	280 255,1	Миколаївська	49 231,6
Миколаївська	284 144,9	Київська	49 630,0
Черкаська	284 847,2	Харківська	50 302,4
Одеська	288 084,9	Одеська	51 038,2
Вінницька	291 543,6	Закарпатська	52 019,7
Харківська	295 204,7	Чернігівська	56 030,0
Київська	302 121,4	Івано-Франківська	58 374,0
Чернігівська	316 590,5	Львівська	60 681,9
Дніпропетровська	320 171,7	Дніпропетровська	63 909,5
м. Київ	391 793,5	Київ	72 354,1

За результатами аналізу динаміки показників поширеності хвороб серед населення старших вікових груп за регіонами України у період 2013-2017 рр., слід зауважити, що у 13-ти областях країни протягом вищезазначеного періоду спостерігаються тенденції до зниження показників поширеності (у 2017 р. відносно як 2013 р. так і відносно 2016 р. у Вінницькій, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Львівській, Одеській, Рівненській, Харківській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій, м. Київ), у 5-ти областях відзначено тенденції до зростання (у Дніпропетровській, Київській, Сумській, Тернопільській, Чернігівській областях) (табл. 2.5.2).

Таблиця 2.5.2

**Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед населення України старших вікових груп у 2013, 2016 та 2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2013	2016	2017	2017/2013	2017/2016
<i>Область</i>					
Вінницька	300 094,9	294496,8	291 543,6	-2,85	-1,00
Волинська	260 258,2	247968,3	248 677,2	-4,45	0,29
Дніпропетровська	301 097,1	315792,7	320 171,7	6,34	1,39
Донецька	264 371,0	244965,2	247 966,1	-6,21	1,23
Житомирська	263 639,0	281775,7	280 255,1	6,30	-0,54
Закарпатська	257 721,1	239741,9	227 427,2	-11,75	-5,14
Запорізька	243 560,6	233778,9	228 495,1	-6,19	-2,26
Івано-Франківська	259 089,3	244528,3	239 887,8	-7,41	-1,90
Київська	295 968,0	298 482,00	302 121,4	2,08	1,22
Кіровоградська	248 759,7	251496,3	248 131,1	-0,25	-1,34
Луганська	240 034,3	258806,9	253 077,5	5,43	-2,21
Львівська	262 923,5	252773,2	246 991,9	-6,06	-2,29
Миколаївська	275 471,2	286152,8	284 144,9	3,15	-0,70
Одеська	313 748,5	292311,1	288 084,9	-8,18	-1,45
Полтавська	275 756,4	280713,3	279 390,4	1,32	-0,47
Рівненська	251 348,5	250647,5	249 595,2	-0,70	-0,42
Сумська	251 350,8	260596,3	261 898,3	4,20	0,50
Тернопільська	271 426,7	272 956,0	274 402,6	1,10	0,53
Харківська	302 016,4	297634,9	295 204,7	-2,26	-0,82
Херсонська	271 141,5	267348,6	264 642,3	-2,40	-1,01
Хмельницька	278 041,2	281559,9	278 730,6	0,25	-1,00
Черкаська	313 221,6	285812,5	284 847,2	-9,06	-0,34
Чернівецька	234 816,3	226703,3	221 220,3	-5,79	-2,42
Чернігівська	288 732,9	302436,3	316 590,5	9,65	4,68
м. Київ	411 659,4	396152,4	391 793,5	-4,83	-1,10

У 13-ти областях України протягом 2013–2017 рр. відбулось зниження показників первинної захворюваності населення України старших вікових груп, так у 2017 р. в цих областях рівень первинної захворюваності був нижчим відносно 2013 р. та відносно 2016 р.: у Вінницькій, Волинській, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Львівській, Одеській, Рівненській, Харківській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій областях і м. Київ. У 4-х областях України (у Дніпропетровській області, Київській області, Тернопільській області, Чернігівській області) в 2017 р. сформовано показники, які є вищими за показники попередніх років, а саме як до 2013 р. (зростання відносно 2013 р. на 6,66%; на 7,35%; на 2,24%; на 6,68% відповідно) так і відносно 2016 р. (зростання відносно 2016 р. на 1,92%; на 4,12%; на 5,3%, на 4,83% відповідно) (табл. 2.5.3).

**Динаміка регіональних показників захворюваності населення України старших вікових груп  
2013, 2016 та 2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2013	2016	2017	2017 / 2013	2016 / 2016
<i>Область</i>					
Вінницька	54 264,5	51206,4	48 725,9	-10,21	-4,84
Волинська	49 405,1	47786,4	46 490,2	-5,90	-2,71
Дніпропетровська	59 919,7	62704,2	63 909,5	6,66	1,92
Донецька	40 873,4	36544,9	36 553,4	-10,57	0,02
Житомирська	34 666,0	37 541,00	37 260,6	7,48	-0,75
Закарпатська	53 745,0	53695,2	52 019,7	-3,21	-3,12
Запорізька	40 781,7	39533,4	37 753,6	-7,43	-4,50
Івано-Франківська	64 633,0	59 618,00	58 374,0	-9,68	-2,09
Київська	46 234,0	47667,3	49 630,0	7,35	4,12
Кіровоградська	36 877,3	39577,8	37 571,5	1,88	-5,07
Луганська	30 809,9	30105,1	30 785,6	-0,08	2,26
Львівська	69 908,9	63099,8	60 681,9	-13,20	-3,83
Миколаївська	47 497,5	50680,2	49 231,6	3,65	-2,86
Одеська	55 458,7	51920,1	51 038,2	-7,97	-1,70
Полтавська	36 098,8	40285,6	37 168,0	2,96	-7,74
Рівненська	46 423,3	44270,8	43 592,6	-6,10	-1,53
Сумська	34 122,6	35 517,00	34 685,1	1,65	-2,34
Тернопільська	45 871,0	44537,7	46 896,9	2,24	5,30
Харківська	54 262,1	50920,6	50 302,4	-7,30	-1,21
Херсонська	47 667,5	38081,8	37 381,0	-21,58	-1,84
Хмельницька	45 921,7	45297,2	45 846,6	-0,16	1,21
Черкаська	54 679,6	49258,5	48 100,1	-12,03	-2,35
Чернівецька	46 576,4	45550,8	43 733,4	-6,10	-3,99
Чернігівська	52 521,0	53449,6	56 030,0	6,68	4,83
м. Київ	80 590,2	74050,4	72 354,1	-10,22	-2,29

Рівні поширеності хвороб серед населення старших вікових груп за основними класами хвороб у 2017 р. були нижчими за аналогічні показники відносно 2013 та 2016 рр. в за переважною більшістю класів хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, розлади психіки та поведінки, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби вуха та соскоподібного відростка, хвороби системи кровообігу, хвороби органів дихання, хвороби органів 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. Протягом 2013–2017 рр. відбулось зростання рівнів поширеності хвороб нервової системи, так у 2017 р. рівень поширеності вищезазначеного класу хвороб був вищим на 0,12% відносно 2013 р. і на 0,26% відносно 2016 р. Також слід зазначити, що у 2017 р. рівні поширеності новоутворень, ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин, травм, отруєнь та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників серед населення старших вікових груп зросли відносно 2016 р., хоча рівні поширеності вищезазначених хвороб серед населення старших вікових груп за 2017 р. залишаються нижчими відносно рівнів 2013 р. (табл. 2.5.4).

**Динаміка показників поширеності хвороб за основними класами хвороб серед населення України старших вікових груп у 2013, 2016 та 2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	Рік			Зміни	
	2013	2016	2017	2017/2013	2017/2016
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2068,4	1694,80	1691,1	-18,24	-0,22
новоутворення	9126,8	8497,70	8521,2	-6,64	0,28
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1364,7	1261,90	1239,3	-9,19	-1,79
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	14 244,2	13 804,40	14 002,4	-1,70	1,43
розлади психіки та поведінки	3572,6	3127,70	3111,2	-12,91	-0,53
хвороби нервової системи	3524,9	3520,00	3529,0	0,12	0,26
хвороби ока та його придаткового апарату	14 945,8	12 698,40	12 573,4	-15,87	-0,98
хвороби вуха та соскоподібного відростка	3816,4	3313,40	3308,8	-13,30	-0,14
хвороби системи кровообігу	145 802,6	127 241,80	125 632,2	-13,83	-1,26
хвороби органів дихання	21 488,6	20 863,10	20 242,1	-5,80	-2,98
хвороби органів травлення	27 097,9	25 541,00	25 306,7	-6,61	-0,92
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3422,0	3140,10	3078,5	-10,04	-1,96
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	16 759,5	15 344,90	15 330,5	-8,53	-0,09
хвороби сечостатевої системи	10 209,0	9 438,80	9 356,7	-8,35	-0,87
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3798,0	3261,30	3294,5	-13,26	1,02

У 2017 рр. в структурі поширеності хвороб серед населення старшого віку за основними класами хвороб відбулось зростання часток класу новоутворень, класу ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин, хвороб нервової системи, класу хвороб органів дихання, класу хвороб органів травлення, класу хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини, класу хвороб сечостатевої системи відносно 2013 р. Перше рейтингове місце в структурі поширеності хвороб серед населення України старших вікових груп у 2017 р. займають хвороби системи кровообігу (50,17%), друге місце належить хворобам органів травлення (10,11%), третє місце посіли хвороби органів дихання (8,08%), четверте місце займають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (6,12%), та п'яте місце посіли ендокринні хвороби, розлади харчування та порушень обміну речовин (5,59%) (табл. 2.5.5).

В 2017 р. рівень первинної захворюваності старших вікових груп був нижчим за рівні первинної захворюваності аналогічної вікової групи у 2013 та 2016 рр. за дев'ятьма класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, хвороби крові та кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, хвороби сечостатевої системи. За класами ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин, розладів психіки та поведінки, хвороб вуха та соскоподібного відростка, травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників у 2017 р. відбулось зростання рівнів первинної захворюваності відносно 2016 р. (на 5,74%, 1,73%, 0,32%, , 0,99% відповідно) (табл. 2.5.6).



Таблиця 2.5.5

**Динаміка частки основних класів хвороб у структурі поширеності хвороб серед населення України старшого віку за період 2013–2017 рр. (%)**

Клас хвороб	Рік, питома вага, %				
	2013	2014	2015	2016	2017
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	0,73	0,70	0,67	0,67	0,68
Новоутворення	3,24	3,25	3,35	3,36	3,40
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,48	0,49	0,50	0,50	0,49
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	5,06	5,22	5,36	5,46	5,59
Розлади психіки та поведінки	1,27	1,23	1,24	1,24	1,24
Хвороби нервової системи	1,25	1,37	1,38	1,39	1,41
Хвороби ока та його придаткового апарату	5,31	5,15	5,05	5,02	5,02
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1,36	1,30	1,31	1,31	1,32
Хвороби системи кровообігу	51,79	50,84	50,55	50,30	50,17
Хвороби органів дихання	7,63	8,00	8,03	8,25	8,08
Хвороби органів травлення	9,63	10,09	10,17	10,10	10,11
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,22	1,20	1,19	1,24	1,23
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	5,95	6,07	6,10	6,07	6,12
Хвороби сечостатевої системи	3,63	3,70	3,73	3,73	3,74
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	1,35	1,30	1,30	1,29	1,32

Таблиця 2.5.6

**Динаміка показників захворюваності за основними класами хвороб серед населення України старших вікових груп у 2013, 2016, 2017 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

Клас хвороб	Рік			Зміни	
	2013	2016	2017	2017 / 2013	2017 / 2016
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	1 210,3	1 042,20	1 041,5	-13,95	-0,07
Новоутворення	1 484,4	1 282,10	1 260,6	-15,08	-1,68
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	191,6	185,7	174,2	-9,08	-6,19
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1 235,1	986,2	1 042,8	-15,57	5,74
Розлади психіки та поведінки	306,5	224,8	228,7	-25,38	1,73
Хвороби нервової системи	1 168,9	1 183,30	1 174,9	0,51	-0,71
Хвороби ока та його придаткового апарату	4 520,0	3 914,80	3 880,0	-14,16	-0,89
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2 472,5	2 152,50	2 159,4	-12,66	0,32
Хвороби системи кровообігу	9 766,6	8 074,20	7 896,3	-19,15	-2,20
Хвороби органів дихання	11 398,3	11 926,90	11 475,8	0,68	-3,78
Хвороби органів травлення	2 336,8	2 160,50	2 045,4	-12,47	-5,33
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2 824,8	2 494,10	2 482,9	-12,10	-0,45
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3 725,4	3 297,80	3 260,4	-12,48	-1,13
Хвороби сечостатевої системи	3 054,4	2 720,00	2 695,1	-11,76	-0,92
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3 561,3	3 055,60	3 086,0	-13,35	0,99

В структурі первинної захворюваності старших вікових груп України за основними класами хвороб перше місце займають хвороби органів дихання (26,08%), друге місце належить хворобам системи кровообігу (17,95%), третє посіли хвороби ока та його придаткового апарату (8,82%), четверте місце займають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (7,41%), і п'яте місце посідають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,01) (таблиця 2.5.7).

Таблиця 2.5.7

**Динаміка частки основних класів хвороб у структурі захворюваності населення України старшого віку за період 2013–2017 рр. (%)**

Клас хвороб	Рік, питома вага, %				
	2013	2014	2015	2016	2017
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,45	2,38	2,35	2,33	2,37
Новоутворення	3,01	2,84	2,86	2,86	2,86
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,39	0,40	0,41	0,41	0,40
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	2,50	2,32	2,24	2,20	2,37
Розлади психіки та поведінки	0,62	0,52	0,53	0,50	0,52
Хвороби нервової системи	2,37	2,60	2,64	2,64	2,67
Хвороби ока та його придаткового апарату	9,16	8,86	8,80	8,74	8,82
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	5,01	4,83	4,89	4,80	4,91
Хвороби системи кровообігу	19,78	18,86	18,36	18,02	17,95
Хвороби органів дихання	23,09	24,89	25,49	26,62	26,08
Хвороби органів травлення	4,73	4,95	4,99	4,82	4,65
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	5,72	5,61	5,58	5,57	5,64
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	7,55	7,70	7,58	7,36	7,41
Хвороби сечостатевої системи	6,19	6,01	6,06	6,07	6,13
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	7,21	6,99	6,99	6,82	7,01

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 Характеристика репродуктивного здоров'я і репродуктивного потенціалу населення України**

В умовах прогнозованого подальшого зниження чисельності населення України найважливішою проблемою демографічної політики є відтворення населення, основу якого формує народжуваність, збереження репродуктивного здоров'я населення, як соціально-біологічного фактору його відтворення, підвищення репродуктивного потенціалу, як основної характеристики життєздатності популяції і збереження здоров'я покоління, що народжується.

Репродуктивний потенціал має складну структуру, основними компонентами якої є питома вага жінок у репродуктивному віці, рівень народжуваності, репродуктивне здоров'я та репродуктивна поведінка населення, особливості перебігу вагітностей і здоров'я дітей не тільки в період новонародженості, а й до вступу їх в репродуктивний вік.

Очевидно, що основою демографічного розвитку суспільства є репродуктивний процес, і його характер визначає майбутнє нації. Динаміка репродуктивного процесу в Україні мала нелінійний характер – різке погіршення показників відтворення населення у перше десятиріччя незалежності України з тенденцією до їх збільшення в XXI столітті (зростання загального коефіцієнта народжуваності з 7,7 на 1000 наявного населення у 2000 р. до 11,4 у 2012 р. і сумарного коефіцієнта народжуваності з 1,09 до 1,6 відповідно) і подальшою тенденцією до погіршення – 10,3 і 1,46 у 2016 р. відповідно. Характерно, що зростання народжуваності супроводжувалося позитивною тенденцією репродуктивної поведінки жінок (зменшення у 3,6 разу абортів з 29,13 на 1000 жінок фертильного віку у 2000 р. до 8,78 у 2017 р.) при недостатніх для забезпечення відтворення населення країни ресурсів – в цілому чисельність жінок фертильного віку зменшилася з 12 582,7 тис. у 2000 р. до 10 120, 5 тис у 2016 р. та несприятливих змін вікового профілю народжуваності в сторону старших вікових груп.

В оптимальних умовах має місце стан балансу між репродуктивним потенціалом і діючими на нього чинниками, тобто можливість змінювати баланс в 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 дає змогу відтворювати здорове потомство і забезпечувати баланс репродуктивного здоров'я. Вважається, що характеризувати репродуктивне здоров'я з позиції оцінки репродуктивного потенціалу слід, розглядаючи як дитяче населення, так і населення фертильного віку. З позиції вивчення репродуктивного здоров'я як основи демографічної безпеки країни більш виправданою є оцінка рівня підсумованого репродуктивного потенціалу населення. Репродуктивний потенціал населення, реалізація репродуктивної функції обумовлені комплексом як соціально-гігієнічних, медико-біологічних, так і медико-організаційних чинників, що істотно впливають на формування репродуктивної поведінки та репродуктивного здоров'я жінок.

Специфіка репродуктивного здоров'я жінки зумовлена, насамперед, особливостями реалізації її репродуктивної функції. Факторами, що знижують рівень репродуктивної функції жінок, є високий рівень абортів і ускладнень після них, значна величина гінекологічної захворюваності, поширеність хвороб, що передаються статевим шляхом, погіршення стану здоров'я вагітних жінок і породіль. Саме репродуктивне здоров'я нації, знаходячись у витоків формування демографічного потенціалу, є необхідною передумовою оновлення населення шляхом приходу у цей світ нових поколінь, кількісний і якісний склад яких відповідає суспільним потребам. Реалізація потенціалу сексуального та репродуктивного здоров'я передбачена «Планом дій з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я в підтримку виконання «Порядку денного в галузі сталого розвитку на період до 2030 р. в Європі – нікого не залишити без уваги».

В питаннях охорони репродуктивного здоров'я та зміцнення репродуктивного потенціалу основний акцент робиться на тих стратегіях, які можуть сприяти скороченню репродуктивних втрат. Забезпечення сприятливого результату кожної бажаної вагітності в умовах зниження числа жінок репродуктивного віку – основного завдання сучасної допомоги при пологах – можливе при умові досягнення міжнародного стандарту репродуктивного здоров'я. Наразі 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.

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. Тому у відповідності до Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків для досягнення найвищих стандартів фізичного, психічного та репродуктивного здоров'я доцільно використовувати підхід «всього життєвого циклу і забезпечити до 2030 р. для кожної жінки, кожної дитини і підлітка можливості для здійснення права на фізичне і психічне здоров'я, соціальні та економічні можливості, а також можливість повноцінно брати участь у формуванні благополучного і сталого суспільства.

Кожна людина з народження має унікальний біологічний потенціал репродуктивного здоров'я а потім утримує та зміцнює його.

Тому актуальним є «здоровий старт життя». Адже висока захворюваність новонароджених формує високий рівень захворюваності дівчаток–підлітків, які в період фертильності мають цілу низку захворювань. 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 274,29 на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні 500 г і більше у 2000 р. до 153,74 у 2011 р., 144,8 у 2013 р. з подальшою незначною тенденцією зростання – 156,36 у 2015 р. та 162,34 у 2017 р. Після народження частота хворих дітей збільшується. Високою при позитивній тенденції залишається і захворюваність дітей першого року життя 2018,8 на 1000 середньорічного контингенту дітей цього віку у 2010 р., 1560,0 у 2011 р. і 1495,4 у 2017 році.

Висока захворюваність новонароджених і дітей першого року життя формує високий рівень захворюваності дітей підліткового віку, які в період фертильності мають цілу низку захворювань. Дослідження вітчизняних авторів показують, що в дитячому і підлітковому віці виникає до 64% захворювань, які становлять безпосередню чи опосередковану загрозу репродуктивній функції організму.

До того часу, коли майбутні батьки вступають у репродуктивний період, вони вже мають низку захворювань. На тлі зменшення чисельності дитячого населення рівні поширеності хвороб серед загальної популяції дитячого населення залишаються високими.

Якщо до 2010 р. поширеність хвороб зростала (1694,62 на 1000 дітей віком до 17 років у 2003 р. і 1998,3 у 2010 р.), то починаючи з 2011 р. намітилася тенденція до її зниження до 1747,7 у 2017 р. в основному за спадної тенденції поширеності хвороб серед дітей віком 0–6 років (зменшення на 5,8%) і віком 7–14 років (зменшення на 8,2%) при стабілізації рівня поширеності хвороб серед підлітків (табл. 2.6.1).

Таблиця 2.6.1

**Динаміка поширеності хвороб серед дітей різних вікових груп в Україні у 2013–2017 рр.  
(на 1000 відповідного населення)**

Рік	0–17 років	0–6 років	7–14 років	15–17 років
2013	1920,34	1780,2	1969,1	2159,6
2014	1760,73	1624,5	1801,4	2022,3
2015	1742,3	1588,9	1776,8	2083,2
2016	1777,16	1681,97	1742,21	2154,5
2017	1747,7	1677,1	1808,8	2177,8
2017 / 2013 рр., %	91,0	94,2	91,8	100,8

Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

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 (83,42 на 1000 дітей у 2013 р. і 68,16 у 2017 р.), сечостатевої системи (53,12 і 45,78), крові і кровотворних органів (39,56 і 34,5), інфекційних і паразитарних хвороб (65,48 і 54,2), значущість яких для дитячого віку особливо велика у зв'язку з їх впливом на становлення репродуктивної функції.

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. Фізичний, розумовий і соціальний потенціал, накопичений в дитинстві, може сприяти формуванню навичок, моделей поведінки і можливостей, що в свою чергу веде до зміцнення здоров'я і благополуччя в підлітковому віці, а потім і в дорослому житті. Очевидна значущість комплексного підходу до проблем охорони репродуктивного здоров'я підлітків, їхнього сексуального становлення.

Адже підлітковий вік – це другий ключовий етап розвитку людини і один із критичних перехідних періодів життєвого циклу, для якого є характерними бурхливі темпи росту і змін. Прагнення стати дорослішими, самоствердитись та бажання бути прийнятим у своєму оточенні часто призводять до вживання алкоголю, спонукають їх до адиктивної та девіантної поведінки (наприклад, тютюнокуріння, вживання наркотиків), до ризикованої сексуальної поведінки тощо.

Значний вплив на репродуктивне здоров'я цих контингентів населення має їхня репродуктивна поведінка. До факторів, що впливають на репродуктивну поведінку молоді, належать: негативний вплив ЗМІ, зокрема пропаганда сексуального насилля, порнографія, широке розповсюдження шкідливих звичок (наркоманія, алкоголізм, тютюнокуріння), страх не знайти або втратити роботу та фінансова залежність від батьків.

Саме в цей період відмічається найбільший сплеск гінекологічної захворюваності. Упродовж останніх років залишається високою при спадній тенденції частота розладів менструацій у дівчаток до 14 років – 19,7 на 1000 осіб відповідного віку у 2013 р. та 15,6 у 2017 р., у 15–17-річних – 63,8 та 59,4 відповідно. Найвищий рівень поширеності розладів менструації серед дівчаток віком до 14 років у 2017 р. відмічався у Хмельницькій (51,9), Чернівецькій (37,9), Житомирській (34,28) областях; найнижчий рівень – у Луганській (2,85), Рівненській (4,06), Донецькій (4,87) і Чернігівській (5,35) областях. Діапазон коливань рівнів поширеності розладів менструації серед дівчаток 15–17 років становив від 127,07 у м. Києві, 125,02 у Хмельницькій області, до 24, 8 у Чернігівській, 16,3 у Закарпатській областях.

Утримується високий рівень і запальних захворювань репродуктивної системи – поширеність сальпінгітів, оофоритів у дівчат підліткового віку становила 150,8 на 10 тис. дівчат 15–17 років у 2013 р. і 119,2 у 2017 р. з діапазоном коливань від 376,6 у Миколаївській до 9,6 у Луганській областях, тобто у 39,2 разу, Ці захворювання мають найбільш несприятливі наслідки, якщо вони перенесені в підлітковому віці, зумовлюють високий рівень репродуктивної і перинатальної патології в подальші роки та негативний вплив на реалізацію репродуктивного потенціалу.

Важливою складовою впливу на стан репродуктивного здоров'я дітей підліткового віку є також їхня сексуальна активність, наслідком якої може бути захворювання на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

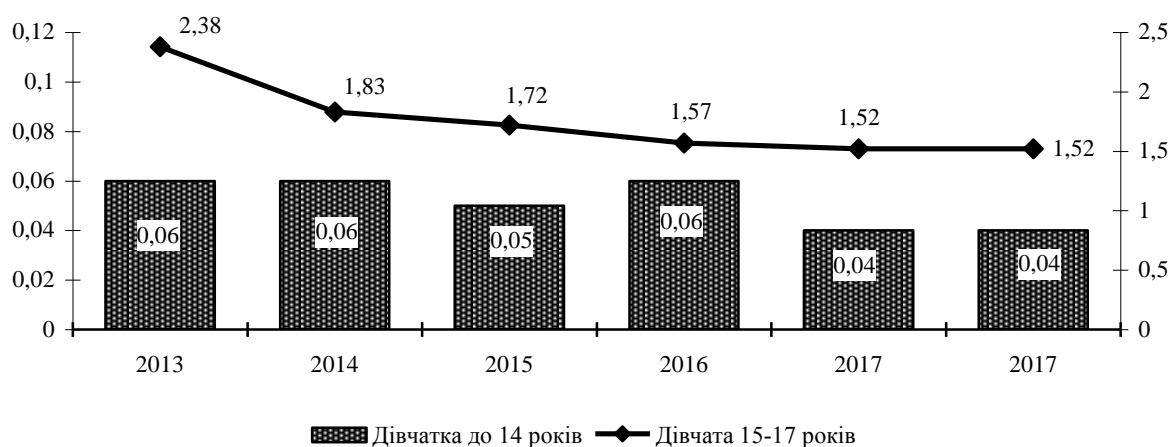
Серед дітей і молоді все частіше зустрічаються інфекції ІПСШ. Так, у 2017 р. захворюваність на сифіліс становила 4,0 на 100 тис. дівчат 15–17 років, хламідіоз – 11,05, трихомоніаз – 65,9, гонококову інфекцію – 3,81.

Ризикова поведінка, зокрема ранні статеві стосунки, спричиняють ранню вагітність. Для матері–підлітка існує більша загроза ускладнень вагітності – викиднів, передчасних пологів, анемії, – ніж для жінок, старших за 20 років. Переривання небажаної вагітності у підлітків є значною проблемою репродуктивних розладів у майбутньому. Матерям–підліткам швидше за все буде важко працювати, що може призвести до підвищеної захворюваності і смертності цих матерів та їхніх дітей. Крім того, народження дітей у підлітковому віці часто має несприятливі соціальні наслідки, особливо це стосується рівня освіти жінок, оскільки жінки, які стають матерями у підлітковому віці, переважно не закінчують освітні заклади.

Наразі у нашій країні спостерігається постійне зменшення абортів серед неповнолітніх. Позитивна динаміка скорочення абортів у неповнолітніх в Україні є результатом стабільної роботи системи планування сім'ї. Водночас занепокоєння викликає стабілізація абортів у неповнолітніх протягом 2013–2016 років на рівні 0,05–0,06 на 1000 дівчаток до 14 років зі зниженням лише у 2017 р. до 0,04 Для порівняння: у розвинутих країнах Європи вже близько 10 років не спостерігається випадків переривання вагітності у дівчаток до 14 років. В Україні до такого методу щорічно вдається біля 50–40 дівчаток, що свідчить про необхідність більш активного інформування дітей цього віку про здоровий спосіб життя та згубний і негативний вплив ранніх статевих стосунків на їхнє здоров'я. Вкрай важливою є і просвітницька робота серед батьків, вчителів, які повинні сформуванати у дівчаток негативне ставлення до сексуальних намагань.

Зниження рівня абортів серед дівчат підліткового віку відбувалося більш інтенсивними темпами – 2,38 на 1000 дівчат 15–17 років у 2013 р. і 1,52 у 2017 р. (рис. 2.6.1). Упродовж останніх років все ще високим (2,3 і більше) залишається рівень абортів серед дівчат Донецької, Дніпропетровської, Київської, Полтавської, Херсонської областей та серед дівчаток до 14 років (0,1 і більше) Закарпатської і Запорізької областей.

Гармонійність розвитку організму дівчинки, дівчини, стан її 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 системі репродукції.



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України».

**Рис.2. 6.1. Динаміка абортів у дівчаток віком до 14 років та дівчат 15–17 років в Україні у 2013–2017 рр. (на тисячу населення відповідного віку та статі)**

Основне навантаження з проблем репродуктивного здоров'я припадає на жінок, їх 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. Все ще незадовільний стан здоров'я дітей, у т.ч. підліткового віку, впливає на стан соматичного та репродуктивного здоров'я дорослого населення.

Зокрема, материнське здоров'я до, під час та між вагітностями, умови народження, рівень закладу, який надає допомогу, впливають на стан народженої дитини,

До об'єктивних критеріїв стану репродуктивного здоров'я відноситься гінекологічна захворюваність жінок. В цілому за період 2000–2016 рр. у жінок України відмічалася негативна тенденція частоти розладів менструацій, запальних хвороб шийки матки при позитивній тенденції частоти сальпінгітів, оофоритів, ерозії і ектопіону шийки матки.

Важливим індикатором стану репродуктивної системи жінки є менструальний цикл. Актуальність проблеми менструальної дисфункції визначається її зв'язком з репродуктивною функцією жінок. Розлади менструацій є першими ознаками прихованих патологій та захворювань і можуть відбитися на здатності до зачаття і виношування немовлят. У структурі гінекологічних захворювань на частку порушень менструального циклу припадає біля 20%.

За аналізуємий період поширеність розладів менструацій у жінок фертильного віку мала позитивну тенденцію – 18,9 на 1000 відповідного населення у 2013 р. і 18,49 у 2017 р. з найнижчим (17,63) показником у 2014 р., а захворюваність на розлади менструації – 11,58, 11,6 і 11,02 відповідно (табл. 2.6.2).

Таблиця 2.6.2

**Характеристика гінекологічних захворювань жіночого населення України, 2013–2017 рр., на 1000 населення відповідного віку і статі**

Роки	Розлад менструацій*		Сальпінгіти, оофорити**		Запальні хвороби шийки матки**		Ерозія та ектропіон шийки матки**	
	П	З	П	З	П	З	П	З
2013	18,94	11,58	18,05	9,81	12,25	8,53	20,05	10,35
2014	17,63	11,02	16,30	8,89	12,09	8,45	17,92	9,33
2015	18,19	11,47	16,26	8,87	12,01	8,34	18,38	9,44
2016	18,23	11,45	16,12	8,79	12,17	8,26	18,15	8,96
2017	18,49	11,16	15,82	8,61	12,5	8,6	17,5	8,7
2017/ 2013 %	97,6	96,4	87,65	87,77	102,0	100,8	87,28	84,06

\*– у жінок 15–49 років на 1000 населення відповідного віку і статі;

\*\*– у жінок працездатного віку на 1000 населення відповідного віку і статі

Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

За даними статистики запальні захворювання статевих органів у жінок займають перше місце серед всіх гінекологічних захворювань і являються однією з причин порушення дітородної функції жіночого організму, а такі захворювання, як гострі і хронічні ендометрити, сальпінгіти, оофорити, викликають безпліддя. Як видно із табл. 2.6.2, поширеність і захворюваність сальпінгітами і оофоритами мала тенденцію до зниження і у 2017 р. серед жінок працездатного віку становила 15,82 і 8,61 на 1000 населення відповідного віку і статі проти 19,67 і 11,42 у 2000 р. відповідно. За цей період серед жінок працездатного віку дещо зросли рівні поширеності і захворюваності запальними хворобами шийки матки з 12,25 та 8,53 на 1000 населення відповідного віку і статі у 2013 р. до 12,5 і 8,6 у 2017 р. відповідно.

Негативно впливають на репродуктивну функцію жінок і незапальні хвороби жіночих статевих органів, зокрема ерозія шийки матки та ектопіон. За даними Центру медичної статистики МОЗ України за аналізуємий період відзначається все ще високий рівень як поширеності, так і захворюваності жінок працездатного віку на ерозію шийки матки та ектопіон при тенденції до зниження з 20,05 і 10,35 на 1000 населення відповідного віку і статі у 2013 р. до 17,5 і 8,7 у 2017 р.

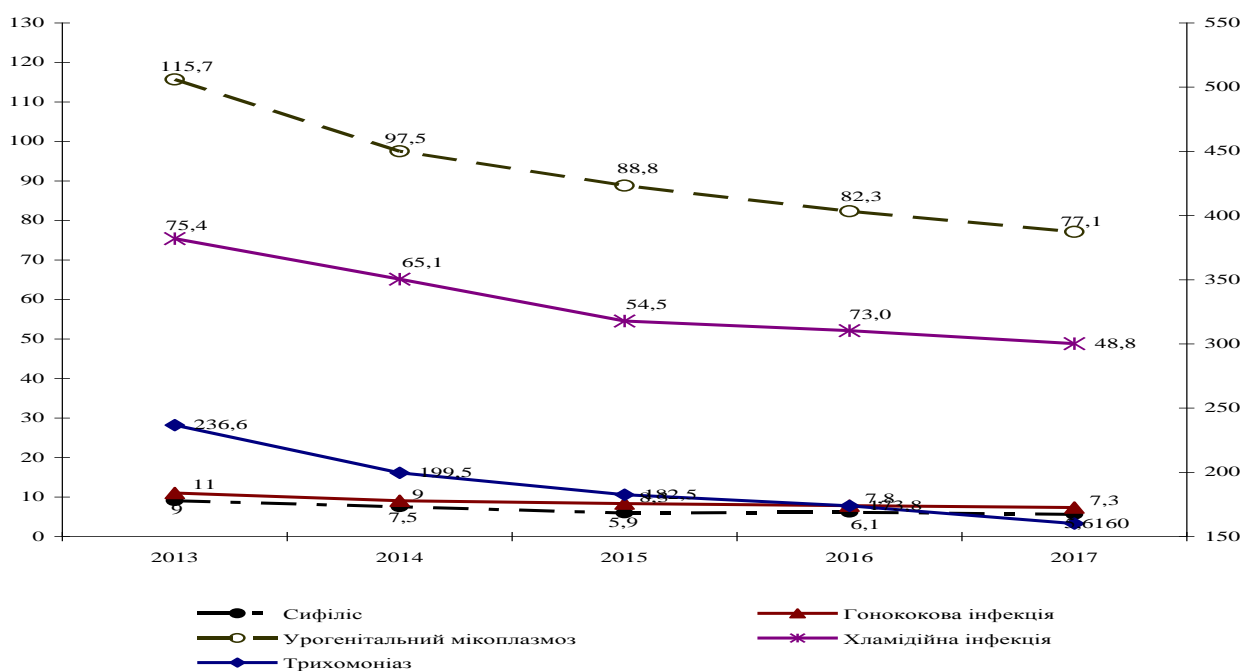
Порушення репродуктивної функції жінок спричиняють й інфекції, що передаються статевим шляхом. У випадках наявності інфекцій у вагітної жінки підвищується також ризик неблагополучного протікання вагітності, інфікування плоду, а отже – і проблем із здоров'ям майбутньої дитини.

Статистика Міністерства охорони здоров'я включає дані щодо захворюваності жіночого населення сифілісом, гонореєю, хламідіозом, трихомоніазом і мікоплазмозом. Рівень захворюваності ППСШ, а отже, і внесок цих інфекцій у порушення репродуктивного здоров'я в Україні набагато вищий, ніж у розвинутих країнах Європи. Хоча, за даними Центру медичної статистики захворюваність на гонококову інфекцію та сифіліс упродовж



2013 – 2017 рр. суттєво знижувалась, фахівці наголошують на недооцінці масштабів поширення цих захворювань. Так, в цілому захворюваність жіночого населення на ПСШ зменшилася у 1,5 разу і становила на сифіліс 9,0 на 100тис. жіночого населення у 2013 р., і 5,6 у 2017 р., на гонококову інфекцію відповідно 11,0 і 7,3 (рис. 2.6.2). Спадна динаміка захворюваності населення в цілому і зокрема жіночого на сифіліс і гонорею викликає певну занепокоєність через ймовірність їх незадовільного виявлення та неповної реєстрації, особливо випадків гонореї.

Динаміка захворюваності жінок на хламідійні інфекції, трихомоніаз і уrogenітальний мікоплазмоз також мала спадну тенденцію і становила відповідно у 2013 і 2017рр. 75,4 і 48,8, 236,6 і 160,0 та 115,7 і 77,1.



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

**Рис. 2.6.2. Динаміка захворюваності жінок на інфекції, що передаються переважно статевим шляхом в Україні у 2013–2017 рр. (на 100тис. жіночого населення)**

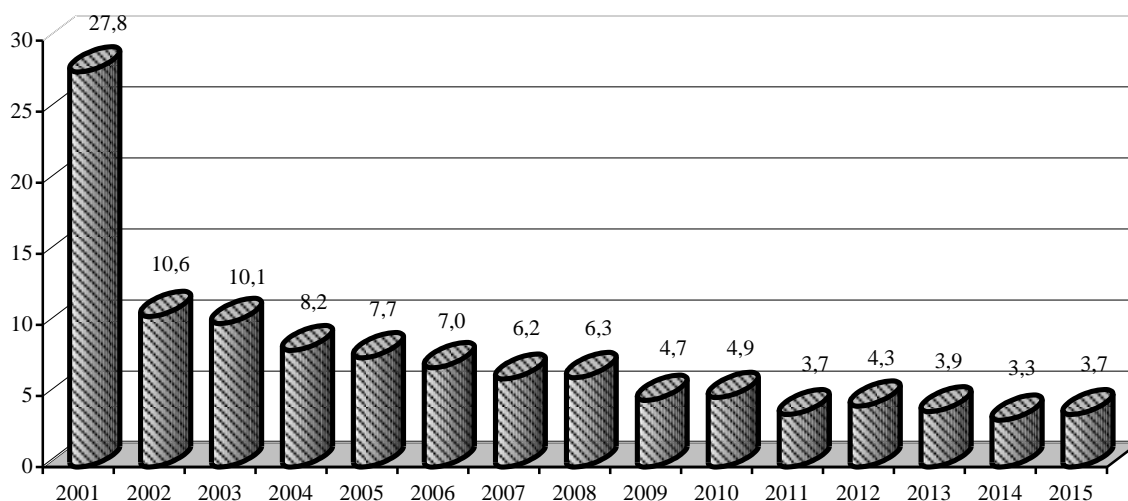
Особи які хворіють на ПСШ, входять до групи високого ризику щодо зараження ВІЛ інфекції, що зумовлено як особливостями їх сексуальної поведінки (нерозбірливі зв'язки, нетрадиційні форми стосунків), так і внаслідок зниження захисних механізмів, що значно підвищує ризик зараження ВІЛ при контакті з ВІЛ інфікованими.

Результатами багатьох досліджень доведений безпосередній зв'язок, як у біологічному, так і в поведінковому аспектах між ПСШ та ВІЛ-інфекцією – так званий «епідеміологічний синергізм». За даними ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» за період 1987–2017 рр. серед громадян України офіційно зареєстровано 315 618 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 102 205 випадків захворювання на СНІД та 45074 випадки смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Ця хвороба вражає головним чином молодь – майбутніх батьків і матерів. Народжуваність у ВІЛ-інфікованих на третину нижча, ніж у неінфікованих ВІЛ-інфекція може знижувати фертильність жінок на будь якій стадії захворювання, особливо при прогресуванні інфекції.

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 до 2007 рр. включно був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. відбулася зміна шляхів передачі – переважання статевого шляху над парентеральним. У структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням показника ЧПМД) питома вага статевого шляху передачі ВІЛ невідмінно зростала – 29,8% у 2001 р., 46,9% у 2007 р. та досягла значення 63,6% у 2017 році.

Якщо у 2000 р. охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок становило 84,3%, то починаючи з 2003 р. цей показник постійно перевищує 97%.і у 2017р становив 99,2%. Протягом останніх кількох років (2007–2017 рр.) в Україні спостерігається позитивна тенденція до зниження в процентному відношенні поширеності випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок на основі результатів тестів –0,75% в 2015 р. і 0,71 % у 2016 році

При цьому охоплення жінок, у яких було діагностовано ВІЛ під час вагітності, профілактичною антиретровірусною терапією збільшилося з 9% у 1999 р. до 77% у 2000 р, 92,5% у 2007 р., 95,0% у 2015 р. і 95,4% у 2016 р. Така діяльність призвела до значного (майже в 6 разів) зменшення показника передачі ВІЛ від матері до дитини – з 27,8% у 2001 р. до 3,7% в 2015 р. (рис. 2.6.3). Проте, цільовим значенням ЧПМД у рамках Загальнодержавної цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. є 1%.



Джерело: Центр громадського України.

**Рис.2.6 .3. Динаміка частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (за результатами ІФА), Україна (%)**

У 2017 р. показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини був розрахований серед когорти дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками у 2015 р. – 3,7%, без урахування даних АР Крим та частини території проведення АТО.

Можна стверджувати, що одним із основних чинників кризової демографічної ситуації в Україні на сьогодні є онкологічне захворювання. Високий рівень поширеності онкологічних захворювань репродуктивної системи, пізня діагностика і пов'язана з цим передчасна смерть хворих на онкологічну патологію негативно впливають з одного боку на показник загальної смертності населення, з іншого – на недонародження хворими жінками репродуктивного віку бажаних дітей.

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 реалізацію Державних програм «Репродуктивне здоров'я 2001–2005», «Здоров'я нації» на 2002–2011рр., «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» та «Боротьба із онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки», функціонування достатньої мережі жіночих консультацій, гінекологічних відділень та кабінетів онкопрофілактичних оглядів, щорічне забезпечення онкопрофілактичними оглядами із цитологічним дослідженням близько 55% жінок у віці 18 років, рівень онкогінекологічної захворюваності залишається високим при спадній тенденції (табл. 2.6.3).

Таблиця 2.6.3

**– Динаміка захворюваності жінок на злоякісні новоутворення жіночих статевих органів в Україні у 2013–2017 рр. (на 100 тис. жіночого населення)**

Рік	Захворюваність			
	Шийки матки	Тіла матки	Яєчників	Молочних залоз
2013	20,2	32	17,2	67,3
2014	17,8	27,7	15,1	58,7
2015	18	27,9	14,8	61,3
2016	18,7	28,7	14,8	62,6
2017	18,37	29,96	14,84	62,14
2017/2013,%	90,9	93,63	86,28	92,33

Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

За даними статистики, за період 2013–2017 рр. спостерігається позитивна тенденція захворюваності жінок на злоякісні новоутворення тіла матки (зниження на 9,1%), молочних залоз (зниження на 6,37%), шийки матки (зниження на 13,72%), злоякісні новоутворення яєчників (зниження на 7,67%). При цьому залишається високою захворюваність на злоякісні новоутворення жінок фертильного віку – 18,78 на рак шийки матки, 7,48 на рак тіла матки, 8,87 на рак яєчників і 32,01 на рак молочної залози.

Онкоепідеміологічна ситуація в областях України характеризується не тільки високим рівнем захворюваності, високою смертністю від злоякісних новоутворень, 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, біля 20,0% – раку шийки матки та близько 12% – раку тіла матки. Для порівняння: в країнах ЄС та США відсоток занедбаних стадій не перевищує 5–7%. При цьому при профілактичних оглядах виявляється 48,6% пацієток з раком молочної залози, 50,1% – шийки матки, 42,1% – тіла матки і 19,3% – яєчників. Високою залишається у 2017 р. і летальність до одного року – 23,1% при злоякісних новоутвореннях яєчника, 14,6% – шийки матки, 9,0% тіла матки і 7,9% молочної залози.

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

Показник 5-річного виживання – це невід’ємна міжнародна міра, що використовується для порівняння ефективності надання медичної допомоги хворим на рак. Цей показник для жінок з раком шийки матки становить 71% – 73% в Україні і 65,4% в країнах ЄС, для жінок з раком молочної залози 62% – 63% і 83,8% відповідно.

Залишається незадовільним і стан здоров’я вагітних жінок при підйомній тенденції основних хвороб, що впливають на розвиток перинатальної патології і перинатальної смертності. Наразі у кожній четвертій вагітній відмічається анемія, яка значною мірою залежить від якості та повноцінності харчування (що зумовлено передусім соціально-економічним становищем сімей) та є маркером як соціально-економічного благополуччя країни, так і гіпоксії плода. За даними кореляційного аналізу виявлено прямий сильний зв’язок між частотою анемії вагітних і рівнями перинатальної і малюкової смертності –  $r=0,99$  і  $r=0,71$ .

Складна екологічна ситуація зумовлює і підйомну тенденцію рівня дисфункції щитовидної залози у вагітних жінок з 9,07 на 100 вагітних у 2013 р. до 9,49 у 2017 р. За даними наукових досліджень патологія щитовидної залози, навіть при компенсованому її перебігу в 89% призводить до розвитку ускладнень вагітності та пологів, серед яких найбільш частими є загроза переривання – в 55% випадків, гестоз в 51%, аномалії родової діяльності в 24%, несвоєчасне відлиття навколоплідних вод в 19%.

Надзвичайно серйозною проблемою в сучасній Україні є зростання у 1,9 разу захворюваності вагітних цукровим діабетом – з 0,28 на 100 вагітних у 2013 р до 0,52 у 2017 р. Цукровий діабет – найбільш значуща не акушерська патологія. Це означає, що жодне інше хронічне захворювання не має настільки частого та вираженого негативного впливу на репродуктивну функцію людини, перебіг вагітності та стан плода, як цукровий діабет. Частота перинатальної смертності у жінок з цукровим діабетом сягає 2–5%, що значно вище загальнопопуляційної.

Спостерігалася негативна тенденція і частоти хвороб системи кровообігу з 6,43 на 100 вагітних у 2013 р. до 7,57 у 2017 р., що інтерпретуються в основному як наслідок низької репродуктивної культури та безвідповідальної статевої поведінки, – з 13,46 до 13,97 відповідно (табл. 2.6,4).

Таблиця 2.6,4

**Динаміка частоти окремих захворювань у вагітних за 2013–2017 рр., Україна (на 100 вагітних)**

Рік	Захворюваність						
	Анемія	Хвороби системи кровообігу	Хвороби сечостатевої системи	Цукровий діабет	Дисфункція щитовидної залози	Гестози	Прееклампсія та еклампсія
2012	24,77	6,43	13,46	0,28	9,07	5,83	2,06
2013	25,12	6,36	13,66	0,32	9,03	5,77	2
2014	24,12	6,57	13,11	0,34	9,05	5,87	1,97
2015	25,06	6,94	13,8	0,38	9,04	6,02	2
2016	25,81	7,36	13,77	0,43	9,49	6,11	2,1
2017	25,55	7,57	13,97	0,52	9,71	6,28	2,1
2017/ 2013 рр.	103,15	117,7	103,79	185,7	107,06	107,72	101,94

Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

Незважаючи на впровадження інноваційних перинатальних технологій Високими при підйомній тенденції залишаються рівні гестозів – 5,83 на 100 вагітних у 2013 р. і 6,28 у

2017 р. та прееклампсій і еклампсій – 2,06% і 2,1% відповідно. кровотеч з 3,4% до 2,0%, аномалій пологової діяльності з 10, 3% до 6,7%. В цілому високий рівень патології у вагітних визначає потребу в отриманні ними своєчасної висококваліфікованої медичної допомоги.

До найбільш вагомих чинників, що впливають на репродуктивний процес, відносяться аборти. В Україні штучний аборт все вважається одним з методів регулювання народжуваності – при недостатності або неефективності контрацепції. Відомо, що аборт має як безпосередні негативні наслідки для народжуваності (тобто втрачено потенційне життя плоду, який не народився, можливі випадки втрати життя жінки, яка у майбутньому могла б народити), так і опосередковані – наступні невиношування вагітності або навіть безпліддя.

В цілому аборти характеризують як тенденції репродуктивної поведінки жінок, так і стан репродуктивного здоров'я жіночої популяції. Тому нами проведено аналіз абортів за двома групами. Першу групу склали всі штучні аборти за бажанням жінки (медичні до 12 тижнів вагітності, медикаментозні, кримінальні, міні аборти і не уточнені), тобто аборти, що характеризують активне небажання жінки зберегти вагітність. В другій групі представлені самовільні (спонтанні) і «вимушені» переривання вагітності – медичні легальні у терміні 12–22 тижні вагітності (за медичними і соціальними показаннями). Частота цих абортів відображає стан репродуктивного здоров'я (вірніше, нездоров'я) жіночої популяції і неспроможність реалізації жінкою функції дитородіння по комплексу об'єктивних причин – патологія жінки і/або плоду або рівень соціального неблагополуччя як одного з критеріїв здоров'я (табл. 2.6.5).

Таблиця 2.6.5

**Динаміка частоти переривань вагітності в Україні за видами абортів, 2013–2017 рр.  
(на 1000 жінок фертильного віку)**

Рік	Всі аборти	Всі штучні аборти	у тому числі					Всі вимушені аборти	у тому числі	
			Медичні легальні до 12 тижнів вагітності	Медикаментозні	Неуточнені	Мініаборти	Кримінальні		Самовільні (спонтанні)	Медичні легальні у терміні 12–22 тижні (за медичними та соціальними показаннями)
2013	12,24	10,55	3,53	0,66	3,35	3,01	0	1,68	1,49	0,19
2014	10,37	8,93	2,95	0,59	2,93	2,46	0	1,44	1,27	0,17
2015	9,8	8,41	2,72	0,67	2,73	2,29	0	1,39	1,22	0,17
2016	9,38	8,01	2,41	0,79	2,73	2,08	0	1,36	1,21	0,15
2017	8,78	7,46	2,21	0,79	2,62	1,84	0	1,32	1,17	0,15
2017 р. / 2013 р., %	71,3	70,7	62,6	119,7	78,2	61,13		78,5 7	78,52	78,95

Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»  
Особисті розрахунки авторів

Значне рівномірне зменшення загального показника абортів на 1000 жінок репродуктивного віку порівняно з минулими роками (32,09 у 2000 р., 13,94 у 2010 р., 12,24 у 2013 р. і 8,78 у 2017 р.) має важливе значення, але слід усвідомлювати, що в розвинутих країнах світу він у 2–3 рази нижчий.

Високим (13,3–13,7 на 1000 жінок фертильного віку) у 2017 р. залишається рівень абортів у Вінницькій, Житомирській і областях, а оптимальним (менше 6,0) у Тернопільській, Рівненській, Львівській, Сумській областях.

Для оцінки частоти застосування такого варварського методу планування сім'ї як аборт більш доцільно використовувати показник кількості абортів на 100 вагітностей, який ілюструє, наскільки часто вагітність закінчується протиприродно. В Україні у 2000 р. аборт закінчувалася кожна друга вагітність (51,43 на 100 вагітностей) у 2017 р. – кожна п'ята (25,73). В той же час частка жінок, чия вагітність переривається абортom в країнах Східної Європи складає до 14%, в Західній Європі – до 3%, в Латинській Америці – до 9%, в Африці – до 11% (дані 2009 р.).

При цьому загальне число всіх штучних переривань вагітності за бажанням жінки в Україні за 5-річний період знизилося на 29,3% (10,55 на 1000 жінок фертильного віку у 2013 р. і 7,46 у 2017 р.), що може бути зумовлено сприятливими тенденціями репродуктивної поведінки жінок. Найбільш інтенсивними темпами відбулося зниження міні абортів – з 3,01 на 1000 жінок фертильного віку до 1,84 та медичних легальних абортів до 12 тижнів вагітності – з 3,53 до 2,21 відповідно. Важливо відзначити, що упродовж останнього десятиріччя були зареєстровані лише поодинокі випадки кримінальних абортів, що свідчить про підвищення доступності для населення операції переривання вагітності в закладах охорони здоров'я. В той же час частота не уточнених абортів при спадній тенденції залишилася високою – 3,65 у 2013 р. і 2,62 у 2017 р. Наразі світовою спільнотою визнана ефективність медикаментозного абортu. Реєстрація медикаментозних абортів в Україні розпочата з 2007 р. і за десятирічний період кількість їх зросла у 5,6 разу (014 у 2007 р. і 0,79 у 2017 р.).

В меншій мірі за аналізуємий період зменшилася частота вимушених абортів – з 1,68 на 1000 жінок фертильного віку у 2013 р. до 1,32 у 2017 р. Зменшення вимушених абортів відбулося в основному за рахунок зменшення частоти медичних легальних у терміні 12–22 тижні вагітності за медичними і соціальними показами – 0,19 на 1000 жінок фертильного віку у 2013 р. і 0,15 у 2017 р. Позитивна тенденція до зменшення характерна і для частоти самовільних (спонтанних) абортів – 1,49 і 1,17 відповідно. Характерно, що для досягнення бажаних результатів частоти вимушених абортів потрібні зрушення в менш керованому та інерційному секторі медичного забезпечення – поліпшенні репродуктивного здоров'я жінок.

В цілому позитивні зрушення частоти штучних і вимушених абортів можуть опосередковано свідчити про ефективність заходів з планування сім'ї і переорієнтації акушерсько-гінекологічної допомоги на доказові медико-організаційні технології.

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 абортu 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 2013 р. на один небезпечний аборт припадало 3,69 безпечного, то у 2017 р. – 7,3 (рис. 2.6.4).

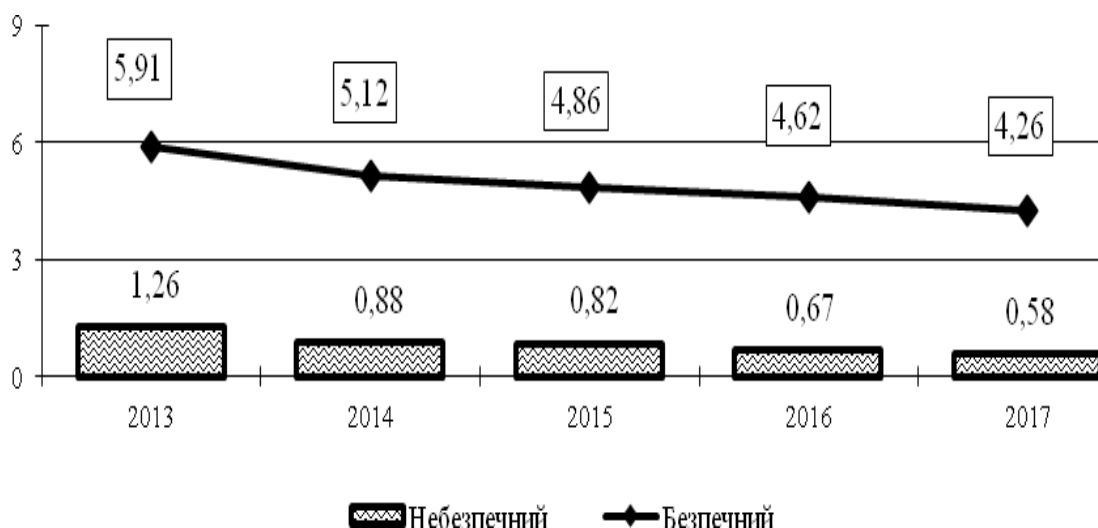


Рис. 2.6.4. Динаміка небезпечного і безпечного методів переривання вагітності до 12 тижнів у 2013–2017 рр. (кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку)

Проблема «безпечного абортів» – один із пріоритетних напрямків у діяльності ряду міжнародних організацій, пов'язаної з охороною репродуктивного здоров'я. 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. 2.6.6).

Таблиця 2.6.6

**Частота безпечного і небезпечного методів переривання вагітності до 12 тижнів**

Адміністративно-територіальна одиниця	Небезпечний		Безпечний	
	абс. числа	на 1000 жінок	абс. числа	на 1000 жінок
<b>Україна</b>	<b>5 887</b>	<b>0,58</b>	<b>43 112</b>	<b>4,26</b>
АР Крим	0	0,00	0	0,00
<i>Область</i>				
Вінницька	10	0,03	3 797	10,17
Волинська	43	0,17	1 082	4,26
Дніпропетровська	916	1,2	4 788	6,29
Донецька	250	0,56	3 116	6,99
Житомирська	116	0,4	2 205	7,56
Закарпатська	288	0,92	1 521	4,87
Запорізька	423	1,04	1 954	4,82
Івано-Франківська	54	0,16	1 183	3,5
Київська	636	1,53	2 376	5,72
Кіровоградська	281	1,27	1 163	5,24
Луганська	87	0,54	1 082	6,7
Львівська	185	0,3	694	1,14
Миколаївська	472	1,73	1 371	5,02
Одеська	355	0,62	1 533	2,69
Полтавська	65	0,19	1 903	5,67
Рівненська	52	0,18	180	0,64
Сумська	90	0,35	868	3,34
Тернопільська	1	0,00	490	1,9

Адміністративно-територіальна одиниця	Небезпечний		Безпечний	
	абс. числа	на 1000 жінок	абс. числа	на 1000 жінок
<i>Область</i>				
Харківська	112	0,17	2 359	3,67
Херсонська	92	0,37	2 117	8,47
Хмельницька	107	0,36	1 579	5,3
Черкаська	151	0,53	1 560	5,43
Чернівецька	473	2,08	402	1,77
Чернігівська	262	1,13	1 028	4,45
<i>Місто</i>				
Київ	366	0,49	2 761	3,69
Севастополь	0	0,00	0	0,00

Потребує перегляду тактика заміни хірургічного виду абортів на безпечні види у закладах охорони здоров'я Миколаївської, Рівненської і Чернігівської областей, де співвідношення частоти безпечного і небезпечного абортів не сягало 4,0. Позитивно можна оцінити роботу щодо переорієнтації на безпечні види абортів ЗОЗ Вінницької, Волинської, Івано-Франківської Харківської та Херсонської областей.

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 збереження репродуктивного потенціалу населення шляхом 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. За п'ять останніх років відмічається негативна тенденція застосування як гормональних засобів контрацепції – 209,63 на 1 тис. жінок фертильного віку у 2013 р. і 182,7 у 2017 р., так і ВМС – 133,24 і 120,66 відповідно (рис. 2.6.5).

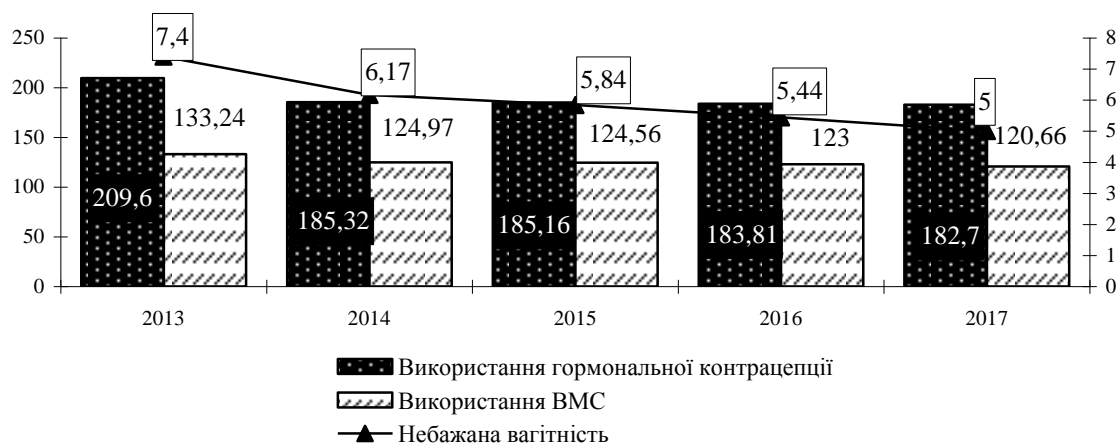


Рис. 2.6.5. Динаміка небажаної вагітності та її профілактики в Україні у 2013–2017 рр. (на 100 жінок фертильного віку)



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 2017 р. спостерігалися у Закарпатській, Донецькій, Волинській, Рівненській, Київській і Хмельницькій областях. Достатня увага приділяється застосуванню гормональних контрацептивів (більше 250,0 на 1000 жінок фертильного віку) у Тернопільській, Сумській, Одеській областях та м. Києві.

Проведення низки профілактичних заходів, спрямованих на збільшення застосування різних видів контрацепції, сприяло зниженню показника небажаної вагітності з 7,4 на 1000 жінок фертильного віку у 2013 р. до 5,0 у 2017 р. 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.

Одним з індикаторів стану репродуктивного потенціалу нації є безпліддя. Адже основною характеристикою сучасної народжуваності в Україні є скорочення репродуктивного потенціалу населення, а однією з причин цього явища – зниження природної фертильності, що відбувається через збільшення частки безплідності ще в дитячому віці. За даними спеціальних досліджень, останніми роками в структурі безплідності зростає питома вага порушень репродуктивної функції, виявлених вже в дитячому віці.

Дослідження вітчизняних авторів показують, що в дитячому і підлітковому віці виникає до 64% захворювань, що становлять безпосередню чи опосередковану загрозу репродуктивній функції чоловічого організму

За даними офіційної статистики, рівень безплідності є невисоким – 3,77 – 4,04 на 1000 осіб жіночого населення фертильного віку і 0,89 – 0,95 на 1000 осіб чоловічого населення у віці 19–59 років (табл. 2.6.7).

Таблиця 2.6.7

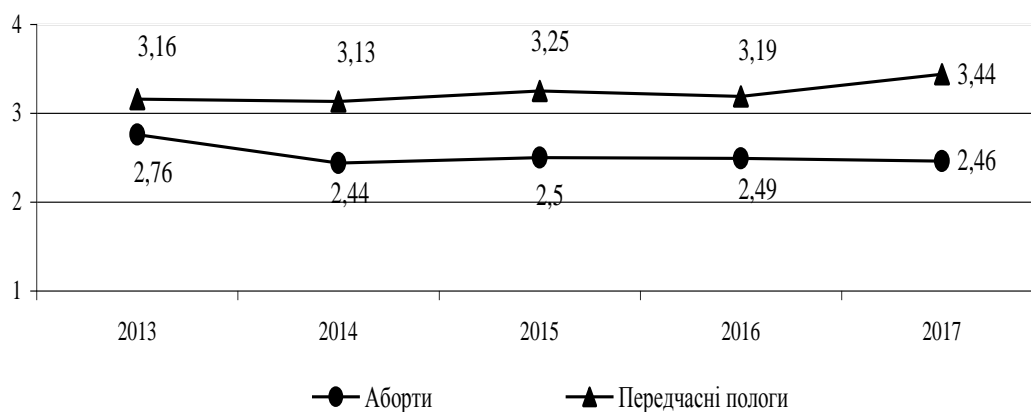
**Динаміка рівнів поширеності та захворюваності на безпліддя жінок та чоловіків в Україні у 2013–2017 рр.**

Роки	Жіноча безплідність (на 1000 жінок, 15–49 років)		Чоловіча безплідність (на 1000 чоловіків, 18–59 років)	
	Поширеність	Захворюваність	Поширеність	Захворюваність
2013	4,04	1,1	0,95	0,29
2014	3,83	1,01	0,93	0,27
2015	3,87	0,98	0,9	0,2
2016	3,8	0,99	0,9	0,24
2017	3,77	0,98	0,89	0,23
2017 р./ 2013 р.,%	93,32	89,09	93,68	79,31

Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

Ці показники в дійсності можуть бути значно вищими, оскільки за результатами соціологічних опитувань кількість існуючих випадків безпліддя суттєво перевищує число звернень за медичною допомогою з цього приводу. За даними Європейського товариства репродуктології та ембріології людини (ESHRE), в Україні на безпліддя страждає близько 1 млн. подружніх пар, тобто 15–17%

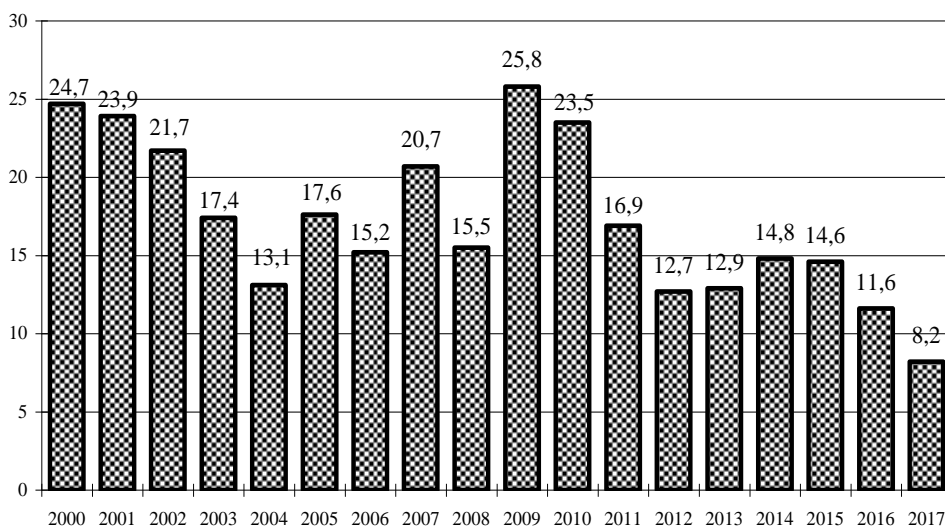
Однією з важливих проблем збереження репродуктивного потенціалу є попередження невиношування вагітності. Невиношування вагітності – це самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності (до 12 тижнів – ранній самовільний аборт, у 13–22 тижні – пізній самовільний аборт) та передчасні пологи у 22–36 тижнів. Невиношування вагітності потребує детального вивчення з метою профілактики самовільних викиднів, передчасних пологів і народження маловагових дітей. Недоношені діти роблять основний «внесок» у показники перинатальної захворюваності і смертності, на їхню долю припадає біля 60–75% даної патології. Актуальність проблеми невиношування вагітності обумовлена також критичною демографічною ситуацією на Україні. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять біля 35 тис. ненароджених і народжених з малою масою тіла 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 2500 г), а перинатальна смертність у цій категорії у 30,4 разу вища, ніж серед доношених дітей. Частота невиношування залишається високою – 5,72 на 100 вагітностей і коливається від 8,86 у Дніпропетровській, 8,28 у Полтавській, 8,06 у Чернігівській, до менше 4,0 у Львівській, Івано-Франківській, областях та м. Києві. Гострота проблеми невиношування підтверджується зростанням частоти передчасних пологів, яка сягає 3,16% і має тенденцію до зростання (рис. 2.6.8).



**Рис. 2.6.8. Частота передчасних пологів(на 100 пологів) та самовільних викиднів (на 100 вагітностей) в Україні у 2013–2017 рр.**

Одним із компонентів репродуктивних втрат і головних критеріїв якості та рівня організації роботи родопомічних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я є материнська смертність. 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.

У 1991 р., коли Україна стала незалежною державою, рівень материнської смертності становив 34,2 на 100 000 народжених живими з подальшим зниженням. Упродовж останніх шістнадцяти років динаміка цього показника мала хвилеподібний характер – зниження з 24,7 на 100 тис. народжених живими у 2000 р. до 13,1 у 2004 р. з наступним його зростанням до 20,7 у 2007 р., 25,8 у 2009 р., зниженням до 12,7 у 2012 р., зростанням до 14,8 у 2014 р., і зниженням до 11,6 у 2016 р. (рис. 2.6.9).



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»  
Державна служба статистики України

**Рис. 2.6.9 Динаміка рівня материнської смертності, Україна 2000–2017 рр., (на 100 тис. народжених живими)**

Незважаючи на позитивну динаміку материнських втрат, рівень материнської смертності все ще більше ніж в 2 рази перевищує аналогічні показники країн Євросоюзу і інших розвинених країн. Так, у 1991 р. рівень материнської смертності у країнах Євросоюзу становив 13,17, а в Україні – 32,4, у 2000 р. – 7,92 і 24,67, у 2013 р. – 4,56 і 12,91 відповідно.

Зниження показника материнської смертності у 2016 р. до 11,6 на 100 тис. народжених живими і у 2017 р. до 8,2 проти 12,7 у 2012 р. відбулося переважно за рахунок зменшення материнських втрат від акушерських кровотеч з 0,96 у 2012 р. до 0,55 у 2017р., акушерських емболій – з 1,34 до 0,82, непрямих причин акушерської смерті з 5,8 до 3,02 та абортів, які почалися або були зроблені поза лікувальним закладом або не уточнені – з 0,38 до 0,28 відповідно (табл. 2.6.8).

В цілому упродовж 2012–2017 рр. рівень материнської смертності зменшився на 33,4% (12,7 у 2012 р. і 8,2 у 2017 р.) за рахунок зменшення материнських втрат від непрямих і інших причин акушерської смерті, кровотеч при тенденції до збільшення їх від акушерських емболій і ускладнень внаслідок анестезії.

Основними причинами материнських втрат упродовж останніх років залишаються непрямі причини акушерської смерті (4,78–6,56 на 100 тис. живонароджених), акушерські емболії (0,82–2,52).

**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*	
	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	2,77
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.

У 2017 р. зареєстровано 30 випадків пов'язаних з вагітністю або обтяжених нею материнських втрат, що становить 8,24 на 100 тис. народжених живими. Вперше за останні роки у 2017 р. не зареєстровані випадки материнських втрат у 10 регіонах – Івано-Франківській, Київській, Кіровоградській, Луганській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Чернівецькій та Чернігівській областях. У 2017 р. надвисокий рівень материнської смертності утримувався у Запорізькій (42,4 на 1000 народжених живими і 50,6 у 2016р.) і Черкаській (31,1 і 31,4 відповідно), а відносно високий рівень – у Полтавській (18,1), Хмельницькій (17,4) та Рівненській (13,9) областях.

До інтегральних показників репродуктивного потенціалу, стану перинатального здоров'я і діяльності закладів охорони здоров'я матері і дитини відносяться перинатальна смертність. Показник і структура перинатальної смертності за часом її настання та масою тіла народжених живими і мертвими відображають і репродуктивний потенціал нації. За даними Державної служби статистики України рівень перинатальної смертності у 2013 р. становив 9,4 на 1 тис. народжених живими і мертвими з подальшою позитивною тенденцією – 9,26 у 2014 р., 9,1 у 2015 р., 8,86 у 2016 р. і 9,16 у 2017 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, мав нелінійний характер – 9,1 у 2013р., 8,72 у 2014р., 8,86 у 2015 р., 8,59 у 2016 р. і 9,1 у 2017 році.

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. 2.6.9).

Таблиця 2.6.9

**Динаміка рівня перинатальної смертності за даними закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, 2013–2017 рр. (на 1 000 народжених живими і мертвими)**

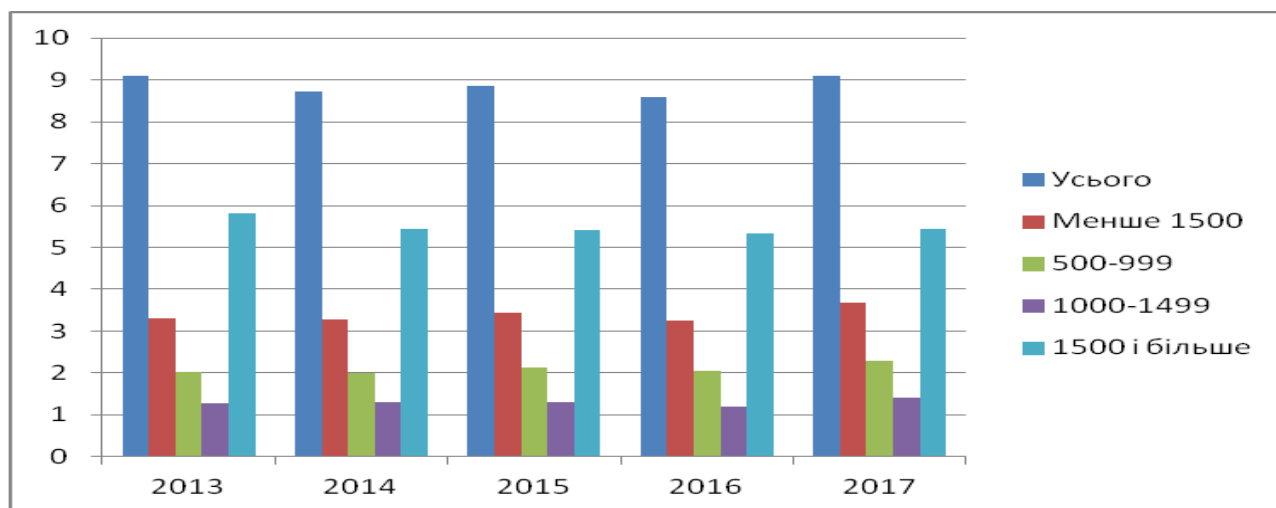
Адміністративно-територіальна одиниця	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Україна</b>	<b>9,10</b>	<b>8,72</b>	<b>8,86</b>	<b>8,59</b>	<b>9,1</b>
АР Крим	9,19	-	-	-	
<i>Область</i>					
Вінницька	7,59	7,99	7,86	8,43	9,00
Волинська	6,79	7,43	6,28	6,49	7,93
Дніпропетровська	9,91	10,78	10,53	10,76	11,16
Донецька	11,71	9,56	13,16	12,95	11,95
Житомирська	6,90	7,73	7,09	6,42	7,49
Закарпатська	9,39	9,99	9,15	9,93	9,23
Запорізька	10,45	8,11	10,33	9,35	10,40
Івано-Франківська	7,32	6,62	6,13	7,61	7,63
Київська	9,61	8,72	8,21	8,33	9,20
Кіровоградська	12,41	10,56	10,82	12,13	15,32
Луганська	8,50	7,72	8,70	10,34	11,34
Львівська	9,90	10,34	10,32	8,76	10,49
Миколаївська	8,19	8,06	6,85	7,73	6,15
Одеська	10,16	9,28	8,61	8,89	10,25
Полтавська	8,09	7,73	7,71	8,53	7,41
Рівненська	9,86	7,90	9,03	9,22	9,11
Сумська	8,38	9,38	9,17	9,25	8,49
Тернопільська	8,56	9,46	8,80	6,62	9,24
Харківська	9,75	10,43	10,77	8,83	10,12
Херсонська	10,54	9,17	10,03	10,53	8,86
Хмельницька	8,02	7,53	7,22	6,54	8,80
Черкаська	8,87	7,35	8,71	8,25	9,78
Чернівецька	7,92	8,41	7,08	7,80	8,80
Чернігівська	9,74	12,14	12,53	8,56	8,61
<i>Місто</i>					
Київ	5,85	8,72	6,53	5,40	4,54
Севастополь	7,96	-	-	-	-

При загалом сприятливій тенденції перинатальної смертності рівень її значно вищий у 1,4–1,6 разу, перевищує аналогічний показник у середньому по країнах Євросоюзу.

Рівень перинатальної смертності, значною мірою залежить від маси тіла при народженні. Досвід економічно розвинених країн, де при відносно низькому рівні перинатальної смертності лише 25% перинатальних втрат і захворюваності припадає на частку доношених дітей.

Перевищення пропорційного показника перинатальної смертності у групі немовлят з масою тіла при підтверджує положення про те, що підвищення якості акушерської допомоги передусім відбивається на зниженні перинатальної смертності серед доношених. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я рівень перинатальної смертності повинен бути обумовлений високим його рівнем серед народжених з дуже 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 перинатальної смертності за окремими ваговими категоріями до загального рівня перинатальної смертності у всіх вагових категоріях) за даними матриці «BABIES» в цілому по Україні засвідчив високий його рівень у групі немовлят з масою тіла при народженні 1500 г і більше (5,43) за весь аналізований період при підйомній тенденції до збільшення його у групах немовлят з масою тіла 500–999 г з 2,02 у 2013 р., до 2,28 у 2017 р. і з масою тіла 1000–1499,0 з 1,28 до 1,4 відповідно (рис. 2.6.10.).



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

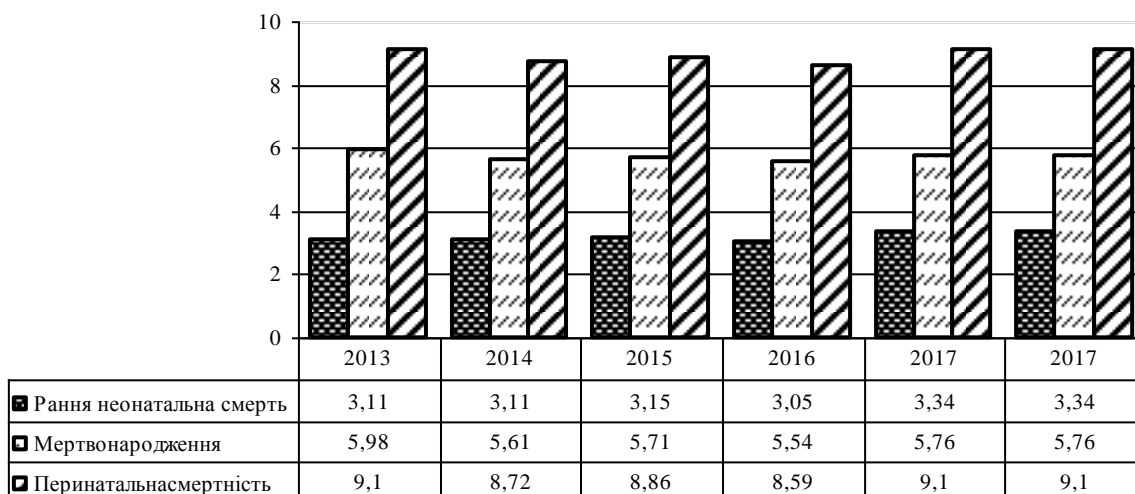
**Рис. 2.6.10.** Динаміка пропорційного показника перинатальної смертності в окремих вагових категоріях, в акушерських стаціонарах закладів охорони здоров'я сфери управління МОЗ України у 2013–2017 рр. (на 1000 народжених живими і мертвими)

Характерно, що до переходу України на критерії ВООЗ щодо перинатального періоду, живонародженості і мертвонародженості пропорційний показник перинатальної смертності у групі немовлят з масою тіла при народженні 500–999 г перевищував цей показник у групі немовлят з масою тіла при народженні 1000–1499 г у 19,7–6,2 разу, а починаючи з 2007 р. після переходу на критерії ВООЗ – лише у 1,6–1,7 разу. Таку ситуацію можна було б оцінити позитивно, як наслідок поліпшення репродуктивного здоров'я жінок і вагітних, проте зменшення частоти народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 500–999 г з 1,8% у 2000–2002 рр. до 0,36%–0,39% у 2013–2017 рр. при одночасному збільшенні частоти народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 1000–1499 г з 0,34%–0,32% до 0,55%–0,61% відповідно свідчить про те, що дана ситуація зумовлена некоректністю реєстрації народження і смертності дітей з дуже низькою масою тіла при народженні. Перевищення пропорційного показника перинатальної смертності у групі немовлят з масою тіла при

народженні 1500 г і більше над показником у групі немовлят з масою тіла менше 1500,0 у 1,5 разу може бути зумовлено як неповною реєстрацією померлих і мертвонароджених з дуже малою масою тіла, так і зниженням якості перинатальної допомоги в загальній мережі закладів охорони здоров'я, де народжуються діти з масою тіла при народженні 1500 г і більше (заклади I–II рівнів перинатальної допомоги). Діапазон коливань пропорційного показника перинатальної смертності у групі немовлят з масою тіла при народженні 1500 г і більше у 2017р. становив від 9,74 у Кіровоградській області до 2,83 у м. Києві, а співвідношення пропорційного показника перинатальної смертності у групі немовлят з масою тіла при народженні 1500 г і більше і у групі немовлят з масою тіла менше 1500,0 від 0,85 у Львівській, 1,06 Сумській до 2,05–2,86 у Вінницькій, Житомирській і Миколаївській областях.

Роздільний аналіз динаміки рівнів мертвонароджуваності і постнатальної смертності виявив зміни в співвідношенні цих показників при загальній тенденції до зниження мертвонароджуваності і збільшення постнатальної смертності. За даними ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» рівень перинатальної смертності в закладах охорони здоров'я сфери управління МОЗ України мав нелінійний характер – 9,1 на 1000 народжених живими і мертвими у 2013 р., 8,72 у 2014 р., 8,86 у 2015 р., 8,59 у 2016 р. і 9,1 у 2017 р. При цьому за період 2013–2017рр. характерна спадна тенденція мертвонароджуваності (5,99 у 2013 р. і 5,76 у 2017 р. і підйомна тенденція постнатальної смертності (з 3,11 до 3,34 відповідно).

Співвідношення пропорційних показників мертвонародження до померлих в ранньому неонатальному періоді у 2017 р. в Україні становило 1,7:1, а у Полтавській області 3:1, Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Миколаївській областях 2:1 при орієнтовному за даними ВООЗ 1:1 (рис. 2.6.11).



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

**Рис. 2.6.11 – Динаміка коефіцієнта перинатальної смертності та її складових, Україна, 2013–2017рр. (на 1 тис. народжених живими і мертвими)**

Суттєве значення має і структурне співвідношення мертвонароджуваності і постнатальної смертності серед усіх перинатальних втрат.

В Україні питома вага мертвонароджених серед перинатальних втрат упродовж періоду спостереження залишається більше орієнтовної – 65,7% у 2013 р. і 63,4% у 2017 р. Водночас частка постнатальної смертності в структурі перинатальної смертності упродовж 2013–2017 рр. поступово збільшувалася з 34,3% до 36,6% (табл. 2.6.10).

**Динаміка структури складових перинатальної смертності за часом настання летального наслідку в акушерських стаціонарах закладів охорони здоров'я сфери управління МОЗ України, %, 2013–2017 рр.**

Складові перинатальної смертності/роки	Постнатальна	Мертвонароджуваність		
		всього	в тому числі:	
			антенатальна	інтранатальна
2013	34,3	65,7	87,51	12,48
2014	35,6	64,4	89,68	10,31
2015	35,5	64,5	89,59	10,42
2016	35,5	64,5	90,86	9,17
2017	36,6	63,4	89,7	10,3
2017 р. / 2013 рр., %	106,7	96,5	102,5	82,5

Сучасна перинатальна ситуація в країні характеризується стійким зростанням частки антенатальної смерті плода – до 89,7% в структурі мертвонароджуваності і 56,9% серед усіх перинатальних втрат у 2017 р., і може бути зумовлена дефектами акушерської допомоги на пренатальному етапі. Важливо відзначити також, що за даними досліджень основний контингент жінок з антенатальною смертністю складають соціально неблагополучні вагітні і з цих позицій зростання негативна тенденція питомої ваги допологової загибелі плода в структурі мертвонароджуваності і перинатальної смертності може бути показником соціального неблагополуччя популяції.

В динаміці у структурі мертвонароджуваності в акушерських стаціонарах закладів охорони здоров'я сфери управління МОЗ України частка антенатально загиблих плодів мала тенденцію до зростання з 87,51% у 2013 р. до 89,7% у 2017 р. або на 2,5%. Частка інтранатальних втрат в структурі мертвонародженості в цілому зменшилася з 12,48 у 2013 р. до 10,3% у 2017 році.

Рівень постнатальної смертності, як і перинатальної смертності, залежить від маси тіла при народженні. За даними ВООЗ орієнтовний показник постнатальної смертності серед немовлят з масою тіла при народженні більше 1500 г становить не більше 1,0 на 1000 народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні більше 1500 г. В Україні при позитивній динаміці його рівень у 2017р. становить 1,67 і перевищує відповідний стандарт у 1,7 разу. Позитивно цей показник можна оцінити в м Києві (0,77), Херсонській (0,87), Чернігівській (0,91) і Миколаївській (1,1) областях. Потребує вивчення з проведенням клінічних аудитів причини високого рівня постнатальної смертності у немовлят з масою тіла при народженні більше 1500 г у Кіровоградській (3,77), Луганській (2,71), Сумській (2,58), Хмельницькій (2,5) та Чернівецькій (2,44) областях.

Технологія перинатального аудиту за BABIES-MATRICA дозволяє визначити реальний рівень ранньої неонатальної (постнатальної) 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 зареєстровані, і один із резервів збільшення числа дітей, що народилися. Співвідношення реального показника ранньої неонатальної смертності у 2017 р. становило 2,16 проти 2,31 у 2013 р. Найбільше зниження рівня ранньої неонатальної



смертності (у три і більше разів), за даними BABIES-MATRICA у 2017 р., виявлено у Житомирській, Миколаївській і Полтавській областях (табл. 2.6.11).

Таблиця 2.6.11

**Фактичний і реальний пропорційний показник ранньої неонатальної смертності у розрізі регіонів у 2013 р. і 2017 р., на 1000 народжених живими і мертвими**

Адміністративно-територіальна одиниця	Фактичний показник		Реальний показник, якщо б вагова категорія 1000–1499 г дорівнювала 1%	
	2013	2017	2013	2017
<b>Україна</b>	<b>3,11</b>	<b>3,34</b>	<b>7,19</b>	<b>7,23</b>
АР Крим	2,77	-	6,05	-
<i>Область</i>				
Вінницька	3,39	2,69	9,35	6,40
Волинська	2,20	2,97	7,65	6,99
Дніпропетровська	2,62	3,24	6,03	6,45
Донецька*	4,78	5,16	8,20	9,05
Житомирська	2,41	2,41	8,46	8,28
Закарпатська	2,61	2,73	7,23	7,26
Запорізька	3,45	3,23	6,66	5,82
Івано-Франківська	3,06	2,71	7,23	6,53
Київська	2,58	2,83	6,91	7,09
Кіровоградська	4,73	5,58	7,22	8,27
Луганська*	2,64	4,93	6,61	8,03
Львівська	4,15	5,02	7,95	9,50
Миколаївська	2,83	1,61	7,34	5,29
Одеська	3,09	4,03	7,19	7,93
Полтавська	2,01	1,70	6,67	5,58
Рівненська	3,72	3,58	8,24	8,77
Сумська	2,14	3,99	7,11	8,83
Тернопільська	3,22	4,30	9,20	8,59
Харківська	2,69	3,37	5,59	6,88
Херсонська	3,38	3,06	6,99	6,44
Хмельницька	3,18	3,66	7,38	7,07
Черкаська	3,01	3,96	8,18	8,27
Чернівецька	2,79	4,14	7,06	8,84
Чернігівська	3,63	2,87	8,51	5,57
<i>Місто</i>				
Київ	2,58	1,83	6,38	5,42
Севастополь	2,34	-	9,57	-

Менше середнього по Україні розходження між фактичним і реальним показником ранньої неонатальної смертності у 2017 р. (менш ніж удвічі) відмічалось лише у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Одеській, Хмельницькій 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.

Таким чином, проблема відтворення населення в сучасній Україні як в низькій народжуваності, так і все ще високому рівні репродуктивних втрат (перш за все пренатальних - до 22 тижнів гестації), що відображають зниження репродуктивного

потенціалу країни. Велике число нереалізованих вагітностей і маловагових новонароджених (спонтанні аборти і недоношеність) та втрачених в перинатальному періоді немовлят не тільки характеризує зниження життєздатності потомства і втрати життєвого потенціалу сьогоденного покоління, а й обумовлює високий рівень непоправних втрат репродуктивного потенціалу майбутніх поколінь населення.

Одним з основних факторів, які впливають на фертильність жінок та репродуктивні втрати є все ще низький, незважаючи на позитивну тенденцію, не відповідаючий міжнародним стандартам, рівень репродуктивного здоров'я. За даними статистичного моніторингу в цілому за період 2013–2017 рр. у жінок України відмічалася високий рівень при спадній тенденції поширеності розладів менструацій (18,94 на 1000 жінок фертильного віку у 2000 р. і 18,49 у 2017 р.), запальних хвороб шийки матки (12,25 на 1000 жінок працездатного віку і 12,5 відповідно). Неоднозначною, що свідчить про недооцінку масштабів поширення, залишається ситуація з стрімким зменшенням сифілісу (у 1,6 разу), гонококової інфекції (1,5 разу), хламідійних інфекцій (у 1,55 разу). Залишається гострою проблема високого рівня при спадній тенденції захворюваності жінок на злоякісні новоутворення жіночих статевих органів та молочних залоз.

Незадовільним є і стан здоров'я вагітних жінок. Надзвичайно серйозною проблемою в сучасній Україні є підйомна тенденція захворюваності вагітних цукровим діабетом, хворобами щитоподібної залози, хворобами системи кровообігу, сечостатевої системи. Наразі все ще в кожній четвертій вагітній відмічалася анемія. Наростання екстрагенітальної патології у вагітних характеризує «хронізацію» процесу порушень репродуктивної функції українських жінок.

При цьому лише завдяки ефективній діяльності закладів і установ перинатальної допомоги вдалося досягти значного зменшення материнських втрат – 24,7 на 100 тис. народжених живими у 2000 р., 11,6 у 2016 р. і 8,2 у 2017 р.

Високим (24,7 на 100 тис. народжених живими у 2000 р., 11,6 у 2016 р. і 11,78 за попередніми даними у 2017 р.) залишається рівень материнської смертності, те перинатальної смертності (9,1 на 1000 народжених живими і мертвими).

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, мертвонароджуваності, перинатальної смертності визначають важливість заходів щодо підвищення якості медичної допомоги, як на пренатальному етапі, так і при родорозриві.

Стратегія управління репродуктивним здоров'ям залежить як від внутрішніх так і від зовнішніх чинників, 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 (регіоналізація перинатальної допомоги, планування сім'ї, сучасні технології ведення пологів, виключно грудне вигодовування, медикаментозний аборт, ультразвукова діагностика, екстракорпоральне запліднення, лапароскопія тощо).

## 2.7. Характеристика способу життя населення та формування здорового способу життя

Домінуючими нині у структурі захворюваності й смертності населення є хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ), серед яких найбільш негативно впливають на стан здоров'я населення, насамперед, серцево-судинні захворювання, діабет, злоякісні новоутворення та хронічні захворювання органів дихання.

За статистичними даними в Україні щороку ХНІЗ зумовлюють 86% летальних випадків, що негативно впливає на показники рівня середньої очікуваної тривалості життя (СОТЖ). За даними ВООЗ (2015 р.), Україна займала 103 місце серед 183 країн світу за показниками СОТЖ, відповідні величини яких становили: при народженні 71,3 р. для обох статей, 66,3 р. – для чоловіків (120- місце за рангом) та 76,1 р. – для жінок (92-е місце). Мешканці нашої країни живуть на 10 років менше, ніж у країнах Європейського Союзу.

Подолання ХНІЗ прямо чи опосередковано пов'язане також з проблемою формування здорового способу життя (ЗСЖ).

Наразі серед населення України досить розповсюдженні різні поведінкові фактори ризику розвитку хронічних неінфекційних хвороб (табл. 2.7.1).

Таблиця 2.7.1

**Поведінкові фактори ризику серед населення**

Показник	Чоловіки	Жінки	Всього
Фізична активність підростаючого покоління	Результати крокометрії показали, що учні не виконують щоденну мінімальну норму рухової активності, яка становить 10 тис. кроків в день, спостерігається тенденція до зниження обсягу рухової активності : 13 років – 9,9 тис. кроків в день; 15 років – 6,7 тис. кроків в день.		
	Аналіз рівня рухової активності дітей 6 та 7 років засвідчив, що кількість годин на середній і високий рівні рухової активності мають тенденцію до зниження. У 6 років на середній рівень витрачається 2 год. 10 хв (9,1 %), на високий – 40 хв. (2,6 %), а в 7 років на середній 1 год. 7 хв. (7,35 %), на високий – 20 хв. (1,05 %). Найбільша кількість годин витрачається на базовий рівень (44,5 % – у 6 років, 39,4 % – у 7 років) (Джерело: <i>Фізична активність і якість життя людини: Збірник тез доповідей I Міжнародної науково-практичної конференції (14-16 червня 2017 р., Луцьк–Світязь, – 2017 р.)</i> ).		
Харчування населення	В 2017 р. пересічний українець став більше споживати хліба, м'яса та фруктів, проте менше молока, сирів, овочів, а споживання риби, картоплі, яєць залишилося на попередніх рівнях. На 1 людину в місяць припадає 8,4 кг хліба, 4,8 кг м'яса та ковбас, 1,2 кг риби, 20 яєць, 200 г картоплі, 300 г овочів тощо, що, на думку дієтологів, достатньо по калорійності, однак не сбалансовано. На кожного українця припадає майже 14,0 кг риби на рік, що майже вдвічі менше норми (20,0кг), яку рекомендує ФАО (Джерело: <i>Слишком много сахара и мало рыбы: как изменился рацион украинцев. Режим доступа: <a href="https://www.segodnya.ua/economics/enews/slishkom-mnogo-sahara-i-malo-ryby-kak-izmenilsya-racion-ukraincev-1120013.html">https://www.segodnya.ua/economics/enews/slishkom-mnogo-sahara-i-malo-ryby-kak-izmenilsya-racion-ukraincev-1120013.html</a>. – [Назва з екрану]</i> ).		
Вживання алкоголю, дотримання тверезого способу життя	Лише чверть опитаних ніколи не вживала спиртні напої і не вживає їх		
	вживають сьогодні – 68%	вживають сьогодні – 48%	75% респондентів вживає спиртне: в т.ч. – зараз (57%); вживали раніше (18%)
	Соціологічне опитування населення проведено дослідницькою компанією Research & Branding Group: 1799 респондентів старші за 18 років (похибка вибірки становила 2,4%) у 24 областях України та місті Києві з 2 по 13 вересня 2016 року		
	600 тис. осіб з розладами психіки та поведінки через вживання алкоголю перебуває на диспансерному обліку		
Підраховано, що 40% смертей чоловіків працездатного віку та 22% смертей жінок			

Показник	Чоловіки	Жінки	Всього
	віком від 20 до 64 років є наслідком вживання алкоголю.		
Надмірна маса тіла (ІМТ) більша 25 кг/м2	58% українців страждає від зайвої ваги		
	Маркетингове дослідження компанії Nielsen («Інтерфакс Україна», 15 серпня 2017 р.)		
куріння	43% осіб віком 18-59 років та 23% осіб непрацездатного віку	7% осіб віком 18-58 р.	18,7% осіб від 12 р.
	6% юнаків та 2% дівчат віком 16-17 років		
	загальна кількість курців складає 6,3 млн. осіб		
	Соціологічне опитування домогосподарств Держстатом України у жовтні 2017 р.		
наркоманія	70% наркоманів — молодь до 25 років. В цілому по країні на обліку з приводу вживання наркотичних засобів перебуває понад 100 тис. осіб		
	МОЗ України. Аналіз діяльності центрів, відділень, кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» України за 2017 рік		

Україна належить до держав Європи з високим рівнем суїцидів. В оприлюдненому у травні 2017 р. звіті ВООЗ «Світова статистика охорони здоров'я – 2017» (дані за 2015 р.) Україна входить до європейської десятки лідерів за статистикою самогубств з показником 20,1 на 100 тис. населення: 9–10 місця (з РФ). Для Європи цей показник дорівнює 14,1 випадків / 100 тис. населення.

Питання біологічної безпеки та біологічного захисту населення неможливо вирішувати як при низькому рівні санітарної культури так званих декретованих груп населення, так й широких мас населення, зокрема. Адже причинами, що сприяють виникнення 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. Масові харчові отруєння в Україні, що спостерігаються останніми роками, беззаперечно засвідчують про суттєві недоліки в питаннях контролю якості та безпечності харчових продуктів та закладів громадського харчування. Невипадково, високі вимоги до якості продукту і дотримання цих вимог забезпечують домінування продукції розвинутих країн на світовому ринку, а також забезпечують їхню безпеку, конкурентоздатність і дозволяють відігравати провідну роль у світовому розподілі праці.

Запроваджений законодавчо в останні роки мораторій на перевірки будь-яких об'єктів малого і середнього бізнесу ( Верховна Рада України також продовжила дію мораторію до 2019 р.) , фактична ліквідація Держсанепідслужби, яка здійснювала нагляд за діяльністю суб'єктів господарювання, насамперед за закладами громадського харчування, дитячими закладами тощо, покладання функцій останньої на Державну службу з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Держпродспоживслужба), що не властиво новій службі та не передбачено діючим законодавством такий контроль за означеними об'єктами, вкрай негативно позначився на безпечності продуктів харчування в Україні. Як закономірний наслідок – різке погіршення санепідситуації в країні за останні роки.

До 2016 р. захворюваність на ботулізм, що була пов'язана з продукцією, яка вироблялася на харчових підприємствах, майже не реєструвалась або становила одиничні випадки і розглядалась як надзвичайна подія в державі, то тільки в 2016 р. в Україні були зареєстровані 99 випадків харчових отруєнь, що викликані збудником ботулізму, з кількістю потерпілих 119 осіб, з них 12 померло. Станом на 15 листопада 2017 р. було зареєстровано вже 112 випадків харчових отруєнь, що викликані збудником ботулізму, від якого потерпіли

132 особи. З них вживали харчові продукти, які були виготовлені в домашніх умовах – 80 потерпілих; придбаних на підприємствах торгівлі – 35 потерпілих, невідомого походження – 10 потерпілих, придбані в місцях несанкціонованої торгівлі (стихийні ринки тощо) – 7 потерпілих.

За вісім місяців 2017 р. тільки в організованих дитячих колективах було зареєстровано 68 спалахів інфекційних захворювань. Останні, з переважним ураженням кишково-шлункового тракту, виникли у дошкільних навчальних закладах – 41 (спалах), загальноосвітніх – 20, закладах оздоровлення та відпочинку – 7, закладах інтернатного типу – 1. Всього постраждало 1296 осіб, у тому числі 946 дітей, з них у дошкільних навчальних закладах – 300, школах – 443, оздоровчих закладах – 197, інтернатних закладах – 6. Порівняно з аналогічним періодом 2015 р. загалом в країні було зареєстровано 51 спалах, внаслідок яких постраждало 923 особи, з них 470 дітей, а в 2016 р. – 86 спалахів, 1815 постраждалих в тому числі 864 дитини.

На думку голови громадської організації “Фундація. 101” А.Богдановича, Держпродспоживслужба є абсолютно неефективною, свою функцію не виконує і за якістю продуктів не слідкує та неефективно проводить перевірки якості продуктів харчування. Тому, формально система контролю якості продуктів в Україні є, але за фактом – ефективно не діє, а з точки зору ефективності – відсутня взагалі.

У зв'язку з неможливістю встановлення дієвого контролю за якістю продукції на харчових підприємствах для запобігання спалахів харчових отруєнь цілеспрямовані зусилля необхідно зосередити на якість підготовки фахівців з санітарно-гігієнічних та протиепідемічних питань в процесі професійного навчання відповідних категорій працівників та впровадження курсів їхньої перепідготовки та підвищення кваліфікації, а також на удосконалення діючого законодавства щодо посилення адміністративної та кримінальної відповідальності за недотримання санітарних вимог на виробництві.

Виключно суб'єктивним фактором пояснюються випадки отруєння грибами серед населення, що мали місце у 2017 р. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, станом на 1 жовтня 2017 р. було зареєстровано 157 випадків харчових отруєнь, викликаних грибами, з кількістю постраждалих 242 особи (з них 13 летальних). Серед постраждалих зареєстровано 43 дитини (5 з яких померли). Всі випадки були зареєстровані в побуті. Вони свідчать про недостатню обізнаність різних верств населення щодо отруйних грибів – по-перше, та про суттєві прогалини в інформуванні населення з цього питання через ЗМІ, в процесі валеологічного навчання дітей та підлітків – по-друге.

Діяльність з формування здорового способу життя (ЗСЖ) та гігієнічного виховання населення в Україні здійснюється шляхом формальної та неформальної освіти різних верств населення.

Валеологічна освіта (health adduction по ВООЗ) в процесі загальноосвітнього навчання підростаючого покоління в сучасних умовах вважається у світі провідним чинником в системі формальної освіти підростаючого покоління.

В 2017 р. Законом України від 05.09.2017 № 2145-VIII «Про освіту» була розпочата реформа освіти в країні. В законі питання охорони здоров'я знайшли також своє відображення у 9 статтях, зокрема, в статті 77 – організація медичного обслуговування в системі освіти, у статті 18 – післядипломна освіта у сфері охорони здоров'я, стаття 6 – засади державної політики у сфері освіти та принципи освітньої діяльності, стаття 53 – обов'язки

здобувачів освіти, статті 54 і 55 – права та обов'язки педагогічних, науково-педагогічних і наукових працівників, інших осіб, які залучаються до освітнього процесу, батьків, здобувачів освіти відповідно тощо. Разом з тим слід відмітити, що практично за винятком статей 18 і 77, в усіх інших статтях питання охорони здоров'я сформульовані занадто стисло та фактично зведені до не зовсім конкретного словосполучення «здорового способу життя». Так, в статті 12. «Повна загальна середня освіта» наголошується, що «Метою повної загальної середньої освіти є всебічний розвиток, виховання і соціалізація особистості, яка здатна до життя в суспільстві та цивілізованій взаємодії з природою, має прагнення до самовдосконалення і навчання впродовж життя, готова до свідомого життєвого вибору та самореалізації, відповідальності, трудової діяльності та громадянської активності. Досягнення цієї мети забезпечується шляхом формування ключових компетентностей, необхідних кожній сучасній людині для успішної життєдіяльності», серед яких «громадянські та соціальні компетентності, пов'язані з ідеями демократії, справедливості, рівності, прав людини, добробуту та здорового способу життя...».

Суттєвим недоліком нового закону про освіту є те, що реалізація стратегії «Здоров'я через освіту» по суті не знайшло свого втілення. Не дивно, що, наприклад, в статті 64 «Повноваження центрального органу виконавчої влади у сфері освіти і науки» на МОН України не покладені обов'язки щодо забезпечення реалізації стратегії ВООЗ «Здоров'я через освіту». По цій же причині курс «Основи здоров'я», що є ключовим елементом валеологізації всього навчального процесу в закладах освіти, а також підготовка і навчання викладачів цього курсу (використовується каскадна модель навчання, що передбачає перехід на наступний етап після повного завершення попереднього) залишився без відповідної уваги.

Тим самим суттєвих змін в інтегрованому курсі «Основи здоров'я», що входить до державного компоненту освіти, у 2017 р. не відбулося.

Між тим говорити про ефективність валеологічної освіти підростаючого покоління наразі важко. На сьогодні ЗСЖ не став важливою складовою нормою серед підростаючого покоління. Серед учнів спостерігається недостатня фізична активність, серед неповнолітніх поширюється наркоманія, переважна більшість підлітків та молоді не додержується тверезого способу життя, значна частина учнівської молоді має досвід тютюнопаління, ще й досі серед підлітків не сформована культура здорового дозвілля тощо.

В той же час необхідно зазначити, що підлітки та молодь відчують потребу в необхідності дотримання ЗСЖ. За даними ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременко» 63,9% школярів вважають за потрібне щось змінити у поведінці та звичках для поліпшення свого здоров'я, а 67,1% – використати необхідну інформацію щодо збереження здоров'я. Соціологічним дослідженням «Молодь-2017» було виявлено, що «популяризація ЗСЖ» є одним з найбільш затребуваних напрямків державної молодіжної політики як на рівні країни, так і на рівні окремого населеного пункту: підтримка талановитої молоді (відповідно, 65% і 44%), популяризація здорового способу життя (відповідно, 46% і 45%) та сприяння забезпеченню житлом (відповідно, 45% і 41%).

Освіта і здоров'я нерозривно пов'язані між собою. Освіта сприяє зміцненню здоров'я і навпаки. Здорові учні вчаться краще. Реалізація концепції «Здоров'я через освіту», як свідчить світова практика, зокрема, діяльність навчальних закладів країн ЄС – що найбільш наближеними за своїми характеристиками і вимогами є саме міжнародний проект Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю (далі – 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).

Моделі ЄМШСЗ в Україні ґрунтуються на формуванні ЗСЖ на засадах розвитку навичок через валеологізацію змісту навчальних предметів та систему позакласної та позашкільної виховної роботи. Одночасно реалізуються різноманітні програми «Рівний – рівному», «Діалог», «Школа проти СНІДу» тощо. Національна мережа шкіл сприяння здоров'ю за різними даними коливається від 5,0 до 5, 5 тис. навчальних закладів. Тим не менш, питання ефективності роботи мережі ЄМШСЗ залишається відкритим.

Підлітковий вік – сприятливий вік для формування здорового способу життя. Одним із нетрадиційних напрямків роботи серед підростаючого покоління щодо збереження власного здоров'я є реалізація пілотного проекту «Клініка, дружня до молоді» (далі – КДМ), впровадження якого, за підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ, було розпочато в Україні у 1998 році.

Завдання КДМ полягають в тому, щоб надати медико-соціальну та консультативну допомогу, спрямовану на: формування здорового способу життя; збереження психічного здоров'я, в 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.

Наразі в Україні працює 139 КДМ (проти 142 у 2016 р.) в наступній моделі: Центр – 10, відділення – 44, кабінет – 85, мережа кабінетів – 1.

Форми та обсяг профілактичної роботи КДМ представлено у таблиці 2.7.2.

Таблиця 2.7.2

**Форми санітарно-освітньої роботи КДМ у 2015–2017 рр.**

Назва заходу	2015 р.		2016 р.		2017 р.	
	Кількість	Охоплено	Кількість	Охоплено	Кількість	Охоплено
Індивідуальні форми профілактичної роботи (консультування)	203892	86,9%	209813	85,0%	205443	79,0%
Групові форми профілактичної роботи	28804	495378	35156	452985	39257	424007
Бесіди	16499	123539	25339	110674	27630	116116
Семінари-тренінги	3386	32259	2160	30473	3200	33277
Круглі столи	856	14561	497	14577	707	13780
Відео лекторії	2680	60920	2716	58370	3220	63694
Лекції	4688	164725	3898	139804	3917	121697
Акції	597	98488	435	98130	469	74327
Звернення до «Телефону довіри»	10027 осіб		10283 осіб		10706 осіб	

*Джерело: Аналіз діяльності центрів, відділень, кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» за 2017 рік. (За даними МОЗ України).*

Незважаючи на позитивну динаміку в цілому щодо збільшення обсягу роботи з використанням індивідуальних і групових форм, значним недоліком роботи КДМ є те, що вони, як і в попередні роки, переважно розміщені в міській місцевості (табл. 2.7.3).

## Розподіл відвідувачів КДМ за місцем проживання у 2014–2017 рр.

Місце проживання	2014 р.		2015 р.		2016 р.		2017 р.	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Місто	179082	77,9	179299	76,5	182384	73,9	202006	77,6
Село	50803	22,1	55156	23,5	63971	25,9	57897	22,3
Без певного місця проживання			55	0,02	363	0,1	232	0,1
Разом	229959		234510		246718		260135	

Джерело: Аналіз діяльності центрів, відділень, кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружба до молоді» за 2017 рік. (За даними МОЗ України).

Таким чином, спостерігається нерівноправність доступу до профілактичних послуг між мешканцями міст і сіл: щорічно за останні 4 роки майже три чверті відвідувачів КДМ – це мешканці міської місцевості.

Структура звернень до КДМ в 2017 р. в порівнянні з попередніми роками практично залишилася без змін: I місце – з приводу консультувань з різних питань; II місце – з приводу захворювань; III місце – з приводу психологічної допомоги.

Структура звернень для одержання консультації з питань власного здоров'я представлена у таблиці 2.7.4.

Таблиця 2.7.4

## Звернення до КДМ для одержання консультації з питань власного здоров'я

Причини звернень		2015 р.		2016 р.		2017 р.	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
З приводу консультувань, в т.ч.:		203892	87,0	209813	85,0	205443	79,0
1	З методів контрацепції	67372	28,7	63184	25,6	72578	27,9
2	З профілактики ВІЛ/СНІДУ	105182	44,9	117704	47,7	126783	48,9
3	З приводу вагітності	7964	3,4	8947	3,6	7645	2,1
4	З проблем загального психічного здоров'я	18155	7,7	17907	7,3	21345	8,2
5	З проблем сексуальних відносин в підлітковому віці	22551	9,6	23296	9,4	24517	9,4
6	З правових питань	2042	0,9	1652	0,7	1709	0,7
7	З інших питань	19556	8,3	16069	6,5	14629	5,6

Джерело: Аналіз діяльності центрів, відділень, кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружба до молоді» за 2017 рік. (За даними МОЗ України).

Як і в попередні роки в 2017 р. питання профілактики ВІЛ/СНІДУ становлять найбільшу кількість (44,9%) від всіх звернень з приводу консультування.

В той же час, незважаючи загалом на позитивну динаміку, дещо повільно запроваджується в КДМ добровільне передтестове консультування на ВІЛ: у 2015–2017 рр. було охоплено передтестовим консультуванням більше 36,7 тис. осіб, майже 44,0 тис. та 48,0 тис. клієнтів відповідно.

В 2017 р. серед неформальної освіти населення ЗМІ залишалися 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. 2.7.5).

Таблиця 2.7.5

**Інформування населення про ЗСЖ та профілактику захворювань через регіональні ЗМІ у 2014-2017 рр.\***

ЗМІ	Кількість заходів ( тис.)											
	Рік											
	2014			2015			2016			2017		
	1**	2**	3**	1**	2**	3**	1**	2**	3**	1**	2**	3**
Обласні	11,5	6,5	21,0	11,9	6,5	21,0	11,1	6,4	20,2	11275	5949	21570
Міські	13,1	12,6	24,7	12,5	12,6	24,7	13,2	14,4	26,5	11712	10902	24837
Відомчі, багатоти-ражки	-	14,8	1,7	-	14,8	1,7	-	16,1	1,2	-	15830	1852
Всього	24,6	33,9	47,4	24,4	33,9	47,4	24,3	36,9	47,9	22987	32681	48259

Примітка:

\*Дані узагальненої статистичної звітної форми «№ 51-здоров» за 2014–2017 роки

\*\*1- телепередачі, 2- радіопередачі, 3 – публікації

В регіонах інформаційне забезпечення регіональних ЗМІ відповідними матеріалами з медичної тематики здійснювалося шляхом підготовки прес-релізів (більше 2,9 тис. в 2017 р.) та організації прес-конференцій та брифінгів (майже 1,5 тис. у 2017 р.).

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.

Як і в попередні роки для привернення уваги населення до актуальних проблем охорони здоров'я в 2017 р. проводилися пропагандистські акції, присвячені як знаменним датам (охорона навколишнього середовища, запобігання шкідливих для здоров'я звичок, раціональне харчування, профілактика ВІЛ/СНІДу тощо), так і в зв'язку з епідситуацією. В середньому їх кількість в Україні складала 33 (від 8–10 мінімум до 50 і більше максимум) проти 27 у 2015 та 2016 роках.

Ефективність таких акцій невідома. Вони фінансово не забезпечуються, тому мають обмежене коло заходів, насамперед через ЗМІ внаслідок відсутності відповідних телевідеоматеріалів, спостерігається дефіцит засобів як наглядної агітації, так й популярної літератури для населення тощо. Тому практично дуже складно створити психологічний пресинг на свідомість населення про важливість таких акцій. Тим не менш на сьогодні альтернативи таким акціям, як вважають фахівці, немає, насамперед, при загостренні епідситуації.

Навчання в 2017 р. пацієнтів за медико-оздоровчими показаннями, що здійснювалося переважно в школах відповідального батьківства, як і в попередні роки, практично залишилося без змін: проводилося силами медичних працівників при відсутності у останніх мотивації до якісного його проведення, ґрунтувалося тільки на вербальних методах навчання через відсутність будь-яких наочних і популярних санітарно-освітніх матеріалів тощо. Показники охоплення навчанням населення в 2017 р. наступні:

- вагітні: 271,4 тис. (94,2% від числа осіб, які підлягали навчанням);
- породіллі: 284,4 тис. (96,2%);
- матері дітей 1-го року життя: 247,3 тис.(94,1%);

– матері, які госпіталізовані з хворою грудною дитиною: 137,5 тис. (93,1%) тощо. Слід також зазначити, що високі показники неформальної освіти осіб в школах відповідального батьківства визивають певну недовіру.

Як і в попередні роки у 2017 р. в переважній більшості регіонів видавалася для населення санітарно-освітня література: пам'ятки, буклети, листівки, плакати тощо. Загальна тенденція як до зниження загального накладу таких матеріалів, так й до незначних накладів видання одного найменування популярної санітарно-освітньої літератури для населення, що спостерігається в останні 7 років, зберігається. Більш того, загальний обсяг всіх виданих матеріалів був найнижчим за останні 7 років: дорівнював лише 0,894 млн примірників в 2017 р. порівняно з 1,4 млн прим. у 2011 р. чи більше 1,0 млн прим. у 2015 та 2016 рр. Тому наклад одного найменування санітарно-освітньої літератури теж був найнижчим за 7 останніх років: складав лише 439 прим. (491 прим. у 2014 р., 493 прим. в 2015 р. і 487 прим. у 2016 р. відповідно). Тим самим практично в усіх без винятку регіонах спостерігається гострий її дефіцит. Це в свою чергу унеможливує здійснення будь – яких інтервенцій з різноманітних питань ЗСЖ, що повинні здійснюватися у закладах ПМСД (щодо відказу від куріння, зменшення вживання алкоголю, додержання норм раціонального харчування, своєчасне проходження профілактичних обстежень, своєчасне щеплення тощо) – по-перше; виконання Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (далі – УКПМД) в частині забезпечення пацієнтів санітарно-освітніми матеріалами відповідно до стану їх здоров'я – по-друге; забезпечення закладів ПМСД відповідними тестами, насамперед Фагерстрема та AUDIT для виявлення небезпечного та шкідливого споживання інтоксикантів серед пацієнтів ПМСД під час амбулаторного прийому – по- третє, тощо.

В Україні відбувається реформування охорони здоров'я на засадах сімейної медицини. Це відповідає загальноприйнятому курсу європейської охорони здоров'я. Напрямок на сімейну медицину має компенсувати прогалини у профілактичній та медико-соціальній роботі закладів охорони здоров'я. Адаже до останнього часу охорона здоров'я в Україні була «зосереджена переважно на лікуванні нетяжких гострих станів та фактичною відсутністю профілактики».

ВООЗ вважає, що на сьогодні при будь-якому контакті пацієнта у закладах ПМСД необхідно використовувати профілактичні втручання для виявлення факторів ризику, втручання, які направлені на зміну поведінки та образу життя, проведення терапевтичних втручань з приводу таких станів, як артеріальна гіпертензія, діабет тощо. Вони є оптимальним місцем для виявлення алкогольних та тютюнових проблем.

В багатьох країнах Європи, а також в США, Канаді розроблені стандарти та протоколи надання медичної допомоги при різних захворюваннях, мета яких не тільки уніфікувати дії лікаря, але й сприяти ефективному та своєчасному виконанню профілактичних заходів. Тим самим значно посилюється їхня роль та місце у запобіганні хронізації хвороб. В Україні наприкінці 2012 року офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги.

Забезпеченість закладів ПМСД УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ (насамперед щодо цукрового діабету, артеріальної гіпертонії, хронічної ішемічної хвороби серця та бронхіальної астми), у 2017 році (за результатами опрацювання інформаційно-довідкових матеріалів наданих структурними підрозділами з охорони здоров'я 17 облдержадміністрацій) коливається досить широко: від 1–10 до 85–100,0%. При цьому, забезпеченість необхідними

УКПМД ПМСД в більшості регіонів (від 13 до 15) досягає не менше 75%, однак в окремих регіонах можуть бути труднощі з виконання УКПМД, зокрема щодо профілактичної складової.

Якщо УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ заклади ПМСД більш-менш забезпечені, то значно гірше справи щодо забезпеченості тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE (табл. 2.7.6).

Таблиця 2.7.6

**Забезпеченість закладів ПМСД тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE**

Тести	% забезпеченості				
	немає відповіді	0	1-10	11-25	...85-100
кількість регіонів					
Фагерстрема	3	1	7	4	2
AUDIT	3	1	7	4	2
CAGE	4	1	9	1	2

*Примітка: Дані наведені на основі інформаційно-довідкових матеріалів органів управління охороною здоров'я облдержадміністрацій (17 регіонів).*

Тим самим виявлення небезпечного та шкідливого споживання інтоксикантів серед пацієнтів ПМСД під час амбулаторного прийому в більшості регіонів утруднено.

Робота лікарів загальної практики – сімейної медицини (далі – ЛЗП/СМ) здійснюється в умовах дефіциту часу: за 1 годину він повинен прийняти не менше 5 пацієнтів. МОЗ України вважає, що до 25–30% обсягу роботи сімейного лікаря мають складати профілактичні заходи. В більшості УКПМД заходи з первинної профілактики практично зводяться до констатації необхідності коригування способу життя пацієнтів на кшталт «До заходів первинної профілактики відносяться рекомендації щодо способу життя і дієти та певні психологічні настанови» (УКПМД «Диспепсія»). Однак таке індивідуальне консультування пацієнтів не враховує рівень готовності пацієнта до зміни свого способу життя, проте всім пацієнтам відповідно до вимог УКПМД повинні надаватися однотипні рекомендації, що негативно позначається на якості консультування, та вимагає від ЛЗП/СЛ додаткових витрат свого робочого часу.

Згідно моделі стадійної зміни, розробленої вченими Prochaska та DiClemente, пацієнт може бути або не готовим, або невпевненим в цьому чи готовим до припинення (зменшення) змінити свою поведінку щодо прийому, наприклад, інтоксиканта. В той же час вони можуть переміщатися із однієї стадії готовності до іншої через різні обставини, наприклад, внаслідок погіршення здоров'я, зміни пріоритетів (народження дитини тощо) чи в оточенні (змінилася робота і т.і.). Знання моделі стадійної зміни дає можливість більш раціонально та ефективніше використовувати час лікаря, зосередити його увагу насамперед тим пацієнтам, які бажають змінити свою поведінку. За інформацією від 17 регіонів (2017 р.), ця модель стадійної зміни враховується на амбулаторному прийомі у 8 областях. В цих та інших регіонах з метою компенсації дефіциту часу при амбулаторному прийомі використовуються інші, однак менш ефективні прийоми та методики, як, наприклад, забезпечення пацієнтів відповідними інформаційними матеріалами (13 регіонів), покладання на медсестру обов'язків щодо надання невідкладних порад пацієнтам про інтоксиканти (11 регіонів),

запрошення пройти навчання в школі здоров'я (6 регіонів), долікарський прийом медсестрою з вимірюванням певних показників та оцінкою факторів ризику (1 регіон) тощо.

Недостатність застосування моделі стадійної зміни під час амбулаторного прийому пацієнтів у закладах ПМСД безумовно свідчить про певні недоліки під час підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» з напрямків профілактичної роботи.

Серед засобів неформальної освіти пацієнтів у практичній діяльності закладів ПМСД використовуються школи здоров'я для навчання хворих з однотипними захворюваннями або для пацієнтів груп ризику. Однак на сьогодні мережа таких шкіл дуже обмежена, що відображено у таблиці 2.7.7 (за інформацією від 17 регіонів у 2017 р.).

Таблиця 2.7.7

**Охоплення пацієнтів з однотипними ХНІЗ школами здоров'я (за 2016 р.)**

Регіони	Школи здоров'я (кількість шкіл/охоплено осіб)					
	ГХ	ССЗ	ЦД	астма-школа	ХОД	одужуючі
Волинська			13/9650			
Дніпропетровська		155/ 64334	9/ 3000			
Житомирська*	є		є	є	є	
Запорозька	318/19883 38/5868***	38/168081	14/1563	21/637		
Миколаївська			44/ 378			
Луганська	7/788	5/ 526	6/471			2/2113
Львівська			/ 2208			
Рівненська	3/ 90		5/ 130			
Сумська	23/ 2990		24/418			
Харківська	12/6414					
Херсонська **	10/ 224		6/ 321			
Хмельницька			30/1100			

Примітка:

\* В інформації від Житомирській обл. вказані тільки назви шкіл здоров'я

\*\* В інформації від Херсонській обл. не вказано охоплення осіб по 1 школі для ГХ та ЦД

\*\*\* /– профілактика АГ

Таким чином для здорових осіб вони не передбачені взагалі. Для пацієнтів з однотипними захворюваннями вони практично обмежуються тільки школами для хворих на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет, а кількість астма-шкіл, шкіл для хворих на серцево-судинні захворювання та хвороби органів дихання взагалі мізерна. Загалом мережа шкіл здоров'я для хворих на ХНІЗ не відповідає кількості хворих з відповідними захворюваннями в регіонах, – по-перше; їх діяльність не передбачена жодною обліково-звітною формою для закладів ПМСД – по-друге. Про це свідчить той факт, що питанню ефективності роботи таких шкіл здоров'я в регіонах не приділяється достатньої уваги. Так, за інформацією з 17 регіонів (2017 р.) показники ефективності роботи шкіл здоров'я для хворих на ХНІЗ в основному є кількісними, а саме:

- забезпеченість необхідними матеріалами (методичними, інформаційними тощо) суб'єктів та об'єктів групового навчання – 11 областей;
- кількісні показники, що характеризують роботу шкіл здоров'я – 10 областей;
- запровадження форми звітності про роботу шкіл здоров'я – 6 областей;

– інформування громадськості про роботу шкіл здоров'я (через веб-сайт Департаменту (Управління) охорони здоров'я ОДА) – 5 областей. В той же час якісні показники роботи цих шкіл (кількість осіб, які стали вести більш здоровий спосіб життя, позбавилися нездорових звичок, нормалізували вагу тіла, додержуються рекомендацій лікаря тощо) не застосовуються.

Напрямки профілактичної роботи ЛЗП/СМ децю умовно можна розділити на такі групи: гігієнічне виховання пацієнтів, формування ЗСЖ, профілактика ХНІЗ, імунопрофілактика інфекційних хвороб. В 2017 році за рейтингом значимості практичних навичок з питань профілактики перевага (за сумою набраних балів) віддається імунопрофілактиці, далі формуванню ЗСЖ, потім профілактиці ХНІЗ і на останньому місці – гігієнічному вихованню пацієнтів. Акцент на імунопрофілактику та недооцінка значущості гігієнічного виховання пацієнтів ймовірно свідчить про те, що підготовка лікарів-інтернів до цього часу переважно здійснюється з позиції лікувальної парадигми охорони здоров'я.

Відсутність до цього часу досконалого механізму фінансування діяльності з формування ЗСЖ та профілактики ХНІЗ в регіонах, безперервне скорочення мережі установ та структур профілактичного спрямування, насамперед ЦЗ, на практиці призводить до нерівномірності розвитку послуг з формування ЗСЖ в областях тощо, що відображено у наступній таблиці 2.7.8.

Таблиця 2.7.8

**Нерівномірність послуг з формування ЗСЖ в регіонах у 2014-2017 рр.**

Послуги з ЗСЖ					
Видання санітарно-освітньої літератури для населення		Інформаційно-методичне супроводження діяльності з ЗСЖ (видання методичних матеріалів)	Функціонування телефону довіри	Функціонування телефону «гаряча лінія»	Моніторинг щодо рівня поінформованості населення з питань ЗСЖ
Буклети, пам'ятки	плакати				
Кількість регіонів, в яких ці послуги відсутні					
2014					
2		4	2	5	7
2015					
2	9	4	3	4	8
2016					
1	12	5	-	4	9
2017					
2	10	6	3	4	5

*Джерело: Дані узагальненої статистичної звітної форми «№ 51-здоров» за 2014–2017 роки*

Формування здоров'я людини відбувається під агресивним впливом соціального та психологічного середовища. Засоби масової інформації та Інтернет, де контролю реклами шкідливих продуктів харчування, тютюну та алкогольних напоїв тощо фактично немає, створюють умови для лояльного ставлення населення до цих товарів. Так, рекламу шкідливих товарів, як вважають фахівці «Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременко», сприймають як норму 45,0% українських підлітків, тому тютюнопаління та вживання алкогольних напоїв у майбутньому можуть стати для майже половини молодих людей соціально прийнятною моделлю поведінки. В той же час соціальна реклама в інтересах формування ЗСЖ

використовується недостатньо. І це при тому, що вона зараз визначається як ефективний освітній засіб, який дає змогу досягти й мотивувати велику аудиторію. Одночасно соціальна реклама є однією із найзручніших форм поширення суспільно важливої інформації. Тому, недаремно соціальну рекламу у світі широко використовують як інструмент зміни ставлення суспільства до певної проблеми. Більш того, деякі фахівці її навіть називають «соціальною терапією». Тим не менш в Україні досі не розроблений механізм реалізації безкоштовної соціальної реклами. Це, в свою чергу, дозволяє ЗМІ, діяльність яких повністю або частково фінансується з державного або місцевих бюджетів, відмовитися від неї під будь-яким приводом, як, наприклад, що вже надали соціальну рекламу іншим державним організаціям. Тому слід розробити нормативно-правовий акт щодо порядку безкоштовного розміщення соціальної реклами оздоровчого характеру. Більш-менш соціальна реклама в інтересах формування ЗСЖ використовується тоді, коли в регіонах загострюється епідситуація з того чи іншого захворювання тощо

### ***Висновки***

На сучасному етапі розвитку України впровадження ЗСЖ є важливою складовою сучасної стратегії протидії ХНІЗ та соціально небезпечним хворобам. Серед населення України на сьогодні досить розповсюдженні різні поведінкові фактори ризику розвитку хронічних неінфекційних хвороб.

Формування ЗСЖ в Україні здійснюється шляхом формальної та неформальної освіти населення з використанням усіх 3-х форм гігієнічного виховання населення (індивідуального, групового та масового) та різноманітних його засобів.

Реформування освіти в Україні, яке започатковано Законом України від 05.09.2017 № 2145-VIII «Про освіту», ймовірно, не буде сприяти подальшій валеологізації навчального процесу та реалізації стратегії ВООЗ «Здоров'я через освіту».

Роль КДМ в якості неформальної освіти підлітків та молоді з питань формування ЗСЖ поступово зростає. Проте вони переважно розташовані у міській місцевості, тим самим менш доступні для мешканців села.

Діяльність лікарів ЗП/СМ з профілактики наразі стикається з певними об'єктивними труднощами, їх підготовка в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» з ряду напрямків профілактичної роботи недостатня. Тематична направленість шкіл здоров'я для хворих на ХНІЗ при ПМСД в регіонах фактично дуже обмежена та здебільше розрахована тільки на пацієнтів, хворих на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет, їхня мережа та потужність незрівняні з кількістю хворих на ці захворювання.

Соціальна реклама в інтересах формування ЗСЖ використовується вкрай недостатньо, насамперед – через недосконалість діючого законодавства.

Запобігання спалахів харчових отруєнь, пов'язаних з продукцією харчових підприємств, в сучасних умовах можливо при умові підвищення якості підготовки з санітарно-гігієнічних та протиепідемічних питань працівників в процесі професійного навчання та курсів перепідготовки. А також підвищення вимог стосовно матеріально-технічного забезпечення, відповідної підготовки кадрів, тощо, харчових об'єктів при видачі відповідних дозволів на введення в експлуатацію останніх, а також посилення в діючому законодавстві адміністративної та кримінальної відповідальності за недотримання санітарних вимог на виробництві.

Поліпшення діяльності з формування ЗСЖ та гігієнічного виховання населення різноманітними інституціями, органами та закладами залишається однією з актуальних проблем в Україні.

### 3. ІНФЕКЦІЙНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ ЗАХИСТ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

На кінець 2017 р. в Україні було зареєстровано більше 6,83 млн випадків інфекційних захворювань (16 038,6 на 100 тис. нас.), з них більше 4,56 млн випадків (66.8%) серед дітей (59 954,76 на 100 тис. нас.) без врахування даних з тимчасово окупованих територій Автономної Республіки Крим, м. Севастополя, частини Донецької та Луганської областей.

За матеріалами державної статистичної звітності, захворюваність населення України на інфекційні хвороби у 2017 р. порівняно з 2016 р. знизилася на 14,43%, в тому числі серед дітей до 17 років на 9,22% (4,565 млн випадків у 2017 р. проти 5,029 млн в 2016 р.). Тим самим в Україні загалом упродовж 15 років спостерігається тенденція до її зниження (за винятком 2016 р., в якому зафіксовано зростання захворюваності з розрахунку на 100 тис. населення до 18 668,2 порівняно з 15 745,4 у 2015 р.).

Дані по інфекційній захворюваності в Україні у 2016–2017 рр. представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Інфекційна захворюваність населення України в 2016–2017 роках  
(за даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»)**

Захворювання	2016 р.		2017 р.		% або вип. росту чи зниження
	абс. числа	на 100 тис населення	абс. числа	на 100 тис населення	
Холера					0 вип.
Черевний тиф	4	0,01	6	0,01	2 вип.
Паратиф А, В, С та неуточнений			1	0,00	1 вип.
Інші сальмонельозні інфекції	8941	20,91	7391	17,35	- 17,34%
Шигельоз	913	2,14	979	2,30	7,23%
у т.ч. бактеріологічно підтверджений	733	1,71	863	2,03	17,74%
Ентерити, коліти, гастроентерити, харчові токсикоінфекції, спричинені іншими встановленими збудниками	52221	122,13	60715	142,55	16,27%
в т.ч. кампілобактеріальний ентерит	109	0,25	156	0,37	43,12%
ентерити, спричинені ерсинія ентероколітіка	107	0,25	92	0,22	-14,02%
ротавірусний ентерит	12119	28,34	18142	42,60	49,70%
ГКІ, спричинені невстановленими збудниками, та неточно визначені харчові токсикоінфекції	44197	103,36	51502	120,92	16,53%
Інші протозойні кишкові хвороби	14176	33,15	14050	32,99	- 0,89%
у т.ч. лямбліоз	12348	28,88	11778	27,65	- 4,62%
криптоспоридіоз	48	0,11	24	0,06	-24 вип.
Туберкульоз органів дихання	21702	50,75	20479	48,08	-5,64%
з них підтверджений бактеріологічно та гістологічно	13606	31,82	12508	29,36	- 8,08%
у т.ч. туберкульоз легенів	20285	47,44	19152	44,97	- 5,59%
з них підтверджений бактеріологічно та гістологічно	13180	30,82	12131	28,48	- 7,96%
Туляремія			1	0,00	1 вип.
Сибірська виразка					0 вип.
Бруцельоз	1	0,00	3	0,00	2 вип.
Лептоспіроз	323	0,76	332	0,78	2,79%
Лістеріоз	8	0,02	11	0,03	3 вип.
Правець	10	0,02	18	0,04	8 вип.

Захворювання	2016 р.		2017 р.		% або вип. росту чи зниження
	абс. числа	на 100 тис населення	абс. числа	на 100 тис населення	
Дифтерія	4	0,01			- 4 вип.
Кашлюк	3132	7,32	2480	5,82	-20,82
у т.ч. паракашлюк	43	0,10	59	0,14	37,21%
Менінгокова інфекція	270	0,63	326	0,77	20,74%
Хвороба легіонерів			1	0,00	1 вип.
Сифіліс	3023	7,07	2628	6,17	-13,07%
Гонококова інфекція	5196	12,15	4643	10,90	- 10,64%
Хвороба Лайма	2758	6,45	3986	9,36	44,53%
Орнітоз					0 вип.
Рікетсіози	3	0,01	2	0,00	- 1 вип.
у т.ч. хвороба Брілла					0 вип.
висипний тиф					0 вип.
плямиста гарячка					0 вип.
гарячка КУ	3	0,01	2	0,00	- 1 вип.
Гострий поліомієліт					0 вип.
Сказ	4	0,01	2	0,00	- 2 вип.
Кліщовий вірусний енцефаліт	6	0,01	4	0,01	- 2 вип.
Вірусний менінгіт	485	1,13	302	0,71	-37,73%
Вірусні гарячки та вірусні геморагічні гарячки	3	0,01	14	0,03	11 вип.
у т.ч. гарячка Західного Нілу	1	0,00	3	0,01	2 вип.
геморагічна гарячка з нирковим синдромом	2	0,00	3	0,01	1 вип.
Кір	102	0,24	4782	11,23	46,88 р.
Краснуха	150	0,35	160	0,38	6,67%
Вірусний гепатит	12688	29,67	12553	29,47	-1,06%
у т.ч. гострий гепатит А	3026	7,08	3128	7,34	3,37%
гострий гепатит В	1467	3,43	1424	3,34	-2,93%
гострий гепатит С	563	1,32	478	1,12	-15,10%
хронічний вірусний гепатит	7459	17,44	7343	17,24	-1,56%
у т.ч. хр. гепатит В	1535	3,59	1520	3,57	-0,98%
хр. гепатит С	5854	13,69	5757	13,52	--1,66%
Епідемічний паротит	439	1,03	336	0,79	-23,46%
Інфекційний мононуклеоз	5703	13,34	6083	14,28	6,66%
Малярія	43	0,10	47	0,11	4 вип.
Педікульоз і фтиріоз	15453	36,14	15813	37,13	2,33%
Короста	7998	18,70%	7507	17,63	- 6,14%
Н.influenzae як причина хвороб, класифікованих в інших рубриках	5	0,01	24	0,06	19 вип.
Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинних або неуточнених локалізацій	7709161	18029,05	6590976	15475,09	-14,50%
Грип	73243	171,29	22731	53,37	-68,96%
Носії збудників шигельозу	47	0,11	67	0,16	42,55%
Носії збудників токсигенних штамів дифтерії	1	0,00			- 1 вип.
Носії збудників нетоксигенних штамів дифтерії	45	0,11	33	0,08	- 12 вип.
Носії збудників холери					0 вип.
Паразитиносії малярії					0 вип.
Всього	7982458	18668,2	6830988	16038,62	-14,43%
Всього (без носіїв)	7982365	18667,98	6830888	16038,38	-14,43%
Всього(без носіїв, грипу,ОРЗ)	199961	467,64	217181	509,92	8,61%

Примітки: 1. Зазначені показники наведені за даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та без врахування випадків ботулізму.

2. Показник на 100 тис. населення не вираховувався у випадках, коли кількість захворювань не перевищувала 2 випадки.



В 2017 р. не реєструвалась захворюваність на холеру, сибірку, дифтерію, орнітоз, гострий поліомієліт, хворобу Брілла, плямисту гарячку, висипний тиф; реєструвались поодинокі випадки: хвороби легіонерів(1), туляремії (1), паратифу А,В,С та не уточнений (1), сказу (2), гарячки КУ (2), бруцельозу (3), кліщового вірусного енцефаліту (4), черевного тифу (6), лістеріозу (11), вірусних гарячок та вірусних геморагічних гарячок (14), правця (18).

В 2017 р. зросла захворюваність на лептоспіроз (2,79%–0,78/100 тис.), ентерити, коліти, гастроентерити, харчові токсикоінфекції спричинені іншими встановленими збудниками (16,27%–142,55/100 тис.), в т.ч. кампілобактеріальний ентерит (43,12%–0,37/100 тис.) та ротавірусний ентерит (49,7%–42,6/100 тис.), ГКІ спричинені невстановленими збудниками та неточно визначені харчові токсикоінфекції (16,53%–120,92/100 тис.) тощо.

Захворюваність населення на ГКІ наразі залишається однією із найбільш поширених – більше 100 тис. випадків на рік.

В 2017 р. рівень захворюваності на ГКІ, спричиненими невстановленими збудниками та неточно визначені харчові токсикоінфекції, як і в попередньому році, продовжував зростати ( на 16,5% проти 2016 р.) – 51 502 вип. (120,9 /100 тис.) у 2017 р. в порівнянні з 44 197 вип. (103,4/100 тис.) в 2016 р. Найменший його показник за останні кілька років був зареєстрований у 2005 р. – 59,32/100 тис., з 2008 р. спостерігається невпинне зростання.

Не менш поширеними наразі в Україні залишаються ентерити, гастроентерити, харчові токсикоінфекції спричинені іншими встановленими збудниками: у 2016 р. було зареєстровано 52 221 вип.(122,1/100 тис.), а в 2017 р. відповідно 60 715 вип.(142,55/100 тис.), тобто рівень захворюваності зріс на 16,3%.

Актуальною проблемою залишається ротавірусна інфекція, зростання якої спостерігається більше 10 останніх років: з 635 вип. в 1995 р. до 12 119 вип. у 2016 р. (28,34/100 тис.) та 18 142 вип. (42,6/100 тис.) в 2017 р. Переважно інфекція вражає дітей до 17 років: питома вага їх складала 96,9% та 96,6% у 2016 та 2017 рр. відповідно. Неблагополучна епідемічна ситуація спостерігається на більшості адміністративних територій.

В 2017 р. зареєстровано 7391 вип. (17,35/100 тис.) сальмонельозу проти 8941 вип. (20,9/100 тис.) у 2016 р., тобто зменшення на 17,3%. Тим не менш він поступається мінімальному рівню захворюваності (14,23/100 тис.) у 2004 р. Актуальність сальмонельозу зумовлена його широким розповсюдженням, спорадичністю, частими спалахами та високим показником захворюваності серед дітей (47,2/100 тис. в 2016 р. проти 41,4/100 тис. у 2017 р.), постійним надходженням у торгівельну мережу забруднених сальмонельозом м'ясопродуктів, які не були виявлені у процесі переробки тощо.

Захворювання на дизентерію в останні 20 років характеризується періодичними спадами та підйомами: зниження з 1995 р. по 1998 р. – з 65,6/100 тис. до 34,5/100 тис., різке зростання у 1999 р. (33183 вип. – 66,6/100 тис.), зниження після 2000 р.- до 2,14/100 тис. в 2016 р. В 2017 р. захворюваність на шигельоз зросла на 7,23%: 979 вип.(2,3/100 тис.) проти 913 вип.(2,14/100 тис.) у 2016 році.

Щорічно в Україні реєструються спалахи захворювань на ГКІ, що спричиняє країні значні економічні втрати. Недарма останні є індикатором гострого епіднеблагополуччя населення. Різке погіршення ситуації з ГКІ в Україні спостерігається з 2014 р. Цьому сприяла низка причин: запровадження законодавством мораторію на перевірки будь-яких об'єктів (Верховна Рада України продовжила дію мораторію до 2019 р.), фактична ліквідація Держсанепідслужби, що здійснювала нагляд за діяльністю суб'єктів господарювання,

насамперед, за закладами громадського харчування, дитячими закладами тощо, покладання функцій останньої на Держпродспоживслужбу, що не властиво новій службі та не передбачено діючим законодавством здійснення відповідного контролю за цими об'єктами.

Спалахи інфекційних захворювань в 2017 р. реєструвались у всіх регіонах України, проте найбільшу кількість спалахів зареєстровано в Одеській області (29), в м. Києві (10), у Київській і Чернівецькій (9), Донецькій, Запорізькій, Львівській, Харківській (8), Дніпропетровській, Тернопільській (7), Миколаївській, Черкаській (6), Вінницькій, Волинській, Івано-Франківській, Полтавській, Рівненській, Херсонській (5), Сумській та Чернігівській (4), Житомирській та Хмельницькій (3), Кіровоградській (2), Закарпатській та Луганській областях (1). У таблиці 3.2 відображено динаміку спалахів інфекційних захворювань та кількості постраждалих за останні 8 років.

Таблиця 3.2

**Кількість спалахів інфекційних захворювань та постраждалих від них в Україні у 2010-2017 рр.**

	Рік							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Кількість спалахів	43	42	34	48	63	101	166	163
Постраждало людей	822	942	673	822	1260	1549	3140	2180
У тому числі діти	356	493	346	243	574	704	1563	1457

В 2017 р. дещо змінилася етіологічна структура спалахів в порівнянні з 2016 р. Якщо у 2016 р. 41,6% з них була викликана сальмонелами, то у 2017 р. переважали спалахи вірусної етіології (рота-, норовіруси), кількість яких склала 49 випадків (30,1%), 38 спалахів викликано сальмонелами (23,3%), у 33 випадках (20,2%) – іншими бактеріальними збудниками, вірусами гепатиту А – 26 (16%) спалахів, 2 спалахи спричинено шигеллами (1,2%), у 15 випадках етіологія збудника не встановлена (9,2%).

Як і в попередні роки в 2017 р. більшість спалахів були пов'язані з об'єктами соціального значення, насамперед, закладами громадського харчування, навчальними, оздоровлення та відпочинку для дітей, об'єктами водопостачання тощо.

В організованих колективах виникло 103 спалахи (63%) із загальною кількістю постраждалих 1323 особи (у тому числі 1230 дітей): в 51 дошкільному навчальному закладі (постраждало 406 дітей), 34 загальноосвітніх навчальних закладах (постраждала 591 дитина); 10 закладах оздоровлення/відпочинку (постраждало 198 дітей); 3 закладах інтернатного типу (16 дітей); 4 вищих навчальних закладах I-II рівнів акредитації (36 підлітків та 7 дітей); 1 позашкільному навчальному закладі, де постраждало 12 дітей.

З об'єктами ресторанного господарства та торгівлі було пов'язано 34 спалахи, під час яких захворіло 486 осіб, у тому числі 81 дитина (16,7%) проти 46 спалахів у 2016 р. з загальною кількістю захворілих 1096 осіб, у тому числі 224 дитини (20,4%).

У побуті серед населення в 2017 р. було зареєстровано 26 спалахів, під час яких постраждала 371 особа, з них 148 дітей (39%).

Харчовий шлях передачі збудників інфекції спричинив 85 спалахів (52%), контактнопобутовий – 58 (35,6%). Головними факторами передачі збудників були забруднені руки, посуд, предмети побуту (від несвоєчасно ізольованих хворих (носіїв) серед дітей або персоналу).

Основними причинами, які сприяли виникненню спалахів на об'єктах народного господарства, є: порушення поточності виробничих процесів приготування їжі, недотримання

товарного сусідства при зберіганні харчових продуктів, порушення технології приготування страв, термінів та температурного режиму при зберіганні сировини та готової продукції, дезінфекційного режиму, відсутність маркування розроблювального та прибирального інвентарю, кухонного посуду, допуск до роботи працівників без медичних оглядів або відсутність особових медичних книжок у окремих працівників, недотримання правил особистої гігієни особами, які брали участь у приготуванні страв, тощо.

До 2016 р. захворюваність на ботулізм, що була пов'язана з продукцією, яка вироблялася на харчових підприємствах та в домашніх умовах, майже не реєструвалась або становила поодинокі випадки і розглядалась як надзвичайна подія в державі. В 2016 р. в Україні було зареєстровано 99 випадків харчових отруєнь, що викликані збудником ботулізму, з кількістю потерпілих 119 осіб, з них 12 померло. У 2017 р. було зареєстровано вже 122 випадки харчових отруєнь, що викликані збудником ботулізму, в т.ч. 96 випадків в побуті. Загальна кількість потерпілих склала 141 особу, з них 12 дітей. Переважна більшість постраждалих вживали харчові продукти, які були виготовлені в домашніх умовах. Серед захворілих 12 осіб померло.

Вкрай неблагополучна епідемічна ситуація щодо ботулізму, яка триває вже 2 роки в Україні, беззаперечно засвідчує про існуючі суттєві недоліки як в питаннях контролю якості та безпечності харчових продуктів, так й закладами громадського харчування. Цьому сприяла майже повна ліквідація контрольно-наглядових функцій повноважними органами: законодавче запровадження мораторію на перевірки будь-яких об'єктів малого і середнього бізнесу, фактична ліквідація Держсанепідслужби, що здійснювала нагляд за діяльністю суб'єктів господарювання, а також недостатня увага протиепідемічній роботі на місцях. Як свідчить практика, питання біологічної безпеки та біологічного захисту населення вимагає здійснення перманентного контролю за додержанням технологічного та санітарного режиму виробництва харчових продуктів на підприємствах харчового профілю, постійного контролю за правилами тривалого зберігання м'ясних та рибних виробів на виробництві, широкої протиепідемічної пропаганди серед населення тощо.

Профілактика вірусних гепатитів, як і в попередні роки, залишається актуальною. У структурі всіх інфекційних захворювань вірусні гепатити складають 1,8% у роки максимального епідемічного підйому та майже 0,2% у роки спаду: 0,16% у 2016 р. і 0,18% в 2017 р. відповідно. В 2017 р. в порівнянні з 2016 р. рівень захворюваності на вірусні гепатити в цілому дещо знизився (на 1,1%) крім гепатиту А. Захворюваність на гострий ВГА в 2017 р. зросла до майже 7,34/100 тис. проти 7,08/100 тис. у 2016 р. За останні 10 років захворюваність коливалася в межах від 11,05/100 тис. в 2008 р. – 5,69/100 тис. у 2009 р. – 6,13/100 тис. в 2010 р. – 3,93/100 тис. у 2011 р. – 3,07/100 тис. в 2012 р., 6,8/100 тис. – у 2013 р., 10,1/100 тис. в 2014 р., – 5,78% у 2015 р. Слід враховувати, що питома вага гострого ВГА серед загальної кількості вірусних гепатитів наразі доволі значна: у 2017 р. становила 24,9%, питома вага інших гепатитів: гострий ВГВ – 11,3%, гострий ВГС – 3,8%, хронічні вірусні гепатити – 58,5%.

В 2017 р. в порівнянні з 2016 р. захворюваність на хронічні гепатити зменшилась на 1,6%, (17,24/100 тис. проти 17,44/100 тис). Серед них найбільшу питому вагу наразі має хронічний гепатит С – 78,4% в 2017 р. в структурі хронічних вірусних гепатитів (2016 р. – 78,0%). За 2 останні роки спостерігається зниження рівня захворюваності на хронічні гепатити. В порівнянні з 2015 р. та 2016 р. має місце зниження на 2,2% (до 5854 вип. – 13,69/100 тис), а в 2017 р. ще зменшився на 1,66% (5757 вип. – 13,52/100 тис.).

Одним із найважливіших заходів у боротьбі та попередженні інфекційних захворювань, керованих засобами специфічної імунопрофілактики (дифтерія, кашлюк, кір, краснуха, епідемічний паротит, поліомієліт, правець, гепатит В, туберкульоз), є проведення профілактичних щеплень.

В останні 5 років в Україні спостерігається нестійка епідемічна ситуація щодо вакцинокерованих захворювань, адже рівень вакцинації дітей за Календарем профілактичних щеплень залишається недостатнім. Україна стала одним із лідерів у рейтингу країн з низьким рівнем охоплення населення щепленнями. На фоні низького рівня охоплення щепленнями відбувається накопичення значного прошарку населення з недостатнім рівнем імунітету до збудників інфекційних захворювань, що сприяє формуванню умов до погіршення епідситуації найближчими роками та унеможливорює досягнення в країні елімінації кору в терміни, визначені ВООЗ.

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. Адже Україна до цього часу не налагодила власне виробництво останніх. Перебої з поставками вакцин в Україну почалися з 2014 р., коли тендери на їх закупівлю були проведені набагато пізніше, аніж було потрібно. Проте тільки у 2018 р. вдалося більш-менш забезпечити всі регіони України вакцинами для проведення необхідних щеплень. В 2018 р. МОЗ України запровадило нову міжнародну методику розрахунку потреби в вакцинах, розроблену спільно з ВООЗ та ЮНІСЕФ. Це дозволить зробити розрахунки точнішими та підвищити ефективність використання бюджетних коштів. Вона передбачає багаторічне планування національної програми імунізації та створення 25% буферного запасу вакцин, що враховує потребу як для планових щеплень, так і для посиленої імунізації в разі спалахів хвороб.

Захворюваність на епідемічний паротит, краснуху, кашлюк, правець, дифтерію набуває нестабільний характер, про що свідчить «чергування» періодів підйому і спаду захворюваності, зменшення міжепідемічних проміжків часу тощо. З кожним роком зменшуються обсяги виявлення бактеріоносіїв різних штамів дифтерії: в 2017 р. бактеріоносіїв токсигенних штамів не було виявлено (2016 р. – 1 вип.), а носіїв непатогенних штамів дифтерії зменшилося з 45 випадків (0.11/100 тис.) у 2016 р. до 33 вип. (0.08/100 тис.) в 2017 році.

В 2017 р. випадки захворюваності на дифтерію не реєструвалися ( в 2016 р. 4 вип. – 0,01/100 тис.).

На правець в 2017 р. захворіло 18 осіб (0,04/100 тис.), що в порівнянні з 10 вип. (0.02/100 тис.) у 2016 р., свідчить про накопичення когорти сприйнятливих осіб. Серед захворілих 6 дітей до 17 років (6 дітей в 2016 р.).

Рівень захворюваності на епідемічний паротит має тенденцію до зниження. В 2017 р. зареєстровано 336 вип. (0.79/100 тис.) в порівнянні з 439 вип. (1,03/100 тис.) у 2016 р., має місце зниження на 23,5%. Показник 2017 р. – найнижчий за останні 15 років (66,4/100 тис. в 1999 р.).

Захворюваність на краснуху зросла на 6,7%: з 150 вип. (0.35/100 тис.) в 2016 р. до 160 вип. (0.38/100 тис.) у 2017 р.

В Україні спостерігається черговий спалах захворюваності на кір. В порівнянні з 2016 р. (102 випадки кору – 0,24/100 тис.) кількість захворілих у 2017 р. склала 4782 випадки

(11,23/100 тис.), що майже в 46,9 рази більше. Найвищі рівні захворюваності були зареєстровані в Одеській, Запорізькій, Тернопільській, Львівській та Івано-Франківській областях.

Переважає більшість захворілих (3490 осіб) – це діти до 17 років (майже 73%). В порівнянні з 2016 р. кількість захворілих на кір дітей до 17 р. зросла в 42,05 рази. В 2017 р. 27% випадків захворювання кором спостерігалися серед осіб віком старше 17 років. Це свідчить про те, що у значної частини серед останніх рівень імунітету проти кору недостатній для захисту. Імунологічний моніторинг стану колективного імунітету населення до вірусу кору (із використанням методу ІФА) в 2017 р. показав, що значна кількість відібраних проб сироватки у дорослого населення не мала необхідний захисний рівень: узагальнені дані від 19 регіонів показали, що з 1234 проб сироватки від міського населення захисний рівень мали лише. 80,1% проб, 0 – 16,0% і 3,9% – із зниженнями, меншими за захисний рівнем, а серед сільського населення (716 проб сироватки) – 87,4%, 6,8% і 5,7% відповідно. Досягти зниження захворюваності кором як серед дітей, так серед дорослих можна тільки засобами імунопрофілактики.

В 2017 р. кількість щеплених проти кору дітей збільшилася. Якщо, за даними МОЗ України, у 2016 р. тільки 45% дітей отримали першу дозу вакцини проти кору і 30% — другу дозу вакцини, то в 2017 р. вдалося досягнути підвищення цих показників: 93% дітей отримали першу дозу вакцини проти кору і майже 90% — другу дозу цієї вакцини (для досягнення колективного імунітету проти кору потрібно охопити щепленнями 95% дітей). Щодо вакцинації проти дифтерії, правця та кашлюку ситуація гірша: кількість вакцинованих проти цих інфекцій дітей віком 18 міс становить трохи більше 50%, серед дорослих менше 50% ревакциновані проти дифтерії та правця, проти поліомієліту щеплено лише 75% дітей, гепатиту В –50%

Слід також враховувати, що низьке охоплення дітей щепленням проти поліомієліту може перекреслити раніше досягнуті успіхи у реалізації Програми ліквідації поліомієліту та сертифікації України як території, вільної від циркуляції дикого поліовірусу.

Проблеми щеплення наразі стикаються з неоднозначним ставленням частини населення до неї. 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). Наслідком цього 25% респондентів відмовлялися від щеплень для своєї дитини (40% на Львівщині). За результатами опитування ЮНІСЕФ, у 2017 р. тільки 84% опитаних батьків сказали, що роблять або намагаються робити щеплення своїм дітям вчасно, відповідно до Календаря ( в 2014 р. ця цифра становила 63%).

У загальній структурі інфекційних захворювань, що зареєстровані в 2017 р., випадки захворювань на грип та ГРВІ серед населення України становили 96,8% (2016 р. – 97,5%). Протягом 2017 року було зареєстровано 6,59 млн випадків захворювань на ГРВІ (15475,1/100 тис.) і 22 731 випадків грипу (53,4/ 100 тис.) проти майже 7,71 млн випадків захворювань на ГРВІ (18029,05/100 тис.) та 73243 вип. грипу (171,29/100 тис.) у 2016 р., тобто рівні захворюваності на ГРВІ і грип у звітньому році зменшилися на 14,5% та 69,0% відповідно. Переважає більшість ГРВІ в 2017 р. спостерігалася серед дітей 0–17 років: більше 4,4 млн захворілих (58257,7/100 тис.), що склало 67,3% від загальної кількості випадків ГРВІ.

З початку епідемічного сезону проти грипу вакциновано (за даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України») майже 174,0 тис. осіб, що становить 0,45% від загальної

кількості населення України, якому доцільно провести щеплення. Серед всіх щеплених частка дітей становила 22,0%. Охоплення вакцинацією варіювалася по регіонах від 0,14% до 1,12% (медіана 0,32%). Найвищий рівень охоплення спостерігався в Запорізькій області, а найнижчий – в Житомирській.

Незважаючи на зменшення захворюваності населення на туберкульоз в останні роки, тим не менш протидія йому залишається актуальною для України. Глобальна стратегія ВООЗ «Покласти кінець туберкульозу» (2015 р.) та «План дій щодо боротьби з туберкульозом для Європейського регіону ВООЗ на 2016–2020 роки» зобов'язує членів ВООЗ зменшити до 2035 року рівень смертності від туберкульозу на 95% та зменшення рівня захворюваності на туберкульоз менше 10 вип./100 тис.

Ріст захворюваності на туберкульоз серед нових випадків спостерігався в Україні з 1998 р., який було зупинено в 2004 р. Починаючи з 2007 р. реєструється її зниження (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Захворюваність на нові випадки туберкульозу в Україні  
(за даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Абсолютна кількість					На 100 тис. населення				
	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
<b>Україна</b>	<b>30819</b>	<b>25543</b>	<b>23896</b>	<b>23292</b>	<b>21995</b>	<b>67,9</b>	<b>59,5<sup>3</sup></b>	<b>55,9<sup>3</sup></b>	<b>54,7<sup>3</sup></b>	<b>51,9<sup>3</sup></b>
<i>Область</i>										
АР Крим	1492	–	–	–	–	76,3	–	–	–	–
Вінницька	906	809	758	769	620	55,9	50,2	47,3	48,2	39,2
Волинська	699	713	653	620	601	67,4	68,7	62,8	59,6	57,9
Дніпропетровська	3006	2600	2566	2105	2081	91,0	79,0	78,4	64,7	64,5
Донецька	3111	2499	1086 <sup>1</sup>	1172 <sup>1</sup>	1154 <sup>1</sup>	71,3	57,7	55,3 <sup>2</sup>	59,6 <sup>2</sup>	59,3 <sup>2</sup>
Житомирська	865	853	830	780	766	68,1	67,5	66,0	62,5	61,7
Закарпатська	716	731	749	765	743	57,2	58,3	59,6	60,9	59,2
Запорізька	1204	1144	1085	1066	1022	67,5	64,4	61,5	60,8	58,8
Ів.-Франківська	959	882	845	718	705	69,5	63,9	61,2	52,0	51,2
Київська	1183	1133	1194	1280	1159	68,9	65,9	69,3	74,1	67,0
Кіровоградська	763	774	747	648	674	77,2	78,9	76,7	67,0	70,3
Луганська	1769	248 <sup>1</sup>	316 <sup>1</sup>	370 <sup>1</sup>	340 <sup>1</sup>	78,6	11,1 <sup>2</sup>	43,9 <sup>2</sup>	52,0 <sup>2</sup>	48,3 <sup>2</sup>
Львівська	1636	1659	1509	1557	1356	64,9	65,8	59,9	61,9	53,9
Миколаївська	908	838	803	777	686	77,4	71,8	69,0	67,1	59,7
Одеська	2162	2342	2446	2594	2561	90,7	98,2	102,5	109,0	107,8
Полтавська	878	796	789	799	749	60,1	54,9	54,7	55,8	52,8
Рівненська	727	646	636	611	506	62,9	55,8	54,8	52,6	43,6
Сумська	645	612	623	615	603	56,5	54,1	55,6	55,4	54,7
Тернопільська	531	500	409	475	394	49,4	46,7	38,3	44,7	37,3
Харківська	1221	1140	1182	1163	1141	44,7	41,9	43,5	43,0	42,5
Херсонська	1036	904	875	799	770	96,2	84,4	82,0	75,3	73,0
Хмельницька	727	748	724	690	612	55,5	57,4	55,8	53,4	47,7
Черкаська	776	719	716	654	617	61,3	57,2	57,4	52,8	50,3
Чернівецька	415	366	364	273	289	45,9	40,4	40,1	30,1	31,9
Чернігівська	783	663	677	656	602	73,2	62,6	64,7	63,3	58,7
<i>Місто</i>										
Київ	1473	1224	1314	1336	1244	52,5	43,3	46,2	46,6	42,1
Севастополь	228	–	–	–	–	59,8	–	–	–	–

Примітки: Показники наведені з використанням форми звітності № 8 «Звіт про захворювання на активний туберкульоз»

<sup>1</sup>Враховані дані з підконтрольних територій України

<sup>2</sup>Розрахунок проведений на кількість населення підконтрольних територій України

<sup>3</sup>Розрахунок проведений на кількість населення включно з тимчасово окупованими Луганською та Донецькою областями

Смертність від туберкульозу (далі – ТБ) останніми роками поступово знижується. За даними Держстату України було зареєстровано 6390 померлих (14,1/100 тис.) у 2013 р., 5240 осіб (12,2/100 тис.) в 2014 р., 4602 осіб. (10,8/100 тис.) у 2015 р., 4064 осіб. (9,5/100 тис.) в 2016 р. і 3472 особи (8,2/100 тис.) у 2017 р. Найбільша смертність від ТБ в 2017 р. спостерігалася (з розрахунку на 100 тис. населення) в Луганській (13,6), Закарпатській (13,4) і Дніпропетровській (13,0) областях, найнижча – в Тернопільській (4,2) і Чернівецькій (5,9) областях і у м. Києві. (4,5).

Соціальний статус осіб, які вперше захворіли на ТБ у 2017 р., наступний:

- робітники – 2511 осіб (11,4% від загальної кількості захворілих);
- службовці – 501 осіб (2,3%);
- пенсіонери – 2914 осіб (13,2%);
- учні – 412 осіб (1,9%);
- студенти – 294 осіб (1,3%);
- непрацюючі працездатного віку – 12323 осіб. (56,0%);
- особи, які повернулися з місць позбавлення волі – 148 осіб. (0,7%);
- особи без постійного місця проживання – 438 осіб. (2,0%);
- бізнесмени – 100 осіб (0,5%) тощо.

Серед нових випадків ТБ мали фактори ризику: у 2017 р. зловживали алкоголем 3016 осіб (13,7% від загальної кількості зареєстрованих випадків) та споживали ін'єкційні наркотики 669 чол.(3,0%) проти 3041 чол. (13,1%) та 650 осіб (2,8%) у 2016 р. відповідно.

На ТБ переважно хворіють особи чоловічої статі у віці старше 25 років (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Захворюваність на туберкульоз (нові випадки + рецидиви) за віком і статтю в Україні  
(за даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України)**

Вік	Чоловіки					Жінки				
	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
До 1 року	15	12	27	26	13	17	10	17	21	15
1-4 роки	93	81	108	113	128	92	72	101	102	123
5-9 років	118	76	99	85	92	99	70	76	72	74
10-14 років	83	75	72	72	89	86	79	68	80	77
15-17 років	156	161	149	113	120	189	134	135	115	132
18-24 роки	1420	1091	946	903	733	1025	758	723	654	565
25-34 роки	5880	4937	4699	4199	3778	2901	2422	2314	2284	2041
35-44 роки	6865	6414	6497	5999	5728	2357	2115	2117	2124	2047
45-54 роки	5399	4736	4680	4331	4196	1497	1254	1217	1323	1233
55-64 роки	3153	2752	2913	2997	2686	980	825	830	791	834
65 років і старші	1493	1335	1326	1357	1280	1245	1166	1037	1039	1137
<b>Всього</b>	<b>24675</b>	<b>21670</b>	<b>21516</b>	<b>20195</b>	<b>18843</b>	<b>10488</b>	<b>8905</b>	<b>8635</b>	<b>8605</b>	<b>8278</b>

Примітка: Дані наведені з використанням форми звітності № 8 «Звіт про захворювання на активний туберкульоз»

На відміну від захворюваності на ТБ дорослих захворюваність на ТБ серед дітей віком 0-14 років включно в останні роки зростає (за даними ДУ «ЦГЗ МОЗ України»). Так, якщо серед нових випадків та рецидивів на ТБ показник на 100 тис. дітей в 2014 р. становив 7,5 (розрахунок проведений на кількість населення України включно з тимчасово окупованими Луганською та Донецькою областями), то у 2015 та 2016 рр. він дорівнював 8,8, а у 2017 р. досягнув 9,3. Найвищі показники захворюваності серед дітей віком 0-14 років спостерігалися у Запорізькій (8,2 в 2014 р. проти 22,4 у 2017 р.), Дніпропетровській (14,3 в 2014 р. проти

21,8 у 2017 р.) і Херсонській (12,2 в 2014 р. проти 18,3 у 2017 р.) областях, найнижчі – Тернопільській (0,6 в 2014 р. проти 1,8 у 2017 р.) і Чернівецькій (2,6 в 2014 р. проти 3,2 у 2017 р.) областях.

В останні 5 років (2013–2017 рр.) кількість захворювань на ТБ серед контактних осіб у вогнищах ТБ з бактеріовиділенням коливається від 299 захворілих в 2013 р. ( 5,7 /1000 контактних осіб) до 358 чол. в 2017 р. (8,6/1000), що свідчить про недостатню якість протитуберкульозних заходів у вогнищах ТБ.

З 2006 р. в Україні спостерігається поступове зростання показника захворюваності на поєднану патологію ТБ зі СНІДом. Серед нових випадків та рецидивів цей показник дорівнював 3,4/100 тис. в 2006 р., 12,1/100 тис. у 2013 р., (5478 захворілих), 12,1/100 тис. в 2014 р.(5210 осіб), 13,0/100 тис. у 2015 р.(5572 особи), 13,2/100 тис. в 2016 р. (5622 особи) і 13,3/100 тис. у 2017 р. (5646 осіб.). Найвищі показники захворюваності на ТБ/СНІД у 2013–2017 рр. реєструвалися в Одеській (зростання з 27,6/100 тис. в 2013 р. до 53,5/100 тис. у 2017 р.), Донецькій (24,5/100 тис. у 2013 р., 24,3/100 тис. в 2017 р.), Київській (11,6/100 тис. у 2013 р., 22,7/100 тис. в 2017 р.) та Дніпропетровській (25,8/100 тис. у 2013 р., 22,7/100 тис. в 2017 р.) областях, найнижчі – в Закарпатській (1,4/100 тис. у 2013 р., 2,4/100 тис. в 2017 р.), Чернівецькій (1,5/100 тис. у 2013 р., 2,4/100 тис. в 2017 р.) та Тернопільській (1,7/100 тис. у 2013 р., 2,7/100 тис. в 2017 р.) областях. В 2017 р. померло внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ 1684 хворих.

В останні роки в Україні спостерігається поступове зниження виконання запобіжних протитуберкульозних заходів, насамперед – показників профілактичних оглядів з метою виявлення хворих на ТБ. Так, якщо в 2013 р. показник флюорографічного обстеження (на 100 осіб віком старше 15 років) становив 56,3, то у 2014–2017 рр. 46,6, 46,4, 45,9 і 45,9 відповідно, показник туберкулінодіагностики (на 100 дітей віком 0–14 років включно) у 2013р. дорівнював 43,4 проти 43,4, 36,6,44,6, 43,3 і 37,6 в 2014–2017 рр. відповідно. Тому виявлення хворих на ТБ при профілактичних оглядах (відсоток до загальної кількості нових випадків ТБ) в цілому в останні роки знижується: 53,6, 48,6, 47,9, 44,6 і 43,3 у 2013-2017 роках відповідно.

Спротив частини населення профілактичним щепленням, неритмічність поставки вакцини БЦЖ у 2014–2017 рр. тощо негативно позначилося й на вакцинації проти ТБ. Навіть в останні 2 роки, коли цьому питанню почали приділяти більше уваги, відсоток вакцинованих залишається значно нижчим для досягнення колективного імунітету проти ТБ ( потрібно охопити щепленнями 95% осіб, які підлягають вакцинації). Так, в 2016 р. серед дітей першого року життя підлягали щепленню вакциною БЦЖ майже 434,3 тис. дітей, з них було охоплено щепленням 313,6 тис. дітей, тобто 72,2%, у 2017 р. цей показник складав 83,6% ( 399,9 тис. дітей підлягало вакцинації і 334,1 тис. дітей було охоплено щепленням). Найнижчий показник охоплення щепленням дітей у 2017 р. ( від 64 до 80% ) спостерігався в 9-ти регіонах (Вінницька, Дніпропетровська, Житомирська, Івано-Франківська, Луганська, Одеська, Тернопільська, Харківська і Чернігівська області), найвищі ( 95% і вище) – в 4-х регіонах (Сумська, Хмельницька, Черкаська і Чернівецька області).

Проблема запобігання поширеності ВІЛ-інфекції серед населення залишається актуальною як для світової спільноти, так й для України зокрема. На сьогодні країна відноситься до регіонів з високим рівнем поширення ВІЛ. Про це свідчать наступні факти:

– щороку серед обстежених на ВІЛ осіб в Україні виявляється близько 1% осіб з підтвердженими позитивними результатами;



- під медичним наглядом з приводу ВІЛ-інфекції перебуває 0,31% населення країни;
- за період 1987–2017 рр. (без урахування статистичних даних АР Крим та частини території, де з 2014 р. проводиться антитерористична операція) в країні офіційно зареєстровано більше 315,6 тис. випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 102,2 тис. випадків захворювання на СНІД та майже 45,1 тис. випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом (за даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»).

Станом на 1.01.2017 р. перебувало під наглядом у ЗОЗ 132945 ВІЛ-інфікованих осіб, на кінець звітного року – 141371 чол. Протягом 2017 р. взято під нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом 18194 особи. За останні 16 років динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні наступна. З 2002 по 2013 рр. спостерігається поступове зростання показника абсолютної кількості інфікованих з 8756 вип. в 2002 р. до 21631 вип. у 2013 р. В наступні два роки відбулося деяке зниження цього показника: 2014 р. – 19272 вип., 2015 р. – 15869 вип. В останні два роки спостерігається його зростання: 2016 р. – 17066 вип., 2017 р. – 18194 вип.

Віковий розподіл серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у 2017 р. наступний: 0–14 років включно – 2614 осіб (14,4%), 15–17 років включно – 37 чол. (0,2%), 18–24 роки включно – 907 осіб (5,0%), 25–49 років включно – 12568 чол. (69,1%), 50 років і старші – 2068 осіб (11,3%). Таким чином в віковій структурі первинно інфікованих переважають особи репродуктивного та працездатного віку. Питома вага чоловіків серед інфікованих в останні роки зростає, а жінок – знижується: відповідно 55,9%, 56,9%, 57,5% і 58,7% в 2015–2017 рр. серед чоловіків та 44,1%, 43,1%, 42,5% і 41,3% серед жінок.

Переважно ВІЛ вражає жителів міст: в 2017 р. з уперше в житті встановленим діагнозом 74,5% випадків (13 557 осіб) було зареєстровано серед мешканців міст і тільки 25,5% випадків (4637 осіб) серед мешканців сіл.

Щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції, то продовжується тенденція, що спостерігається з 2008 р. коли відбулася зміна шляхів передачі її збудника: з парентерального (при вживанні ін'єкційних наркотиків) на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах. В 2017 р. серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом, були встановлені наступні шляхи інфікування:

- статевий шлях – 11567 вип. (63,6% від загальної кількості інфікованих), з них гомосексуальний – 492 вип. (4,3% від загальної кількості інфікованих статевим шляхом) і гетеросексуальний 11075 вип. (95,7%);

- парентеральний шлях – 4002 вип. (22,0%), з них унаслідок введення ін'єкційних наркотиків – 3997 (99,9% від загальної кількості інфікованих парентеральним шляхом);

- діти, народжені ВІЛ-інфікованою жінкою – 2600 вип. (14,3%);

- шлях інфікування не визначено – 25 вип.

Незважаючи на тенденцію до зниження парентерального шляху зараження ВІЛ-інфекцією (29,6% у 2014 р., 26,6% в 2015 р., 21,8% у 2016 р.), він продовжує суттєво впливати на епідемічний процес ВІЛ-інфекції.

В 2017 р. діагностовано 9308 випадків СНІДу проти 8852 у 2016 р., темп приросту склав +5,0%, показник захворюваності становив 21,9/100 тис. населення проти 20,7 у попередньому році. Значні темпи приросту захворюваності на СНІД зареєстровано у Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Львівській, Одеській та Херсонській областях

Смертність серед ВІЛ-інфікованих осіб в 2017 р. склала 5,5 тис. випадків, з них безпосередньо померли за причинами пов'язаними з ВІЛ-інфекцією 3364 особи (7,9/100 тис.). Найвищі показники смертності від СНІДу (19-30/100 тис.) були зареєстровані у Дніпропетровській (28,5) та Одеській (19,2) областях, найнижчі (1-2/100 тис.) – в Тернопільській (1,1), Закарпатській (1,3) та Рівненській (1,9) областях. Основною причиною смерті хворих на СНІД в Україні залишається туберкульоз (ко-інфекція ТБ/ВІЛ), частка якого у 2017 р. склала 50% серед усіх померлих від СНІДу.

Епізоотична ситуація щодо сказу в Україні залишається неблагополучною. Поодинокі випадки сказу серед людей реєструються майже кожного року, в цілому за період з 1995 по 2017 рр. в Україні було зареєстровано 57 випадків захворювань серед населення, зокрема 4 випадки (0,01 на 100 тис.) у 2016 р. та 2 випадки у 2017 р.

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.

Оскільки сказ є зооозною інфекцією, що передається людині виключно від тварин, протиепідемічні заходи повинні бути спрямовані на нейтралізацію джерела збудника сказу. Тому необхідна постійна регуляція чисельності диких тварин, зокрема лисиць, на екологічно виправданому рівні ( не більше 1,0 особи на 1000 га).

Серед трансмісивних паразитарних захворювань увагу привертає малярія. В Україні вона була ліквідована в 1956 р., проте спостерігається її завіз з країн, що неблагополучні щодо малярії. За останні кілька років була завезена наступна кількість випадків малярії: 65 вип. у 2012 р., 80 вип. в 2013 р., 48 у 2014 р., 51 в 2015 р., 43 у 2016 р. В порівнянні з минулим роком в 2017 р. кількість випадків завозу малярії збільшилася на 4 вип.

### **Висновки**

За останні 15 років загалом спостерігається зниження захворюваності населення на інфекційні хвороби. Епідемічний процес в Україні, як і в попередні роки, проявлявся у вигляді спорадичної захворюваності, групових захворювань та спалахів.

В захворюваності населення на інфекційні хвороби найбільший вплив на стан здоров'я населення мають грип та інші ГРВІ (питома вага яких у структурі інфекційної захворюваності складає 97,0-98,0%), а також вірусні гепатити, ГКІ, туберкульоз, інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики.

Епідемічна ситуація із захворюваності на кишкові інфекції в Україні є нестійкою, що пов'язано із зниженням життєвого рівня населення на фоні низького рівня санітарного благоустрою населених пунктів, споживання населенням недоброякісних харчових продуктів, низьким рівнем санітарної культури широких верств населення тощо.

Погіршення епідемічної ситуації щодо попередження спалахів інфекційних захворювань серед різних верств населення, що спостерігається з 2014 р. та яка вкрай неблагополучна щодо ботулізму пов'язані, перш за все, з недоліками в питаннях контролю якості та безпечності харчових продуктів, незадовільним рівнем санітарноосвітньої роботи серед населення.

В Україні у 2017 р. спостерігався спалах захворюваності на кір, якому сприяли низьке охоплення населення щепленням проти кору, недосконала система постачання вакцини у 2014–2017 рр., спротивом частини населення проти щеплення дітям, недостатня адвокація щеплення серед батьків тощо.

Проблема попередження інфекційних захворювань, керованих засобами специфічної імунопрофілактики, вимагає постійної широкої адвокації протиепідемічних заходів, насамперед – профілактичного щеплення різних верств населення (за епідемічними та медичними показаннями).

В останні роки в Україні спостерігається стабілізація епідемічної ситуації із захворювання на туберкульоз. Проте зростає захворюваність на поєднану патологію туберкульозу зі СНІДом. В структурі захворюваності на туберкульоз залишається високим відсоток серед захворілих осіб непрацюючих працездатного віку (56,0%) та значна кількість осіб, які зловживають алкоголем або споживають ін'єкційні наркотики, що свідчить про збільшення впливу соціального фактору на ситуацію з туберкульозу в Україні.

В протидії ВІЛ/СНІДу досягнути відчутних результатів не вдається, досягнуті лише окремі ознаки сповільнення епідемічного процесу.

## **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, яка полягає в збереженні та зміцненні здоров'я населення та поліпшення якості медичного обслуговування, розробці конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм та методів роботи окремих спеціалізованих служб – неможливе без відповідної ресурсної бази яка включає в першу чергу мережу закладів охорони здоров'я.

Мережа закладів 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 типами, 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 характеристики 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 – центри ПМСД, сімейні амбулаторії; 2) ЗОЗ із забезпечення стаціонарної та/або амбулаторної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, до яких належать: центральні районні лікарні, районні лікарні, міські лікарні, дитячі міські лікарні, дільничні лікарні, а в перспективі – багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, багатопрофільні дитячі лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, дитячі лікарня планового лікування, консультативно-діагностичні центри, спеціалізовані медичні центри (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), диспансери; 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, аптеки, а також заклади, що здійснюють організацію і регулювання діяльності установ та окремі програми і заходи в системі охорони здоров'я.

*Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я та якості медичної допомоги* вимагає вивчення її ресурсів у контексті її основної діяльності. При проведенні аналізу відсутні дані про ситсему охорони здоров'я АР Крим, м. Севастополь та непідконтрольних територій Донецької та Луганської областей.

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 2017 р. надавалась в 3502 закладах охорони здоров'я із яких 1292 лікарні, 261 диспансер, 1281 самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади в тому числі 671 ЦПМСД, 197 самостійних поліклінік, 33 Станції ШМД та центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 39 станцій переливання крові тощо. Табл. 4.1.1.

В розрізі адміністративних територій загальна кількість закладів охорони здоров'я та їх структура (розподіл за типами) суттєво відрізняється : від 66 в Луганській області до 369 у Львівській області, що залежить від територій регіону, кількості населення, яке в регіоні проживає та наявності на даній території ЗОЗ які виконують функції державного значення з надання медичної допомоги населенню.

Далі, в табл 4.1.2 наводимо мережу закладів охорони здоров'я, які безпосередньо підпорядковані МОЗ України. Таких закладів функціонує в кількості 117 одиниць в тому числі 20 науково-дослідних закладів, 11 вищих навчальних закладів, 14 санаторієв, з лікарні, 9 самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів та 9 стоматологічних поліклінік тощо.

Заклади охорони здоров'я, які безпосередньо підпорядковані МОЗ України розташовані не в усіх регіонах країни. А в тих, що розташовані – рівномірно. Найбільша кількість таких закладів розташована в м. Києві (36), Одеській (22) та Харківській (10) області.

Далі, в табл. 4.1.3. наведено дані про заклади охорони здоров'я системи МОЗ України, які фінансуються із місцевого бюджету. Заклади охорони здоров'я, які безпосередньо підпорядковані МОЗ України розташовані не в усіх регіонах країни. А в тих,

що розташовані – рівномірно. Найбільша кількість таких закладів розташована в м. Києві (36), Одеській (22) та Харківській (10) області.

Таких закладів в Україні функціонує 3385 із яких 1260 складають лікарні, 259 диспансери, 1272 самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади в тому числі 671 ЦПМСД, 188 стоматологічних поліклінік, 31 станції ШМД та центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 110 санаторіїв тощо. Кількість вказаних закладів в розрізі адміністративних територій є нерівномірною.

Враховуючи значну кількість населення, яке проживає в сільській місцевості в табл. 4.1.4 наводимо мережу закладів охорони здоров'я в яких надається медична допомога переважно сільському населенню.

В цілому в Україні функціонує 448 ЦРЛ, 82 РЛ, 30 ДЛ, 3892 сільські лікарські амбулаторії із яких 409 є самостійними. Для організації надання первинної медисної допомоги сільському населенню створено 488 ЦПМСД.

В табл.4.1.5 наведені дані щодо мережі закладів охорони здоров'я системи МОЗ України в яких надається стаціонарна допомога.

Всього в Україні функціонує 1475 таких закладів. До закладів охорони здоров'я системи МОЗ України в яких надається стаціонарна допомога відносяться 25 обласних лікарень, 27 обласних дитячих лікарень, 303 міських лікарень, 448 ЦРЛ, 106 спеціалізованих лікарень, 183 диспансерів із стаціонарними відділеннями, 75 пологових відділень тощо.

Розміщення закладів охорони здоров'я системи МОЗ України в яких надається стаціонарна допомога в розрізі регіонів є нерівномірним.

Далі в табл. 4.1.6 наведено дані щодо мережі закладів охорони здоров'я системи МОЗ України в яких надається амбулаторно-поліклінічна допомога, включаючи структурні та відокремлені структурні підрозділи, які надають первинну медичну допомогу.

В цілому в системі охорони здоров'я МОЗ України функціонує 8318 закладів охорони здоров'я в яких надається амбулаторно-поліклінічна допомога. До числа таких закладів відносяться 1128 поліклінік в складі лікарняних закладів, 5451 амбулаторій в складі лікарняних закладів та ЦПМСД, 1281 самостійна поліклініка та амбулаторія, 261 диспансер та 197 стоматологічних поліклінік.

## Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України, 2017 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього закладів	Лікарні	Діспансери	Самостійні амбул. поліклінічні заклади	3 нх: ЦПМСД	Стомат. поліклініки	Станції переливання крові	Станції ШМД та центри екстреної медичної допомоги та медичні катастроф	Будинки дитини	Санаторії	Бюро судмед-експертизи	Патанатомічні бюро	Центри здоров'я	Центри медстатистики	Науково-дослідні заклади	Випи наочальні заклади	
																III-IV рівня акредитації	I-II рівня акредитації
Україна	3502	1 292	261	1 281	671	197	39	33	38	124	26	15	26	34	20	17	98
<i>Область</i>																	
Вінницька	132	52	7	42	41	8	1	1	2	8	1	1	1	2	-	1	5
Волинська	88	40	4	25	20	5	2	1	1	3	1	1	1	1	-	-	3
Дніпропетровська	241	105	13	69	58	22	2	2	3	11	1	1	3	1	2	1	5
Донецька	157	60	23	40	34	15	3	1	1	3	1	-	1	2	2	1	4
Житомирська	109	38	4	38	31	13	1	1	2	4	1	1	1	1	-	-	4
Закарпатська	140	41	5	79	14	3	1	1	1	2	1	-	1	1	1	-	3
Запорізька	156	60	16	43	40	10	4	1	1	8	1	1	2	3	-	2	4
Ів.-Франківська	215	59	14	117	7	7	1	3	1	7	1	-	0	1	-	1	3
Київська	122	58	8	34	29	7	1	1	2	3	1	1	1	1	-	-	4
Кіровоградська	102	39	12	32	24	6	2	1	1	3	1	1	1	1	-	-	2
Луганська	66	27	7	17	16	2	1	4	1	1	1	-	0	1	-	1	3
Львівська	369	96	19	219	8	15	1	1	2	5	1	1	1	1	1	1	5
Миколаївська	88	39	6	31	29	2	1	1	1	2	1	-	1	1	-	-	2
Одеська	174	68	10	58	40	8	2	1	4	10	1	1	2	2	3	1	3
Полтавська	134	52	16	37	35	8	3	1	1	6	1	1	1	1	-	1	5
Рівненська	98	42	5	29	24	9	1	1	1	3	1	-	1	1	-	-	4
Сумська	103	42	9	34	22	5	1	1	1	2	1	1	0	1	-	-	5
Тернопільська	127	49	9	47	19	5	2	1	1	5	1	1	1	1	-	1	3
Харківська	213	81	21	66	35	11	1	1	4	10	1	-	2	2	-	3	10
Херсонська	82	34	5	26	23	3	1	1	1	5	1	-	1	1	-	-	3
Хмельницька	101	42	7	32	26	3	2	1	1	5	1	1	1	1	-	-	4
Черкаська	100	40	6	34	28	5	1	1	1	4	1	-	1	3	-	-	3
Чернівецька	99	26	7	49	14	3	1	1	1	3	1	1	1	1	-	1	3
Чернігівська	99	40	12	30	26	5	1	1	1	2	1	1	0	1	-	-	4
м.Київ	187	62	16	53	28	17	2	3	2	9	2	-	1	2	11	2	5

Мережа закладів охорони здоров'я безпосереднього підпорядкування МОЗ України, 2017 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього закладів	в тому числі:										Вищі навчальні заклади	
		лікарні	диспансери	самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади	стоматологічні поліклініки	станції ШМД та медичної допомоги та катастроф санаторії	Бюро судмед. експертизи	центр медичної статистики	науково-дослідні заклади	III-IV рівнів акредитації	I-II рівнів акредитації		
<b>Україна</b>	117	32	2	9	9	2	14	1	1	1	20	17	10
<i>Область</i>													
Вінницька	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Дніпропетровська	9	5	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1	-
Донецька	6	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1	1
Закарпатська	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Запорізька	5	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2	1
Івано-Франківська	8	2	-	-	1	-	3	-	-	-	-	1	1
Київська	3	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Луганська	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Львівська	6	-	-	1	1	-	1	-	1	-	1	1	1
Одеська	22	6	-	1	3	-	8	-	-	-	3	1	-
Полтавська	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Тернопільська	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Харківська	10	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	3
Чернівецька	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
м. Київ	36	9	2	4	3	2	-	1	1	11	2	2	1



Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ, 2017 рік (місцевий бюджет)

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього закладів	лікарні	диспансери	самост. амбулаторно-поліклінічні заклади	з них: ЦПМСД	стоматологічні поліклінікити	СПК	станції ШМД та центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	будинки дитини	сааторії	Бюро суд.мед. експертизи	патанатомічні бюро	центри здоров'я	центри медичної статистики	ВНЗ І-ІІ рівнів акредитації
<b>Україна</b>	<b>3385</b>	<b>1 260</b>	<b>259</b>	<b>1 272</b>	<b>671</b>	<b>188</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>38</b>	<b>110</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>33</b>	<b>88</b>
<i>Область</i>															
Вінницька	129	50	7	42	41	8	1	1	2	8	1	1	1	2	5
Волинська	88	40	4	25	20	5	2	1	1	3	1	1	1	1	3
Дніпропетровська	232	100	13	68	58	22	2	2	3	11	1	1	3	1	5
Донецька	151	59	23	39	34	15	3	1	1	3	1	-	1	2	3
Житомирська	109	38	4	38	31	13	1	1	2	4	1	1	1	1	4
Закарпатська	137	39	5	79	14	3	1	1	1	2	1	-	1	1	3
Запорізька	151	59	16	43	40	10	4	1	1	7	1	1	2	3	3
Івано-Франківська	207	57	14	117	7	6	1	3	1	4	1	-	-	1	2
Київська	119	57	8	33	29	7	1	1	2	2	1	1	1	1	4
Кіровоградська	102	39	12	32	24	6	2	1	1	3	1	1	1	1	2
Луганська	65	27	7	17	16	2	1	4	1	1	1	-	-	1	3
Львівська	363	96	19	218	8	14	1	1	2	4	1	1	1	1	4
Миколаївська	88	39	6	31	29	2	1	1	1	2	1	-	1	1	2
Одеська	152	62	10	57	40	5	2	1	4	2	1	1	2	2	3
Полтавська	132	52	16	37	35	8	3	1	1	6	1	1	1	1	4
Рівненська	98	42	5	29	24	9	1	1	1	3	1	-	1	1	4
Сумська	103	42	9	34	22	5	1	1	1	2	1	1	0	1	5
Тернопільська	125	49	9	47	19	5	2	1	1	5	1	1	1	1	2
Харківська	203	78	21	66	35	10	1	1	4	10	1	-	2	2	7
Херсонська	82	34	5	26	23	3	1	1	1	5	1	-	1	1	3
Хмельницька	101	42	7	32	26	3	2	1	1	5	1	1	1	1	4
Черкаська	100	40	6	34	28	5	1	1	1	4	1	-	1	3	3
Чернівецька	98	26	7	49	14	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3
Чернігівська	99	40	12	30	26	5	1	1	1	2	1	1	-	1	4
м. Київ	151	53	14	49	28	14	2	1	2	9	1	-	1	1	4

Мережа закладів, які надають медичну допомогу переважно сільському населенню, 2017 рвк

Адміністративно-територіальна одиниця	ЦРЛ	РЛ	ДЛ	з них розташовані в сільській місцевості			Сільські лікарські амбулаторії всього	в тому числі самостійні	ЦПМСД (в сільських адміністраціях в сільських районах)
				ЦРЛ	РЛ	ДЛ			
<b>Україна</b>	<b>448</b>	<b>82</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>3892</b>	<b>409</b>	<b>488</b>
<i>Область</i>									
Вінницька	27	-	-	-	-	-	242	-	31
Волинська	15	7	1	1	-	1	90	1	15
Дніпропетровська	22	2	-	1	-	-	188	-	27
Донецька	11	1	-	1	-	-	91	-	12
Житомирська	23	1	-	1	1	-	190	2	29
Закарпатська	5	9	7	-	-	7	252	57	12
Запорізька	20	2	-	-	1	-	144	1	29
Івано-Франківська	14	7	3	-	-	3	154	103	7
Київська	25	4	6	1	1	6	229	-	24
Кіровоградська	21	-	-	1	-	-	105	3	20
Луганська	12	2	2	-	-	-	71	-	12
Львівська	19	19	1	-	3	1	208	183	8
Миколаївська	19	-	-	-	-	-	141	-	20
Одеська	26	1	-	-	1	-	187	1	26
Полтавська	25	-	-	-	-	-	236	-	28
Рівненська	15	9	-	-	4	-	125	3	20
Сумська	18	-	5	-	-	3	131	7	18
Тернопільська	16	13	5	-	-	5	172	24	18
Харківська	24	-	-	1	-	-	247	-	32
Херсонська	18	-	-	-	-	-	124	-	22
Хмельницька	20	4	-	1	1	-	154	-	23
Черкаська	20	1	-	2	1	-	147	-	19
Чернівецька	11	-	-	-	-	-	163	24	12
Чернігівська	22	-	-	-	-	-	101	-	24

Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ, які надають стаціонарну допомогу, 2017 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього лікарняних закладів	в тому числі:													Інші заклади
		обласні лікарні	обласні дитячі (вкл. "Охматит") лікарні	міські лікарні	дитячі міські лікарні	лікарні швидкої медичної допомоги	госпіталі для інвалідів війни	спеціалізовані лікарні	ІПЛ	РЛ	ДЛ	пологові будинки	психіатричні та наркологічні диспансери		
<b>Україна</b>	1475	25	27	303	57	13	30	106	448	82	30	75	64	183	32
<b>Область</b>															
Вінницька	58	1	1	6	-	1	1	9	27	-	-	2	2	6	2
Волинська	43	1	1	4	-	-	1	4	15	7	1	2	2	3	2
Дніпропетровська	117	1	1	43	9	2	2	7	22	2	-	6	4	12	6
Донецька	71	1	-	34	2	1	1	2	11	1	-	3	3	11	1
Житомирська	42	1	1	5	1	-	1	2	23	1	-	1	2	4	-
Закарпатська	45	1	1	7	1	-	1	6	5	9	7	1	2	4	-
Запорізька	71	1	1	16	3	1	1	4	20	2	-	6	4	11	1
Івано-Франківська	72	1	1	14	5	-	1	3	14	7	3	5	3	13	2
Київська	64	2	2	10	1	-	1	2	25	4	6	3	2	6	-
Кіровоградська	47	1	1	8	2	1	1	1	21	-	-	1	2	8	-
Луганська	33	1	1	4	1	-	-	2	12	2	2	-	2	6	-
Львівська	111	1	2	32	3	1	1	8	19	19	1	4	2	15	3
Миколаївська	43	1	1	5	1	1	1	5	19	-	-	3	2	4	-
Одеська	73	1	1	15	4	-	2	4	26	1	-	6	4	5	4
Полтавська	64	1	1	10	2	-	3	6	25	-	-	2	2	12	-
Рівненська	47	1	1	3	1	-	1	4	15	9	-	3	2	5	2
Сумська	50	1	1	8	2	-	1	1	18	-	5	2	3	8	-
Тернопільська	57	1	1	2	1	1	1	3	16	13	5	1	3	8	1
Харківська	89	1	2	24	4	1	1	9	24	-	-	7	4	8	4
Херсонська	39	1	1	5	-	-	1	5	18	-	-	1	1	5	1
Хмельницька	47	1	1	5	1	-	1	4	20	4	-	2	3	5	-
Черкаська	46	1	1	9	2	1	1	1	20	1	-	2	1	6	-
Чернівецька	32	1	1	5	1	1	1	1	11	-	-	2	1	6	1
Чернігівська	48	1	1	8	1	-	1	1	22	-	-	2	3	8	-
м. Київ	66	-	1	21	9	1	3	12	-	-	-	8	5	4	2

**Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу включаючи структурні та відокремлені структурні підрозділи, які надають первинну медичну допомогу, 2017 рік**

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього закладів та підрозділів	в тому числі:						диспансери	стоматологічні поліклініки
		поліклініки в складі лікарняних закладів	амбулаторії в складі лікарняних закладів та ЦПМСД	самостійні поліклініки та амбулаторії	в т.ч. з числа самостійних закладів-ЦПМСД				
<b>Україна</b>	8318	1128	5451	1281	671	261	197		
<i>Область</i>									
Вінницька	421	40	324	42	41	7	8		
Волинська	201	30	137	25	20	4	5		
Дніпропетровська	636	111	421	69	58	13	22		
Донецька	383	57	248	40	34	23	15		
Житомирська	340	36	249	38	31	4	13		
Закарпатська	350	32	231	79	14	5	3		
Запорізька	403	53	281	43	40	16	10		
Івано-Франківська	252	52	62	117	7	14	7		
Київська	408	55	304	34	29	8	7		
Кіровоградська	252	37	165	32	24	12	6		
Луганська	181	22	133	17	16	7	2		
Львівська	375	86	36	219	8	19	15		
Миколаївська	294	36	219	31	29	6	2		
Одеська	441	70	295	58	40	10	8		
Полтавська	439	46	332	37	35	16	8		
Рівненська	254	33	178	29	24	5	9		
Сумська	248	42	158	34	22	9	5		
Тернопільська	289	38	190	47	19	9	5		
Харківська	494	61	335	66	35	21	11		
Херсонська	226	27	165	26	23	5	3		
Хмельницька	316	35	239	32	26	7	3		
Черкаська	252	33	174	34	28	6	5		
Чернівецька	239	21	159	49	14	7	3		
Чернігівська	241	38	156	30	26	12	5		
м. Київ	383	37	260	53	28	16	17		

Узагальнені дані про ресурси охорони здоров'я та діяльність закладів охорони здоров'я за період 2015–2017 рр. наведено в табл.4.1.7.

Таблиця 4.1.7

**Загальні дані про ресурси охорони здоров'я та діяльність закладів охорони здоров'я, 2015–2017 рока**

Найменування	2015 р.	2016 р.	2017 р.
Число лікарняних закладів	1539,0	1506,0	1475,0
Загальне число ліжок	308 143,0	291 108,0	285 008,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	72,3	68,6	67,5
Середнє число днів зайнятості ліжка	319,3	321,2	320,9
Середнє перебування хворого на ліжку	11,4	11,2	11,0
Госпіталізація на 100 жителів - всього	20,2	20,2	19,7
Число закладів, які надають амб.-полікл.допомогу	2 871,0	2 825,0	2 867,0
Число відвідувань на 1 жителя	9,3	9,3	9,0
Число амб.-полікл.закладів, які мають денні стаціонари	1 891,0	1 873,0	1 902,0
Число ліжок в денних стаціонарах	62 270,0	62 832,0	62 890,0
на 10 тисяч населення	14,6	14,8	14,9
Проліковано хворих в денних стаціонарах	2 636 191,0	2 732 282,0	2 806 155,0
на 10 тисяч населення	617,7	642,8	663,1
Кількість викликів екстренної медичної допомоги	8 532 193,0	8 983 417,0	8 400 770,0
на 1000 населення	199,5	210,9	198,1
Загальна чисельність лікарів/без зубних/	161 621,0	160 912,0	159 600,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	37,9	37,9	37,8
Загальна чисельність середн.мед.персон.	344 035,0	337 703,0	330 444,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	80,8	79,6	78,3
Число лікарняних закладів	1 539,0	1 506,0	1 475,0
Загальне число ліжок	308 143,0	291 108,0	285 008,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	72,3	68,6	67,5
Середнє число днів зайнятості ліжка	319,3	321,2	320,9
Середнє перебування хворого на ліжку	11,4	11,2	11,0
Госпіталізація на 100 жителів - всього	20,2	20,2	19,7
Число закладів, які надають амб.-полікл.допомогу	2871,0	2825,0	2867,0
Число відвідувань на 1 жителя	9,3	9,3	9,0
Число амб.-полікл.закладів, які мають денні стаціонари	1891,0	1873,0	1902,0
Число ліжок в денних стаціонарах	62 270,0	62 832,0	62 890,0
на 10 тисяч населення	14,6	14,8	14,9
Проліковано хворих в денних стаціонарах	2 636 191,0	2 732 282,0	2 806 155,0
на 10 тисяч населення	617,7	642,8	663,1
Кількість викликів екстренної медичної допомоги	8 532 193,0	8 983 417,0	8 400 770,0
на 1000 населення	199,5	210,9	198,1
Загальна чисельність лікарів/без зубних/	161 621,0	160 912,0	159 600,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	37,9	37,9	37,8
Загальна чисельність середн.мед.персон.	344 035,0	337 703,0	330 444,0
Забезпеченість на 10 тис. населення	80,8	79,6	78,3

Аналіз наведених в табл.4.1.7 даних вказує на те, що за період 2015–2017 рр. число лікарняних закладів скоротилося на 64 і склало 1475,0. При цьому число лікарняних ліжок скоротилося на 23 135 і склало 285 008,0 із скороченням показника забезпеченості населення лікарняними ліжками на 4.\* на 10 тис населення із показником в 2017 р. 67,5. Загальне число

зайнятості госпітальних ліжок має тенденцію до підвищення показника при скороченні термінів перебування пацієнтів на госпітальному ліжку та тенденції до скороченні показників госпіталізації населення. Показник госпіталізації в 2017 р. склав 19,7 на 100 загального населення.

Число закладів охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу теж має тенденцію до скорочення. За три роки їх кількість скоротилася на чотири. Показник відвідуванням населенням амбулаторно-поліклінічних закладів з розрахунку на одного жителя країни скоротився на 0,3 і склав 9,0.

Необхідно відмітити, що в країні відмічається активний розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги населенню. Так, на 620 збільшилася кількість ліжок в денних стаціонарах, що склало 14,9 на 10 тис населення. При цьому кількість пролікованих в денних стаціонарах пацієнтів збільшилася на 6,5% і склала 663,1 на 10 тис загального населення.

Відмічається тенденція до зменшення показників діяльності служби екстренної медичної допомоги. Так, загальна кількість викликів бригад екстренної медичної допомоги зменшилася на 131423, що в 2017 році становило 198,1 на 1000 населення .

Надзвичайно важливим ресурсом охорони здоров'я є її кадри. За роки проведеного аналізу загальна кількість лікарів (без зубних) скоротилася на 2021 і склала 159 600,0, що становить 37,8 на 10 тис населення. Загальна кількість середнього медичного персоналу скоротилася на 13591 і склала 78,3 на 10 тис населення. Співвідношення лікарів та середнього медичного персоналу становить 1: 2,07, що не відповідає доказовому менеджменту і призводить до виконання лікарями не властивих їм функцій.

#### **4.2. Система первинної медичної допомоги населенню**

Розвиток первинної медико-санітарної допомоги є пріоритетним напрямком в реформуванні організаційної структури системи охорони здоров'я України. Даний напрямок реформи визначено на законодавчому та нормативно-правовому рівнях, що висвітлено у відповідних розділах Щорічної доповіді. Необхідно відзначити, що доступність, якість та ефективність медичної первинної допомоги визначають наявні комплексні ресурси. Це, в першу чергу, організаційна структура та кадровий потенціал. Сучасна організаційна структура системи первинної медичної допомоги з її розмежуванням із вторинною медичною допомогою забезпечується організацією центрів первинної медико-санітарної допомоги. В табл.4.2.1 представлено, в розрізі регіонів, мережу ЦПМСД та їх структурний (амбулаторії та ФАПів) і кадровий потенціал.

В 2017 р. в системі охорони здоров'я України функціонувало 671 самостійних ЦПМСД із яких 488 (%) функціонувало в сільській місцевості. В структурі самостійних ЦПМСД функціонувало 5335 лікарських амбулаторій та 11 078 ФАПів. Для забезпечення їх функціонування було введено 29 541,25 посад сімейних лікарів з рівнем укомплектованості штатних посад – 71,0% та 48 765,25 посад сімейних медичних сестер з рівнем укомплектованості штатних посад – 91,0%.

Таблиця 4.2.1

**Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), 2017 рік**

Адміністративно-територіальна одиниця	всього самостійних ЦПМСД	в т. ч. в сільських адмін. районах	в 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	
<b>Україна</b>	<b>671</b>	<b>488</b>	<b>5335</b>	<b>11078</b>	<b>29541,25</b>	<b>24 548,75</b>	<b>20 966</b>	<b>71,0</b>	<b>48765,25</b>	<b>44353,0</b>	<b>91,0</b>
<i>Область</i>											
Вінницька	41	31	324	817	1569,00	1230,25	1074	68,5	3101,00	2813,75	90,7
Волинська	20	15	137	752	860,75	760,00	669	77,7	1273,75	1213,75	95,3
Дніпропетровська	58	27	421	389	3621,75	3118,50	2636	72,8	6199,75	5671,50	91,5
Донецька	34	12	248	317	1907,75	1463,75	1213	63,6	3696,75	3256,75	88,1
Житомирська	31	29	226	688	870,00	726,25	594	68,3	1402,50	1347,50	96,1
Закарпатська	14	12	231	235	757,75	682,00	670	88,4	1517,25	1436,50	94,7
Запорізька	40	29	281	355	1590,75	1354,75	1130	71,0	2713,75	2395,00	88,3
Івано-Франківська	7	7	57	130	403,25	357,25	320	79,4	663,25	617,50	93,1
Київська	29	24	302	618	1641,75	1301,75	1096	66,8	2813,75	2440,25	86,7
Кіровоградська	24	20	165	453	842,25	692,00	536	63,6	1377,25	1286,00	93,4
Луганська	16	12	133	229	611,50	488,50	384	62,8	967,00	888,00	91,8
Львівська	8	8	36	124	190,50	174,50	192	100,8	335,75	300,50	89,5
Миколаївська	29	20	219	380	1072,25	860,50	672	62,7	1790,50	1640,00	91,6
Одеська	40	26	282	449	1608,25	1282,25	1096	68,2	2371,75	2099,00	88,5
Полтавська	35	28	332	616	1364,00	1114,75	953	69,9	2140,00	2000,75	93,5
Рівненська	24	20	175	568	1047,50	946,75	858	81,9	1838,75	1803,00	98,1
Сумська	22	18	117	348	458,50	363,00	300	65,4	857,50	785,00	91,6
Тернопільська	19	18	190	628	804,25	700,00	690	85,8	1173,50	1102,00	93,9
Харківська	35	32	335	496	1150,75	950,00	811	70,5	1801,00	1701,75	94,5
Херсонська	23	22	159	342	679,25	486,00	372	54,8	1183,00	1080,75	91,4
Хмельницька	26	23	239	863	1145,75	987,25	899	78,5	1655,50	1589,75	96,0
Черкаська	28	19	151	431	1097,50	929,25	753	68,6	1796,25	1685,50	93,8
Чернівецька	14	12	159	188	493,75	448,00	397	80,4	918,50	874,00	95,2
Чернігівська	26	24	156	662	663,00	493,75	393	59,3	1019,75	925,00	90,7
м. Київ	28		260		3089,50	2637,75	2258	73,1	4157,50	3399,50	81,8

В розрізі регіонів зареєстровані достовірні відмінності в формуванні Центрів ПМСД на що буде вказано в розділі.

Крім ЦПМСД первинна медична допомога надається самостійними закладами ПМСД та в структурних підрозділах лікарень різного типу. Дані про них наведено в табл. 4.2.2.

Таблиця 4.2.2

**Мережа закладів охорони здоров'я, які мають відділення (кабінети) сімейного лікаря, 2017 рік**

Адміністративно-територіальна одиниця	Самостійні заклади ЗПСМ	Заклади, які мають кабінет сімейного лікаря	в тому числі:					
			ЦРЛ	РЛ	ДЛ	амбулаторії	міські поліклініки	інші заклади
<b>Україна</b>	<b>400</b>	<b>858</b>	<b>38</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>95</b>	<b>668</b>
<i>Область</i>								
Вінницька	-	41	-	-	-	-	2	39
Волинська	2	23	-	-	1	2	-	20
Дніпропетровська	-	59	-	-	-	-	1	58
Донецька	-	34	-	-	-	-	-	34
Житомирська	3	37	2	-	-	2	3	30
Закарпатська	61	24	-	2	4	-	4	14
Запорізька	1	41	-	-	-	-	1	40
Івано-Франківська	101	35	9	3	3	-	14	6
Київська	-	41	1	-	6	-	4	30
Кіровоградська	3	24	-	-	-	-	-	24
Луганська	-	16	-	-	-	-	-	16
Львівська	188	70	14	15	1	-	31	9
Миколаївська	-	29	-	-	-	-	-	29
Одеська	3	49	2	1	-	-	6	40
Полтавська	-	35	-	-	-	-	-	35
Рівненська	4	26	-	1	-	-	1	24
Сумська	7	37	5	-	5	1	4	22
Тернопільська	26	23	1	-	2	-	1	19
Харківська	-	45	-	-	-	-	10	35
Херсонська	-	24	-	-	-	-	3	21
Хмельницька	-	27	-	-	-	-	1	26
Черкаська	1	33	4	-	-	1	-	28
Чернівецька	-	23	-	-	-	7	2	14
Чернігівська	-	33	-	-	-	-	6	27
м. Київ	-	29	-	-	-	-	1	28

Самостійних закладів ПМСД в системі охорони здоров'я функціонує в кількості 400 з найбільшою кількістю в Львівській (188), Івано-Франківській (101) та Закарпатській (61) областях. Крім того 858 структурних підрозділів ПМСД функціонує в лікарнях різного типу в тому числі в ЦРЛ (38), ДЛ та РЛ (по 22), інших закладах (668) тощо.

Важливим ресурсом системи ПМСД є її забезпечення лікарськими кадрами. Дані про посади лікарів загальної практики – сімейних у лікувально-профілактичних закладах у 2017 р. наведено в табл.4.2.3.

В цілому в системі ПМСД введено 19 396,25 штатних посад ЛЗП-СЛ із яких зайнято 16 328,00 посад при фізичних осіб ЛЗП-СЛ. Зазальна укомплектованість штатних посад склала 84,18%, а укомплектованість фізичними особами склала 72,08%.



## Посади лікарів загальної практики - сімейних у лікувально- профілактичних закладах у 2017 році

Адміністративно-територіальна одиниця	Штатні посади	Зайняті посади	Фізичні особи на зайнятих посадах	Різниця між штатними та зайнятими посадами	Різниця між штатними посадами і фізичними особами	% укомплектованості штатних посад з урахуванням сумісництва	% укомплектованості штатних посад фізичними особами
<b>Україна</b>	19396,25	16328,00	13980	3 068,25	5 416,25	84,18	72,08
<i>Область</i>							
Вінницька	1 157,75	896,25	784	261,50	373,75	77,41	67,72
Волинська	530,75	475,25	412	55,50	118,75	89,54	77,63
Дніпропетровська	1 901,50	1 642,75	1377	258,75	524,50	86,39	72,42
Донецька	855,00	624,50	518	230,50	337,00	73,04	60,58
Житомирська	775,25	684,00	556	91,25	219,25	88,23	71,72
Закарпатська	728,00	658,00	620	70,00	108,00	90,38	85,16
Запорізька	941,75	803,00	661	138,75	280,75	85,27	70,19
Івано-Франківська	492,75	447,25	423	45,50	69,75	90,77	85,84
Київська	878,50	721,25	593	157,25	285,50	82,10	67,50
Кіровоградська	443,50	342,00	265	101,50	178,50	77,11	59,75
Луганська	237,25	184,75	150	52,50	87,25	77,87	63,22
Львівська	1 030,75	1 007,50	963	23,25	67,75	97,74	93,43
Миколаївська	634,50	481,50	378	153,00	256,50	75,89	59,57
Одеська	1 446,00	1 150,25	967	295,75	479,00	79,55	66,87
Полтавська	892,50	720,25	598	172,25	294,50	80,70	67,00
Рівненська	467,00	419,50	378	47,50	89,00	89,83	80,94
Сумська	455,25	396,50	332	58,75	123,25	87,10	72,93
Тернопільська	641,50	566,00	534	75,50	107,50	88,23	83,24
Харківська	1 004,75	860,75	728	144,00	276,75	85,67	72,46
Херсонська	433,75	313,00	237	120,75	196,75	72,16	54,64
Хмельницька	640,75	563,00	508	77,75	132,75	87,87	79,28
Черкаська	599,50	487,25	383	112,25	216,50	81,28	63,89
Чернівецька	497,50	459,25	394	38,25	103,50	92,31	79,20
Чернігівська	494,75	393,50	321	101,25	173,75	79,54	64,88
м. Київ	1 215,75	1 030,75	900	185,00	315,75	84,78	74,03

Найнижчі рівні укомплектованості штатних посад фізичними особами зареєстровані в Херсонській (54,64%), Миколаївській (59,57%), Кіровоградській (59,75%), Донецькій (60,58%), Черкаській (63,89%) областях, що згідно доказового менеджменту унеможливило надання доступної та якісної первинної медичної допомоги.

Забезпеченість населення лікарями загальної практики- сімейними лікарями в розрізі адміністративних територій має суттєві відмінності. Дані наведено в табл.4.2.4.

Забезпеченість населення лікарями ЗП-СЛ за період 2016–2017 рр зросла на 0,09 на 10 тис населення і в 2017 р. склала 3,49. Коливання даного показника в розрізі адміністративних територій коливається в 2,4 рази: від 2,27 в Луганській до 5,41 у Вінницькій області.

## Чисельність лікарів загальної практики – сімейних лікарів та забезпеченість на 10 тис. населення

Адміністративно-територіальна одиниця	Абсолютні числа		На 10000 населення	
	2016 р.	2017 р.	2016 р.	2017 р.
<b>Україна</b>	14435	14 728	3,40	3,49
<i>Область</i>				
Вінницька	888	849	5,61	5,41
Волинська	392	426	3,78	4,11
Дніпропетровська	1371	1 409	4,25	4,37
Донецька	515	525	2,65	2,74
Житомирська	586	581	4,72	4,72
Закарпатська	637	646	5,07	5,15
Запорізька	701	658	4,03	3,82
Івано-Франківська	459	494	3,33	3,59
Київська	585	602	3,38	3,44
Кіровоградська	262	268	2,73	2,82
Луганська	159	160	2,23	2,27
Львівська	975	1 013	3,88	4,03
Миколаївська	389	398	3,38	3,49
Одеська	1027	1 020	4,32	4,3
Полтавська	615	611	4,33	4,35
Рівненська	360	408	3,10	3,52
Сумська	327	345	2,97	3,16
Тернопільська	558	556	5,28	5,3
Харківська	766	785	2,85	2,93
Херсонська	234	250	2,22	2,39
Хмельницька	497	521	3,88	4,1
Черкаська	408	399	3,32	3,28
Чернівецька	468	482	5,17	5,33
Чернігівська	330	323	3,22	3,19
м. Київ	926	999	3,21	3,45

На рис.4.2.1 представлено динаміку чисельності лікарів загальної практики – сімейних лікарів та забезпеченість ними на 10 тис. населення за період 1996–2017 рр.

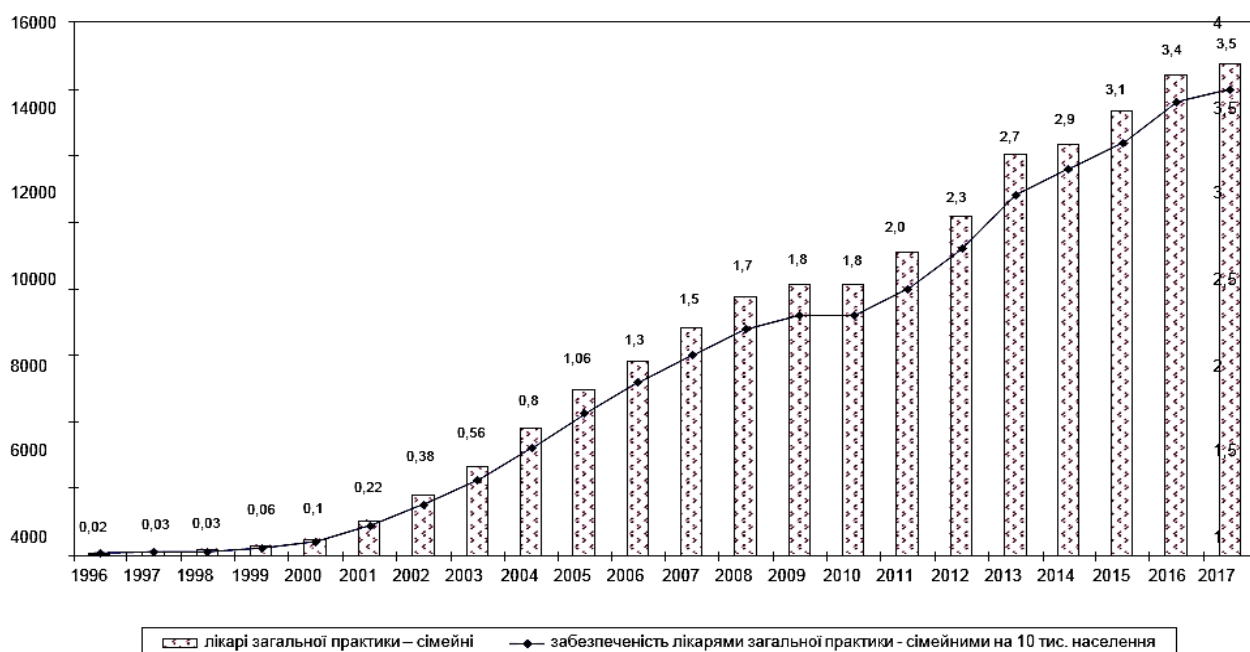


Рис.4.2.1. Чисельність лікарів загальної практики – імейних лікарів та забезпеченість ними на 10 тис. населення

В табл. 4.2.5 наведено дані про лікарські кадри в сільських лікарських амбулаторіях (включаючи самостійні заклади, структурні та відокремлені структурні підрозділи) за 2017 р.. В сільській місцевості функціонує 3892 сімейних амбулаторій із яких 3388 функціонує у складі ЦПМСД. В даних амбулаторіях введено 8666 посад ДЗП-СЛ на яких працює 5826 фізичних осіб сімейних лікарів при рівні укомплектованості посад 67,2%.

Необхідно відмітити, що в 10 адміністративних територіях рівень укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ становить нижче 60%, а в Херсонській області він становить 39%. В Україні 412 сімейних амбулаторій в яких жодна посада не заміщена лікарем. Найбільша кількість таких амбулаторій розташована в Полтавській (61), Дніпропетровській (39), Одеській (35) областях.

Таблиця 4.2.5

**Лікарські кадри в сільських лікарських амбулаторіях (включаючи самостійні заклади, структурні та відокремлені структурні підрозділи), 2017 рік**

Адмінративно-територіальна одиниця	Число СЛА всього	В т. ч. в складі ЦПМСД	лікарські посади		Фіз. особи на зайнятих посадах	Укомплектованість штатних посад фіз. особами (%)	Число СЛА, в яких жодна посада не заміщена лікарем (основним працівником)
			штатні	зайняті			
<b>Україна</b>	3892	3388	8666	6697	5826	67,2	412
<i>Область</i>							
Вінницька	242	242	538,75	374,25	326	60,5	-
Волинська	90	89	174,75	141,25	116	66,4	13
Дніпропетровська	188	188	446,25	328,75	282	63,2	39
Донецька	91	91	439,00	306,25	226	51,5	5
Житомирська	190	167	353,75	278,75	209	59,1	21
Закарпатська	252	195	513,25	448,75	445	86,7	6
Запорізька	144	143	288,75	206,50	176	61,0	14
Івано-Франківська	154	46	550,75	492,75	497	90,2	1
Київська	229	229	501,25	390,00	308	61,5	21
Кіровоградська	105	102	198,00	143,25	109	55,1	15
Луганська	71	71	107,25	77,00	59	55,0	-
Львівська	208	25	568,25	531,50	591	104,0	7
Миколаївська	141	141	234,00	144,50	114	48,7	24
Одеська	187	174	497,00	337,25	275	55,3	35
Полтавська	236	236	398,50	297,75	260	65,2	61
Рівненська	125	119	319,50	270,25	248	77,6	-
Сумська	131	91	273,25	210,00	169	50,9	27
Тернопільська	172	148	332,75	278,00	278	83,6	7
Харківська	247	247	343,00	248,25	197	57,4	34
Херсонська	124	123	303,00	173,00	120	39,6	28
Хмельницька	154	154	319,75	257,00	218	68,2	25
Черкаська	147	127	414,00	311,50	236	57,0	29
Чернівецька	163	139	350,75	314,75	263	75,0	-
Чернігівська	101	101	200,50	135,75	104	51,9	-

Важливим етапом ПМСД є долікарська допомога яка надається середніми медичними працівниками в ФАПх. В Україні відкрито 13005 фельдшерсько-акушерських пунктів із яких 11 078 функціонує в складі ЦПМСД. В ФАпах введено 15 381,25 штатних посад середніх медичних працівників із яких 90,7% посад укомплектовано фізичними особами. 841 ФАПів не укомплектовано медичним персоналом. Найбільша кількість ФАПів не укомплектовані медичним персоналом зареєстрована в наступних областях: Київська та Полтавська області ( по 78), Одеська та Миколаївська області ( по 70) (табл. 4.2.6).

Таблиця 4.2.6

**Укомплектованість фельдшерсько-акушерських пунктів молодшими спеціалістами з медичною освітою (включаючи самостійні заклади, структурні та відокремлені структурні підрозділи) у 2017 році**

Адміністративно-територіальна одиниця	Число ФАПів всього	В 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 (%)	Число ФАПів без середнього медперсоналу
			штатні	зайняті				
<b>Україна</b>	13005	11078	15381,25	14041,25	13 946	91,3	90,7	<b>841</b>
<i>Область</i>								
Вінницька	818	817	1013,00	922,50	937	91,1	92,5	29
Волинська	754	752	909,75	861,00	860	94,6	94,5	46
Дніпропетровська	389	389	439,25	381,50	370	86,9	84,2	58
Донецька	317	317	362,50	304,25	283	83,9	78,1	48
Житомирська	778	688	864,00	792,25	793	91,7	91,8	28
Закарпатська	285	235	353,50	322,00	334	91,1	94,5	15
Запорізька	355	355	434,50	361,75	355	83,3	81,7	20
Івано-Франківська	528	130	780,25	743,25	769	95,3	98,6	-
Київська	639	618	795,00	650,25	585	81,8	73,6	78
Кіровоградська	472	453	546,25	499,75	476	91,5	87,1	20
Луганська	229	229	247,25	218,00	212	88,2	85,7	33
Львівська	988	124	1143,75	1110,00	1134	97,1	99,2	11
Миколаївська	380	380	396,25	331,00	315	83,5	79,5	48
Одеська	506	449	674,75	573,00	570	84,9	84,5	70
Полтавська	616	616	650,50	581,75	592	89,4	91,0	78
Рівненська	613	568	762,50	750,50	777	98,4	101,9	10
Сумська	501	348	557,25	511,50	497	91,8	89,2	19
Тернопільська	730	628	874,00	828,00	838	94,7	95,9	17
Харківська	496	496	529,50	483,75	474	91,4	89,5	23
Херсонська	348	342	432,75	378,50	344	87,5	79,5	21
Хмельницька	863	863	998,00	943,25	940	94,5	94,2	57
Черкаська	535	431	627,25	596,75	602	95,1	96,0	41
Чернівецька	203	188	260,25	251,25	255	96,5	98,0	-
Чернігівська	662	662	729,25	645,50	634	88,5	86,9	71

Первинну медичну допомогу на сьогодні в Україні надають не тільки сімейні лікарі, а і дільничні лікарі терапевти та дільничні лікарі педіатри. Дані за наявність вказаних посад та їх укомплектування в системі охорони здоров'я України за період 2015-2017 роки наведено в табл. 4.2.7.

**Забезпеченість лікарськими кадрами первинного рівня надання медичної допомоги:  
лікарі загальної практики-сімейні лікарі, терапевти дільничні, педіатри дільничні, терапевти підліткові**

<i>на 31.12. 2015</i>					
	Штатні посади	Зайняті посади	Фізичні особи	Вакантні посади	Укомплектованість (%)
Терапевти	8256,5	7341,5	6137	915,0	74,3
в т.ч. терапевти дільничні	4579,25	4173,0	3452	406,25	75,4
Терапевти підліткові	366,25	306,75	257	59,5	70,2
Педіатри	7627,25	6915,0	5752	712,25	75,4
в т.ч. педіатри дільничні	4718,75	4405,75	3837	313,0	81,3
Загальної практики - сімейні лікарі	17264,0	14853,25	12735	2410,75	73,8
<b>В С Ь О Г О</b>	<b>33514,0</b>	<b>29416,5</b>	<b>24881</b>	<b>4097,5</b>	<b>74,2</b>
<i>на 31.12. 2016</i>					
	Штатні посади	Зайняті посади	Фізичні особи	Вакантні посади	Укомплектованість (%)
Терапевти	7582,25	6665,75	5614	916,5	74,0
в т.ч. терапевти дільничні	4096,5	3707,0	3087	389,5	75,4
Терапевти підліткові	336,25	286,0	241	50,5	71,6
Педіатри	7283,5	6593,75	5446	689,75	74,8
в т.ч. педіатри дільничні	4487,25	4153,75	3610	333,5	80,5
Загальної практики - сімейні лікарі	18719,25	15976,75	13696	2742,5	73,2
<b>В С Ь О Г О</b>	<b>33921,25</b>	<b>29522,25</b>	<b>24997</b>	<b>4399,0</b>	<b>73,7</b>
<i>на 31.12. 2017</i>					
	Штатні посади	Зайняті посади	Фізичні особи	Вакантні посади	Укомплектованість (%)
Терапевти	7047,25	6142,75	5230	904,5	74,2
в т.ч. терапевти дільничні	3669,5	3286,75	2747	382,75	74,9
Терапевти підліткові	306,25	264,0	225	42,25	73,5
Педіатри	7097,0	6327,75	5306	769,25	74,8
в т.ч. педіатри дільничні	4379,25	3998,25	3493	381,0	79,8
Загальної практики - сімейні лікарі	19396,25	16328,0	13980	3068,25	72,1
<b>В С Ь О Г О</b>	<b>33846,75</b>	<b>29062,5</b>	<b>24741</b>	<b>4784,25</b>	<b>73,1</b>

### 4.3. Система спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню

Надзвичайно велика увага приділяється реформуванню системи спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню.

Далі представляємо дані про лікарняні заклади систем охорони здоров'я України та їх ліжковий фонд (табл.4.3.1).

Аналіз наведених в табл.4.3.1 даних вказує на те, що найбільшу частку в структурі лікарень займають центральні районні лікарні (448,0 – 30,4%), міські лікарні (303- 20,5%), всі спеціалізовані лікарні (106-7,2%), а найменшу частку складають дільничні лікарні (30-2,0%) та дитячі міські лікарні (57-3,9%). За термін аналізу відбулося скорочення всіх типів лікарень крім обласних лікарень, ЦРЛ та пологових будинків. Найбільша кількість скорочена дільничних лікарень (23), міських лікарень (24) та диспансерів (10).

Лікарняні заклади та їх ліжковий фонд системи охорони здоров'я МОЗ України в розрізі регіонів, 201–52017 рр

Найменування	Число закладів			Число ліжок			% до загальної кількості ліжок		
	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
В С Ь О Г О	1 539,0	1 506,0	1 475,0	308 143,0	291 108,0	285 008,0	100,0	100,0	100,0
Обласні лікарні	24,0	25,0	25,0	18 476,0	18 147,0	18 056,0	6,0	6,2	6,3
Міські лікарні	327,0	308,0	303,0	71 570,0	67 288,0	66 141,0	23,2	23,1	23,2
Всі спеціалізовані лікарні	111,0	109,0	106,0	13 966,0	13 872,0	13 712,0	4,5	4,8	4,8
Дитячі міські лікарні	60,0	60,0	57,0	9 190,0	9 015,0	8 687,0	3,0	3,1	3,0
ЦР Л	446,0	448,0	448,0	86 596,0	79 060,0	77 223,0	28,1	27,2	27,1
Дільничні лікарні	53,0	41,0	30,0	810,0	572,0	468,0	0,3	0,2	0,2
Психіатричні, наркологічні	65,0	64,0	64,0	31 289,0	29 591,0	28 823,0	10,2	10,2	10,1
Пологові будинки	74,0	76,0	75,0	10 827,0	10 925,0	10 771,0	3,5	3,8	3,8
Диспансери	193,0	187,0	183,0	29 390,0	27 435,0	26 613,0	9,5	9,4	9,3

Що стосується ліжкового фонду, то найбільша кількість ліжок скорочена в ЦРЛ (9373- 10,8%), диспансерах (2777 – 9,4%) та лікарнях психіатричного і наркологічного профілю (2466 -7,9%).

В структурі ліжкового фонду за типами лікарень їх найбільша частка розміщена в ЦРЛ (27,1%), міських лікарнях (23,2%) та лікарнях психіатричного і наркологічного профілю (10,1%), а найменша частка розміщена в дільничних лікарнях (0,2%), дитячих міських лікарнях (3,0%) та пологових будинках (3,8%). Ліжковий фонд обласних лікарень складає 6,3% в загальній кількості госпітальних ліжок.

Дані про ліжковий фонд системи охорони здоров'я України в розрізі окремих спеціальностей наведено в табл. 4.3.2.

Таблиця 4.3.2

**Ліжковий фонд системи охорони здоров'я України в розрізі окремих спеціальностей, 2015-2017 рр**

Найменування	2017 р.		2016 р.		2015 р.	
	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення
<b>ВСЬОГО</b>	<b>285 008,00</b>	<b>67,51</b>	<b>291 108,00</b>	<b>68,63</b>	<b>308 143,00</b>	<b>72,35</b>
Терапевтичні (вся гр)	62 675,00	14,85	64 168,00	15,13	68 404,00	16,06
Загальнотерапевтичні	34 992,00	8,29	36 277,00	8,55	39 458,00	9,26
Гастр. д/дорослих	3087,00	0,73	3143,00	0,74	3322,00	0,78
Кардіологічні	13 755,00	3,26	13 863,00	3,27	14 358,00	3,37
Ревм. д/дорослих	1786,00	0,42	1809,00	0,43	1888,00	0,44
Алерг. д/дорослих	916,00	0,22	940,00	0,22	961,00	0,23
Ендокр. д/доросл.	2821,00	0,67	2800,00	0,66	2911,00	0,68
Гемат. д/дорослих	1244,00	0,29	1244,00	0,29	1246,00	0,29
Нефрол. д/доросл.	1259,00	0,30	1280,00	0,3	1331,00	0,31
Імунолог. для дор.	79,00	0,02	93,00	0,02	114,00	0,03
Пульмон. д/доросл.	2736,00	0,65	2719,00	0,64	2815,00	0,66
Хірургіч /вся група/	49 844,00	11,81	50 728,00	11,96	53 501,00	12,56
Хірург. д/доросл.	21 464,00	5,08	21 900,00	5,16	23 422,00	5,50
Травм. і ортопед.	13 029,00	3,09	13 291,00	3,13	14 126,00	3,32
Судинної хірургії	1111,00	0,26	1153,00	0,27	1177,00	0,28
Опікові для дор.	862,00	0,20	875,00	0,21	905,00	0,21
Нейрох. д/доросл.	2276,00	0,54	2274,00	0,54	2287,00	0,54
Торак. хір.д/дор.	891,00	0,21	916,00	0,22	930,00	0,22
Кардіох. для дор.	639,00	0,15	581,00	0,14	532,00	0,12
Уролог. д/доросл.	4610,00	1,09	4685,00	1,1	4912,00	1,15
Стомат. д/доросл.	1199,00	0,28	1213,00	0,29	1233,00	0,29
Проктологічні	923,00	0,22	940,00	0,22	947,00	0,22
Гнійн.хір. д/дор.	2840,00	0,67	2900,00	0,68	3030,00	0,71
Родильні, включаючи патологічні	17 006,00	4,03	17 393,00	4,1	18 306,00	4,30
Гінекологічні, включаючи абортні	13 373,00	3,17	13 886,00	3,27	15 177,00	3,56
Дитячі /неінфекц./	31 329,00	7,42	31 955,00	7,53	32 980,00	7,74
Інфекційні (дор.і дити)	16 139,00	3,82	16 473,00	3,88	17 607,00	4,13
Туберкульозні (дор.і дити)	13 848,00	3,28	14 548,00	3,43	15 999,00	3,76
Онколог. д/доросл.	7940,00	1,88	7909,00	1,86	8210,00	1,93
Психіатричні (дор.і дити)	29 253,00	6,93	29 913,00	7,05	31 652,00	7,43
Неврол. д/доросл.	22 349,00	5,29	22 487,00	5,3	23 724,00	5,57
Отолар. д/доросл.	4281,00	1,01	4447,00	1,05	4945,00	1,16
Шк-венер. д/дор.	2107,00	0,50	2319,00	0,55	2733,00	0,64
Психосоматичні	264,00	0,06	230,00	0,05	220,00	0,05
Наркологічних	3 436,00	0,81	3688,00	0,87	3968,00	0,93

Найменування	2017 р.		2016 р.		2015 р.	
	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення
Офтальм. д/доросл.	4165,00	0,99	4245,00	1,00	4545,00	1,07
Віднов.лік. д/дор.	2009,00	0,48	1934,00	0,46	1469,00	0,34
Радіолог, рентг.	2044,00	0,48	2045,00	0,48	2179,00	0,51
Ортопед. д/доросл.	1617,00	0,38	1619,00	0,38	1683,00	0,40
Травм. д/дорослих	11 412,00	2,70	11 672,00	2,75	12 443,00	2,92
Д/вагітн. та род.	10 249,00	2,43	10 615,00	2,5	11 361,00	2,67
Патолог. вагітн.	6757,00	1,60	6778,00	1,6	6945,00	1,63
Гінекол. д/доросл.	13 277,00	3,14	13 786,00	3,25	15 071,00	3,54
Д/провед. абортів	96,00	0,02	100,00	0,02	106,00	0,02
Інфекц. д/доросл.	8471,00	2,01	8630,00	2,03	9170,00	2,15
Туб. д/дор. в т.ч.	12 983,00	3,08	13 669,00	3,22	15 100,00	3,55
Психіат. д/доросл.	27 894,00	6,61	28 529,00	6,73	30 213,00	7,09

При загальному скороченні кількості ліжкового фонду та рівня забезпеченості населення госпітальними ліжками на 23 135 ліжок та 4,84 на 10 тис населення відповідно було проведено його скорочення практично за всіма спеціальностями крім кардіохірургічних ліжок, ліжок відновного лікування та психосоматичних ліжок де відбулося їх збільшення.

Далі аналізувалося питання щодо ліжкового фонду системи охорони здоров'я МОЗ України в розрізі адміністративних територій. Дані наведено в табл. 4.3.3.

Таблиця 4.3.3

**Ліжковий фонд системи охорони здоров'я МОЗ України в розрізі регіонів, 2015–2017 рр**

Адмінтеритори- територіальна одиниця	2015 р.		2016 р.		2017 р.	
	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення	абсолютні числа	на 10 тис. населення
<b>Україна</b>	<b>308 143,00</b>	<b>72,35</b>	<b>291 108,00</b>	<b>68,63</b>	<b>285 008,00</b>	<b>67,51</b>
<i>Область</i>						
Вінницька	11 384,00	71,37	10 818,00	68,33	10 713,00	68,29
Волинська	8 189,00	78,75	7 396,00	71,24	7 081,00	68,37
Дніпропетровська	26 869,00	82,63	26 204,00	81,2	25 927,00	80,32
Донецька	12 854,00	65,40	12 820,00	65,88	12 575,00	65,66
Житомирська	9 207,00	73,76	8 268,00	66,61	8 117,00	65,88
Закарпатська	8 722,00	69,43	8 608,00	68,54	8 449,00	67,31
Запорізька	14 933,00	85,19	14 125,00	81,24	13 715,00	79,63
Івано-Франківська	11 073,00	80,26	10 622,00	77,13	10 403,00	75,67
Київська	13 053,00	75,60	12 181,00	70,46	11 999,00	68,62
Кіровоградська	8 547,00	88,41	8 007,00	83,47	7 942,00	83,61
Луганська	7 155,00	99,46	6 375,00	89,52	6 415,00	91,08
Львівська	21 461,00	85,30	20 473,00	81,38	19 644,00	78,22
Миколаївська	9 110,00	78,70	7 898,00	68,71	7 753,00	67,97
Одеська	17 639,00	74,14	16 578,00	69,79	16 345,00	68,91
Полтавська	11 818,00	82,58	11 077,00	78,06	10 930,00	77,74
Рівненська	9 243,00	79,63	8 412,00	72,41	8 297,00	71,55
Сумська	9 670,00	87,03	9 230,00	83,73	8 825,00	80,81
Тернопільська	9 148,00	86,10	8 707,00	82,46	8 355,00	79,64
Харківська	20 776,00	76,86	19 394,00	72,21	18 736,00	69,95
Херсонська	8 515,00	80,26	8 004,00	75,92	7 919,00	75,74
Хмельницька	10 465,00	81,05	9 615,00	74,99	9 445,00	74,30
Черкаська	10 243,00	82,65	9 732,00	79,28	9 625,00	79,11
Чернівецька	6 877,00	75,84	6 422,00	70,96	6 254,00	69,21
Чернігівська	10 911,00	105,28	9 939,00	96,98	9 346,00	92,39
м. Київ	20 281,00	70,78	20 203,00	70,04	20 198,00	69,81



Кількість госпітальних ліжок та забезпеченість ними населення набули скорочення в усіх регіонах України. При цьому процес скорочення був не рівномірним і забезпеченість населення госпітальними ліжками є нерівномірним. Найвищий рівень забезпеченості населення госпітальними ліжками зареєстрована в наступних регіонах: Чернігівська область – 92,39 ліжок на 10 тис населення; Луганська область – 91,08; Кіровоградська область – 83,61, а найнижчий рівень забезпеченості зареєстрований в Донецькій – 65,66, Житомирській – 65,88 та Закарпатській областях – 67,31. Гранична різниця показника становить 26,73 ліжок на 10 тис населення.

Далі представлено показники щодо госпіталізації населення в розрізі закладів охорони здоров'я за 2015-2017 рр. Дані наведено в табл.4.3.4.

Таблиця 4.3.4

**Госпіталізація населення в розрізі закладів охорони здоров'я, 2015-2017 рр**

Найменування	2015 р.			2016 р.			2017 р.		
	Число госпіталізованих (в тисячах)	% госпіталізованих в названі заклади	% сільських жителів госпіталізованих в заклади	Число госпіталізованих (в тисячах)	% госпіталізованих в названі заклади	% сільських жителів госпіталізованих в заклади	Число госпіталізованих (в тисячах)	% госпіталізованих в названі заклади	% сільських жителів госпіталізованих в заклади
<b>ВСЬОГО</b>	<b>8 616,8</b>	<b>100,0</b>	<b>34,1</b>	<b>8594,2</b>	<b>100,0</b>	<b>34,0</b>	<b>8 315,8</b>	<b>100,0</b>	<b>34,0</b>
Обласні лікарні	589,4	6,8	40,9	592,7	6,9	41,5	595,1	7,2	41,8
Дитячі обласні лікарні	363,5	4,2	40,3	367,7	4,3	40,1	360,8	4,3	39,9
Міські лікарні	2 314,2	26,9	9,9	2266,4	26,4	10,0	2 203,7	26,5	10,5
Дитячі міські лікарні	312,9	3,6	11,9	332,0	3,9	11,8	310,2	3,7	11,7
Всі спеціалізовані лікарні	308,4	3,6	21,0	344,1	4,0	21,3	338,0	4,1	21,7
Ц Р Л	2 886,6	33,5	55,7	2874,5	33,4	55,4	2 737,3	32,9	55,2
Районні лікарні	273,9	3,2	64,6	270,2	3,1	64,5	241,4	2,9	64,8
Дільничні лікарні	23,4	0,3	92,1	16,4	0,2	89,0	11,9	0,1	86,6
Психіатричні, наркологічні	220,4	2,6	34,8	212,4	2,5	34,6	208,2	2,5	35,1
Пологові будинки	375,1	4,4	19,7	380,0	4,4	19,7	363,8	4,4	20,0
Диспансери	503,9	5,8	35,5	479,2	5,6	35,8	486,8	5,9	36,9

Представлені в табл. 4.3.4 дані вказують на те, що структура госпіталізацій за типами закладів охорони здоров'я є практично не змінною, але відмічається тенденція до зростання частки госпіталізованих в області лікарні. Найбільша частка населення госпіталізується в ЦРБ (32,9%) та міські лікарні (26,5) – лікарні в яких надається спеціалізована медична допомога. В інші ЗОЗ в яких надається спеціалізована медична допомога, госпіталізується 4,1% пацієнтів. До ЗОЗ в яких надається високоспеціалізована медична допомога в цілому госпіталізується 19,9% пацієнтів.

Важливим показником, який характеризує доступність спеціалізованої та високоспеціалізованої стаціонарної допомоги сільському населенню є частка сільських жителів госпіталізованих в заклади охорони здоров'я. Із загального числа госпіталізованих сільські жителі складають 34,0%. В тому числі в обласні лікарні - 41,8% та обласні дитячі лікарні – 39,9%, що вказує на високий рівень доступності високоспеціалізованої медичної допомоги для сільського населення. Частка сільських жителів госпіталізованих в диспансери становить 36,9%, а в психіатричні та наркологічні лікарні становить 35,1%. Найбільшу

частку сільські жителі складають серед госпіталізованих в дільничні лікарні (86,%), районні лікарні (64,8%) та центральні районні лікарні (55,2%).

В табл. 4.3.5 наведено дані щодо госпіталізації населення в заклади охорони здоров'я в яких надається спеціалізована та високоспеціалізована стаціонарна медична допомога за 2017 р.в розрізі адміністративних територій.

Таблиця 4.3.5

**Госпіталізація населення в заклади охорони здоров'я в розрізі адміністративних територій, 2017 рік**

Адмінративно-територіальна одиниця	Число осіб, госпіталізованих в лікарняні заклади (в тис)			Госпіталізовано на 100 жителів
	В с ь о г о	в тому числі		
		міських жителів	сільських жителів	
<b>Україна</b>	<b>8 315,80</b>	<b>5 489,01</b>	<b>2 826,79</b>	<b>19,65</b>
<i>Область</i>				
Вінницька	346,03	179,07	166,96	21,96
Волинська	225,29	112,75	112,54	21,73
Дніпропетровська	740,81	618,44	122,37	22,95
Донецька	340,82	294,66	46,16	17,80
Житомирська	282,58	169,76	112,82	22,85
Закарпатська	237,59	98,40	139,19	18,92
Запорізька	360,63	273,09	87,53	20,84
Івано-Франківська	304,60	128,71	175,89	22,14
Київська	365,15	228,95	136,20	21,00
Кіровоградська	237,26	154,56	82,70	24,86
Луганська	134,57	102,26	32,31	19,11
Львівська	568,79	339,67	229,11	22,63
Миколаївська	236,03	161,74	74,29	20,61
Одеська	436,18	292,23	143,95	18,38
Полтавська	309,27	185,20	124,07	21,90
Рівненська	263,40	124,01	139,39	22,69
Сумська	253,28	180,76	72,52	23,08
Тернопільська	241,32	105,54	135,79	22,93
Харківська	560,51	453,04	107,47	20,90
Херсонська	225,02	142,29	82,73	21,43
Хмельницька	295,10	160,54	134,57	23,11
Черкаська	293,82	175,85	117,96	24,04
Чернівецька	203,17	86,72	116,46	22,47
Чернігівська	263,58	171,55	92,03	25,89
м. Київ	591,01	549,21	41,81	20,46

Вказані в табл. 4.3.5 дані вказують на значні коливання в розрізі адміністративних територій в показниках госпіталізації населення до лікарняних закладів. Так, найвищі рівні госпіталізації зареєстровані в Чернігівській (25,89 на 100 населення), Кіровоградській (24,86) та Черкаській областях (24,04), а найнижчі показники відповідно зареєстровані в Донецькій (17,80), Одеській (18,38) та Закарпатській (18,92) областях. Гранічна різниця показника становить 8,09 госпіталізацій на 100 населення.

Далі, в табл. 4.3.6 наведені дані про використання ліжкового фонду в розрізі регіонів за період 2015–2017 рр.

Показники використання ліжкового фонду в розрізі регіонів, 2015-2017 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	2017 р.				2016 р.				2015 р.			
	середнє число днів зайнятості ліжка	середнє перебування на ліжку	летальність	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжка	середнє перебування на ліжку	летальність	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжка	середнє перебування на ліжку	летальність	обіг ліжка
<b>Україна</b>	<b>320,95</b>	<b>11,04</b>	<b>1,29</b>	<b>29,07</b>	<b>321,21</b>	<b>11,2</b>	<b>1,27</b>	<b>28,67</b>	<b>319,26</b>	<b>11,43</b>	<b>1,24</b>	<b>27,94</b>
<i>Область</i>												
Вінницька	333,52	10,24	1,01	32,57	333,41	10,36	1,00	32,17	335,97	10,75	0,94	31,25
Волинська	345,66	10,85	1,08	31,84	334,22	11,07	1,00	30,2	334,68	11,35	0,98	29,48
Дніпропетровська	327,61	11,49	1,53	28,52	329,96	11,52	1,56	28,64	327,97	11,69	1,49	28,05
Донецька	312,59	11,65	1,74	26,84	312,31	11,71	1,8	26,66	314,86	11,65	1,78	27,03
Житомирська	332,53	9,57	0,91	34,76	327,21	9,84	0,94	33,25	321,79	10,06	0,92	31,98
Закарпатська	310,21	11,06	1,34	28,05	319,24	11,08	1,3	28,8	314,35	11,23	1,32	28,00
Запорізька	311,28	11,94	1,53	26,08	314,00	12,08	1,48	26,00	313,91	12,38	1,40	25,35
Ів.-Франківська	310,06	10,63	0,89	29,17	314,17	10,89	0,89	28,86	309,84	11,13	0,89	27,85
Київська	323,78	10,65	1,40	30,41	328,11	10,84	1,37	30,27	323,35	11,06	1,34	29,24
Кіровоградська	332,20	11,11	1,26	29,90	334,22	11,24	1,24	29,73	332,56	11,32	1,17	29,38
Луганська	277,19	12,93	1,54	21,44	277,92	12,85	1,62	21,63	252,20	12,93	1,68	19,51
Львівська	323,28	11,36	0,95	28,46	327,33	11,57	0,92	28,3	325,04	11,86	0,90	27,41
Миколаївська	332,62	10,96	1,38	30,34	328,68	11,25	1,31	29,21	326,58	11,58	1,26	28,19
Одеська	315,56	11,86	1,52	26,60	317,49	12,24	1,48	25,93	319,65	12,60	1,46	25,36
Полтавська	298,54	10,57	1,49	28,25	296,51	10,75	1,52	27,58	296,69	10,96	1,46	27,07
Рівненська	333,82	10,56	0,80	31,61	330,26	10,74	0,78	30,74	326,11	10,96	0,80	29,75
Сумська	321,81	11,42	1,08	28,17	322,25	11,61	1,09	27,75	318,27	11,83	1,05	26,90
Тернопільська	322,60	11,32	0,79	28,50	326,99	11,54	0,76	28,34	325,79	11,63	0,71	28,02
Харківська	315,51	10,56	1,50	29,88	308,37	10,7	1,44	28,81	307,30	10,86	1,44	28,31
Херсонська	331,24	11,70	1,37	28,32	334,42	11,84	1,33	28,24	340,65	12,41	1,27	27,45
Хмельницька	331,80	10,64	1,32	31,20	330,51	10,78	1,29	30,66	323,62	10,93	1,25	29,61
Черкаська	330,29	10,78	1,23	30,63	333,4	10,82	1,19	30,81	331,34	11,09	1,11	29,88
Чернівецька	343,20	10,60	0,68	32,39	334,8	10,68	0,63	31,36	337,10	10,87	0,62	31,01
Чернігівська	340,01	12,19	1,29	27,90	325,43	12,33	1,26	26,39	325,28	12,73	1,27	25,55
м. Київ	300,89	10,29	1,56	29,25	305,85	10,5	1,54	29,12	301,41	10,65	1,56	28,31

Відмічається тенденція скорочення середнього числа днів зайнятості ліжка в рік з показником в цілому по системі охорони здоров'я країни 319,26 днів на рік. При цьому коливання даного показника в розрізі регіонів України в 2015 р. становить 88,45 днів: від 252,20 днів на рік в Луганській та 296,69 в Полтавській областях до 340,65 днів в Херсонській та 337,10 днів в Чернівецькій області. В 2017 р. коливання показника в розрізі регіонів становить 68,47 днів: від 277,19 днів в Луганській до 345,66 днів в Волинській області.

Дана ситуація вказує на нерівномірність та нераціональність використання ліжкового фонду в розрізі регіонів країни.

Середнє перебування пацієнтів на ліжку в цілому в системі охорони здоров'я України має тенденцію до зменшення з показником 11,04 днів в 2017 р. Коливання даного показника становить 3,36 днів: від 9,57 днів в Житомирській до 12,93 в Луганській області.

Показники обігу ліжка залежать від кількості днів роботи ліжка на рік та середніх термінів перебування пацієнтів на госпітальному ліжку.

Показники летальності пацієнтів в стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров'я в цілому в системі охорони здоров'я мають тенденцію до збільшення і в 2017 році склали 1,29% з коливаннями в розрізі регіонів в 2,6 рази: від 0,68% в Чернівецькій області до 1,74% в Донецькій області. Високий рівень смертності населення в тому числі в працездатному віці та низькі показники летальності пацієнтів в стаціонарних відділеннях вказують на те, що значна частини населення помирає в поза лікарняних закладах не отримуючи необхідну медичну допомогу.

Далі, в табл. 4.3.7 представлені показники робота госпітальних ліжок за типами закладів за 2017 рік. Для аналізу взяті заклади охорони здоров'я які в структурі є найбільш поширеними та надають спеціалізовану медичну допомогу.

Таблиця 4.3.7

**Показники роботи госпітальних ліжок за типами закладів, 2017 рік**

Адмінтериториальна одиниця	центральні районні лікарні			дільничні лікарні			районні лікарні		
	середнє число днів зайнятості ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка
<b>Україна</b>	<b>324,7</b>	<b>9,2</b>	<b>35,2</b>	<b>284,8</b>	<b>11,8</b>	<b>24,2</b>	<b>316,5</b>	<b>9,7</b>	<b>32,5</b>
<i>Область</i>									
Вінницька	331,8	7,9	41,9	-	-	-	-	-	-
Волинська	340,1	8,9	38,3	104,9	8,2	12,7	348,7	10,3	33,9
Дніпропетровська	306,0	9,0	33,9	-	-	-	312,4	9,1	34,3
Донецька	288,4	10,1	28,5	-	-	-	364,2	11,1	32,7
Житомирська	317,6	8,3	38,3	165,5	15,8	10,5	338,5	9,3	36,6
Закарпатська	309,5	9,8	31,7	296,0	10,8	27,4	303,2	9,1	33,4
Запорізька	296,7	10,0	29,6	-	-	-	315,0	10,0	31,6
Івано-Франківська	326,6	9,5	34,4	344,7	10,3	33,6	311,6	10,7	29,0

Адміністративно-територіальна одиниця	центральні районні лікарні			дільничні лікарні			районні лікарні		
	середнє число днів зайнятості ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє число днів зайнятості ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка
<i>Область</i>									
Київська	325,7	9,0	36,1	323,0	12,6	25,7	332,3	10,4	31,9
Кіровоградська	333,7	9,3	35,8	-	-	-	-	-	-
Луганська	338,2	11,0	30,8	-	-	-	352,1	9,9	35,6
Львівська	326,1	10,0	32,5	225,2	13,2	17,0	331,7	10,6	31,2
Миколаївська	341,5	8,8	38,9	-	-	-	-	-	-
Одеська	314,3	9,8	32,1	-	-	-	340,3	8,5	40,0
Полтавська	297,5	8,8	33,7	-	-	-	-	-	-
Рівненська	338,5	8,9	38,2	-	-	-	318,6	8,9	35,6
Сумська	329,4	9,6	34,3	383,1	13,7	28,0	-	-	-
Тернопільська	330,4	9,7	34,1	296,5	12,0	24,8	313,6	10,0	31,4
Харківська	342,3	9,0	38,0	-	-	-	-	-	-
Херсонська	312,6	8,9	35,1	-	-	-	-	-	-
Хмельницька	338,7	8,7	39,1	-	-	-	271,7	10,7	25,3
Черкаська	327,5	9,0	36,5	-	-	-	345,0	10,2	34,0
Чернівецька	335,3	9,4	35,5	-	-	-	-	-	-
Чернігівська	339,8	10,6	32,1	-	-	-	418,9	9,9	42,5

В цілому в системі охорони здоров'я України в залежності від типу закладу охорони здоров'я госпітальне ліжко працювало різну кількість днів : ЦРЛ – 324,7 дня, РЛ – 316,5 дня, ДЛ – 284 дня. При цьому середні терміни перебування пацієнтів на ліжку теж відрізнялися: ЦРЛ – 9,2 дня, РЛ – 9,7 дня, ДЛ – 11,8 дня. Низький рівень роботи госпітального ліжка вказує на нераціональне використання всіх видів ресурсів, які пов'язані з роботою ліжкового фонду.

Найбільш нераціонально використовується ліжковий фонд дільничних лікарень. У Волинській області ліжка дільничних лікарень працюють 104,9 днів на рік, у Житомирській області 165,5 днів, у Львівській області 225,2 днів. При цьому у Сумській області ліжка дільничних лікарень працюють 383,1 днів на рік. Госпітальні ліжка районних лікарень надзвичайно неефективно використовуються в Хмельницькій області з показником їх використання 271,7 днів на рік, а з перевантаженням вони використовуються в Донецькій області - 364,2 днів на рік.

Госпітальні ліжка центральних районних лікарень нераціонально використовуються в Донецькій (288,4 днів), Запорізькій (296,7 днів), Полтавській (297,5 днів), Дніпропетровській (306,0 днів), Закарпатській (309,5 днів) областях. З перевантаженням госпітальні ліжка ЦРЛ не працюють ні в одному із регіонів України.

Проведено та представлено аналіз показників роботи в 2017 р. госпітальних ліжок за окремими спеціальностями. Дані наведено в табл. 4.3.8.

## Показники робота госпітальних ліжок за окремими спеціальностями, 2017 рік

Найменування	середнє число днів зайнятості ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	летальність	обіг ліжка
В с ь о г о	320,95	11,04	1,29	29,07
Терапевтичні(всє гр)	331,89	10,60	1,19	31,32
Загальнотерапевт.	332,50	10,38	1,47	32,02
Ревм.д/дорослих	327,16	11,43	0,10	28,61
Кардіологічні	335,30	10,40	1,04	32,23
Гастр.д/дорослих	318,48	11,55	0,69	27,57
Алерг.д/дорослих	306,70	10,90	0,01	28,13
Гемат.д/дорослих	343,81	11,29	2,01	30,46
Ендокр.д/доросл.	336,71	10,69	0,17	31,51
Нефрол.д/доросл.	322,37	12,88	0,86	25,02
Імунолог.для дор.	329,49	10,12	3,03	32,57
Пульмон.д/доросл.	327,79	11,76	0,50	27,87
хірургіч./всє гр/	323,23	10,16	0,69	31,80
Загальнохірургіч.	320,37	9,08	0,90	35,28
Нейрох.д/доросл.	300,68	11,06	1,02	27,18
Торак.хір.д/дор.	297,46	15,82	1,23	18,80
Кардіох.для дор.	278,87	7,52	0,70	37,10
Судинної хірург.	327,46	10,60	0,44	30,90
Травм.і ортопед.	336,53	11,81	0,21	28,50
Опікові для дор.	294,46	19,36	1,32	15,21
Уролог.д/доросл.	322,70	9,45	0,21	34,15
Проктологічні	330,29	10,31	0,29	32,03
Гнійн.хір.д/дор.	327,29	12,13	1,96	26,98
Онколог.д/доросл.	351,00	9,35	0,54	37,55
Отолар.д/доросл.	327,68	8,37	0,04	39,17
Наркологічних	344,08	12,31	0,32	27,94
Неврол.д/доросл.	352,12	10,23	1,64	34,42
Офтальм.д/доросл.	324,66	7,06	0,01	45,96
Ортопед.д/доросл.	359,39	13,26	0,07	27,10
Травм.д/дорослих	333,31	11,61	0,23	28,70
Інфекц.д/доросл.	264,32	8,78	0,59	30,11
Психіат.д/доросл.	330,67	52,88	1,35	6,25

Аналіз роботи госпітальних ліжок за окремими спеціальностями показав достовірні відмінності зазначених показників. Так, найменшу кількість днів за рік працювали наступні ліжка: інфекційні для дорослого населення (264, 32 дні), кардіохірургічні для дорослих (278,87), опікові для дорослих (294,46), торакальні для дорослих (297,46), нейрохірургічні для дорослих (300,68).

Ліжка терапевтичного профілю працювали 331,89 днів на рік при середньому перебуванні пацієнтів на ліжку 10,6 дня. Ліжка хірургічного профілю в 2017 році працювали 323, 23 днів при середньому перебуванні пацієнтів на ліжку 10,16 дня.

Враховуючи, що важливим показником роботи відділень хірургічного профілю є надання термінової хірургічної допомоги надаємо загальну інформацію про термінову хірургічну допомогу хворим в 2017 році. Табл. 4.3.9.

## Ургентна хірургічна допомога хворим, 2017 рік

Найменування	Непрохідність кишок	Гострий апендецит	Проривна виразка шлунку та 12-палої кишки	Шлунково-кишкова кровотеча	Защемлена грижа	Гострий холецистит	Гострий панкреатит	Позаматкова вагітність	Внутрішніх органів грудної та черевної	Усього
Доставлено в стаціонар хворих /абс.дані/	9331,00	55244,00	6208,00	18968,00	11388,00	25821,00	27593,00	6769,00	8805,00	170127,00
на 10 тис. населення	2,20	13,02	1,46	4,47	2,68	6,09	6,51	6,69	2,08	40,11
Доставлено пізніше 24 годин з початку захворювання	3937,00	13198,00	1271,00	6745,00	2889,00	11550,00	10764,00	1487,00	1617,00	53458,00
в % до всіх доставлених	42,19	23,89	20,47	35,56	25,37	44,73	39,01	21,97	18,36	31,42
Кількість операцій: абсолютні числа	6671,00	55029,00	6095,00	2038,00	11281,00	18327,00	2339,00	6623,00	6541,00	114944,00
на 10 тис. населення	1,57	12,97	1,44	0,48	2,66	4,32	0,55	6,54	1,54	27,10
Всього померлих після операції	241,00	23,00	271,00	105,00	98,00	84,00	294,00		229,00	1345,00
Післяопераційна летальність	3,61	0,04	4,45	5,15	0,87	0,46	12,57		3,50	1,17
Післяопераційна летальність при пізній госпіталізації	4,83	0,11	12,25	7,86	2,30	0,66	17,19		2,63	2,12
Питома вага ургент.оперованих у загальній кількості оперованих	0,33	2,69	0,30	0,10	0,55	0,90	0,11	0,32	0,32	5,63

В 2017 р. до закладів охорони здоров'я було доставлено 170 127,00 осіб, які потребували термінової хірургічної допомоги, що склало 40,11 на 10 тис. населення. Найбільшу частку із них склали хворі із гострий апендецит (55 244,00), гострий панкреатит (27 593,00), гострий холецистит (25 821,00), шлунково- кишкову кровотечу (18 968,00).

Із загальної кількості пацієнтів 53 458,00 (31,42%) доставлено пізніше 24 годин з початку захворювання. Найбільшу частку із них склали хворі на гострий холецистит (44,73%), непрохідність кишок (42,19%), гострий панкреатит (39,01%), шлунково-кишкову кровотечу (35,56%). При цьому необхідно відмітити, що післяопераційна летальність при пізній госпіталізації є достовірно вищою і складає 2,12%, а при гострому панкреатиті (17,19%) та при проривні виразці шлунку та 12-палої кишки (12,25%).

Дані про ургентну хірургічну допомогу в розрізі регіонів наведено в табл. 4.3.10.

Найвищий рівень пацієнтів із розрахунку на 10 тис населення, які потребували ургентної хірургічної допомоги було доставлено до закладів охорони здоров'я в Кіровоградській (50,33), Миколаївській (50,03), Одеській (49,19) областях, що вказую на низький рівень профілактичної та просвітницької роботи в даних областях.

Важливим показником при ургентній хірургічній допомозі є доставка хворих в заклади охорони здоров'я пізніше 24 годин впісля початку захворювання. Найвищі показники такого явища зареєстровані в Харківській (48,02%), Херсонській (43,55%), Чернігівській (41,67%), Вінницькій (39,64%) областях.

При цьому найвищі показники післяопераційної летальності зареєстровані в Запорізькій (4,60%), Волинській (4,34%), Донецькій (4,27%), Полтавській (4,13%), Хмельницькій (4,05%) областях.

## Ургентна хірургічна допомога в розрізі регіонів України, 2017 рік

Адмінративно-територіальна одиниця	достав.в стац хворих на 10т населення	достав. хворих пізн.24 годин в (%)	післяоперац. летальність	післяоперац. летальність при пізн.госп
<b>Україна</b>	<b>40,11</b>	<b>31,42</b>	<b>1,17</b>	<b>2,12</b>
<i>Область</i>				
Вінницька	47,72	39,64	1,31	1,42
Волинська	43,79	24,24	1,52	4,34
Дніпропетровська	49,58	31,29	1,60	2,30
Донецька	46,72	34,50	1,75	4,27
Житомирська	38,72	33,94	0,48	0,70
Закарпатська	32,75	8,92	0,19	0,50
Запорізька	47,66	33,26	2,37	4,60
Івано-Франківська	36,74	19,68	0,89	0,72
Київська	43,28	22,24	1,00	1,80
Кіровоградська	50,33	22,64	0,58	1,27
Луганська	23,51	10,93	1,89	0,76
Львівська	36,92	34,87	1,31	2,64
Миколаївська	50,03	38,10	0,98	1,27
Одеська	49,19	34,31	0,62	0,83
Полтавська	43,75	31,86	1,90	4,13
Рівненська	44,89	18,91	0,99	2,60
Сумська	40,71	17,51	0,49	0,83
Тернопільська	36,98	18,82	1,10	3,60
Харківська	47,31	48,02	1,24	1,60
Херсонська	45,54	43,55	1,08	1,57
Хмельницька	39,40	22,55	1,15	4,05
Черкаська	42,95	28,81	0,67	1,37
Чернівецька	41,85	26,53	0,65	1,07
Чернігівська	46,27	41,67	0,82	1,24
м.Київ	47,84	34,59	1,22	1,88

Важливою формою надання медичної допомоги населенню є стаціонарозамінні форми до яких віднесено денні стаціонари та стаціонари на дому. Дані форми активно розвиваються в системі охорони здоров'я України. Дані про дані форми надання медичної допомоги та їх діяльність в 2017 році наведено в табл. 4.3.11.

Таблиця 4.3.11

## Стаціонарозамінні форми надання медичної допомоги населенню, 2017 рік

Адмінративно-територіальна одиниця	Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах					Стаціонари вдома		
	число закладів	число ліжок		пролікувалось хворих		число закладів	пролікувалось хворих	
		абс. дані	на 10 тис. населення	абс. дані	на 10 тис. населення		абс. дані	на 10 тис. населення
<b>Україна</b>	<b>1902,0</b>	<b>62890,0</b>	<b>14,9</b>	<b>2806155,0</b>	<b>663,1</b>	<b>1500,0</b>	<b>2278838,0</b>	<b>538,5</b>
<i>Область</i>								
Вінницька	67,0	3643,0	23,2	127149,0	806,8	42,0	76014,0	482,3
Волинська	42,0	1486,0	14,3	57909,0	558,4	25,0	28573,0	275,5
Дніпропетровська	132,0	4912,0	15,2	227497,0	704,9	59,0	79018,0	244,8
Донецька	75,0	3325,0	17,4	149384,0	780,0	36,0	107260,0	560,1
Житомирська	64,0	3085,0	25,0	171625,0	1387,8	54,0	99962,0	808,3
Закарпатська	89,0	1578,0	12,6	65430,0	521,1	89,0	70417,0	560,8
Запорізька	73,0	2581,0	15,0	80580,0	465,6	47,0	69729,0	402,9
Ів.-Франківська	164,0	2398,0	17,4	121032,0	879,6	143,0	100212,0	728,3
Київська	67,0	2907,0	16,6	97422,0	560,3	90,0	66142,0	380,4
Кіровоградська	36,0	1710,0	18,0	51676,0	541,3	34,0	61011,0	639,1
Луганська	29,0	1899,0	27,0	51727,0	734,5	20,0	35247,0	500,5
Львівська	233,0	2703,0	10,8	109819,0	436,9	264,0	203155,0	808,3
Миколаївська	58,0	2409,0	21,1	95683,0	835,7	22,0	50752,0	443,2
Одеська	85,0	3420,0	14,4	197042,0	830,1	58,0	112000,0	471,8



Адміністративно-територіальна одиниця	Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах					Стаціонари вдома		
	число закладів	число ліжок		пролікувалось хворих		число закладів	пролікувалось хворих	
		абс. дані	на 10 тис. населення	абс. дані	на 10 тис. населення		абс. дані	на 10 тис. населення
<i>Область</i>								
Полтавська	73,0	2376,0	16,9	87164,0	617,1	52,0	93944,0	665,1
Рівненська	55,0	1790,0	15,4	106114,0	914,3	36,0	97347,0	838,7
Сумська	66,0	2312,0	21,2	73927,0	673,8	52,0	75937,0	692,1
Тернопільська	82,0	1749,0	16,7	100200,0	952,0	67,0	79126,0	751,8
Харківська	106,0	5048,0	18,8	213234,0	795,1	73,0	196351,0	732,1
Херсонська	39,0	1740,0	16,6	66589,0	634,3	28,0	38582,0	367,5
Хмельницька	61,0	2221,0	17,5	128185,0	1004,1	53,0	67810,0	531,1
Черкаська	60,0	2558,0	21,0	106612,0	872,3	45,0	84675,0	692,8
Чернівецька	48,0	1702,0	18,8	91025,0	1006,5	37,0	48055,0	531,4
Чернігівська	49,0	1555,0	15,4	85085,0	835,6	40,0	63246,0	621,2
м. Київ	49,0	1783,0	6,2	144045,0	498,6	34,0	274273,0	949,4

Найвищий рівень забезпеченості ліжками денного стаціонару зареєстровано в Луганській (27,0 на 10 тис населення), Житомирській (25,0), Вінницькій (23,2), а найменший в м. Києві (6,2), Львівській (10,8), Закарпатській (12,6) областях. При цьому найбільша кількість пролікованих в денних стаціонарах із розрахунку на 10 тис населення зареєстрована в Житомирській (1 387,8), Хмельницькій (1 004,1) та Чернівецькій (1 006,5) областях. Найменший показник пролікованих в денних стаціонарах зареєстровано в Львівській (436,9) та Запорізькій (465,6) областях.

Показник пролікованих в домашніх стаціонарах коливається в 3,9 разів: від 244,8 в Дніпропетровській до 949,4 в м. Києві.

Ефективною формою поза госпітальної допомоги є амбулаторно-поліклінічні центри хірургії одного дня в яких надається відповідна допомога населенню. Дані про хірургічні операції проведені в амбулаторно-поліклінічних умовах, їх структуру та кількість, наведено в табл. 4.3.12.

Таблиця 4.3.12

**Амбулаторно-поліклінічна хірургічна допомога населенню, 2017 рік**

Найменування	Загальна кількість операцій	на 10 тис. населення	Кількість операцій сільським жителям	на 10 тис. відповідного населення
<b>Усього операцій</b>	<b>2 026 329,0</b>	<b>477,7</b>	<b>623 901,0</b>	<b>473,7</b>
у тому числі: операції на органах зору	162 511,0	38,3	54 104,0	41,1
з них мікрохірургічні	33 997,0	8,0	8 610,0	6,5
із числа операцій на органах зору з приводу: глаукоми	1 041,0	0,2	106,0	0,1
катаракти	3 519,0	0,8	516,0	0,4
операції на органах вуха, горла, носа	147 234,0	34,7	41 849,0	31,8
з них на вусі	33 833,0	8,0	9 754,0	7,4
операції на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині	263 763,0	62,2	58 315,0	44,3
операції на судинах	2 089,0	0,5	479,0	0,4
операції на органах черевної порожнини	6 590,0	1,6	2 161,0	1,6
з них з приводу незашемленої грижі	1 104,0	0,3	71,0	0,1
операції на сечостатевої системі	294 574,0	69,5	86 096,0	65,4
з них операції на жіночих статевих органах	255 427,0	130,3	72 545,0	66,2
операції на кістково-м'язовій системі	156 761,0	37,0	54 167,0	41,1
операції на молочній залозі	7 041,0	3,6	2 938,0	2,7
операції на шкірі та підшкірній клітковині	925 515,0	218,2	301 382,0	228,8
інші	60 251,0	14,2	22 410,0	17,0
Крім того, видалення зубів та коренів	5 058 449,0	1 192,6	1 745 826,0	1 325,5

В 2017 р. в амбулаторно-поліклінічних умовах проведено 2 026 329,0 оперативних втручань із яких 623 901,0 (30,8%) проведено для сільських жителів. Найбільшу частку амбулаторно-поліклінічних операцій складають втручання на шкірі та підшкірній клітковині (925 515,0 – 45,7 %), сечостатевої системі (294 574,0–14,5%), щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожині (263 763,0–13,0%), жіночих статевих органах (255 427,0–12,6%). Дані про хірургічні операції проведені в амбулаторно-поліклінічних умовах в розрізі адміністративних територій наведено в табл. 4.3.13.

Таблиця 4.3.13

**Амбулаторно-поліклінічна хірургічна допомога населенню в розрізі адміністративних територій, 2017 рік**

Адмінтраино-територіальна одиниця	загальна кількість операцій	на 10 тис. населення	кількість операцій сільським жителям	на 10 тис. сільського населення
<b>Україна</b>	<b>2 026 329,0</b>	<b>477,7</b>	<b>623 901,0</b>	<b>473,7</b>
<i>Область</i>				
Вінницька	104 009,0	656,9	56 926,0	727,8
Волинська	60 901,0	586,6	27 106,0	542,4
Дніпропетровська	169 991,0	526,8	19 757,0	371,3
Донецька	83 832,0	430,8	9 597,0	316,7
Житомирська	98 120,0	790,5	36 674,0	715,2
Закарпатська	41 138,0	327,5	24 060,0	302,4
Запорізька	64 699,0	372,1	12 761,0	319,2
Івано-Франківська	105 419,0	765,5	55 991,0	719,4
Київська	92 901,0	537,4	34 106,0	515,3
Кіровоградська	61 751,0	643,7	17 802,0	496,9
Луганська	22 047,0	313,0	4 347,0	217,3
Львівська	85 101,0	338,3	24 577,0	247,3
Миколаївська	49 569,0	431,3	13 659,0	372,9
Одеська	128 251,0	539,9	30 811,0	386,1
Полтавська	77 837,0	548,5	25 094,0	460,3
Рівненська	71 272,0	613,5	35 982,0	585,4
Сумська	58 983,0	535,1	11 507,0	331,0
Тернопільська	58 757,0	556,4	35 233,0	600,2
Харківська	124 258,0	462,7	22 509,0	427,5
Херсонська	48 173,0	457,0	14 731,0	358,3
Хмельницька	70 804,0	552,2	26 146,0	465,8
Черкаська	70 361,0	573,2	28 136,0	529,3
Чернівецька	50 261,0	555,3	25 913,0	499,4
Чернігівська	73 503,0	717,2	23 131,0	632,3
м.Київ	154 391,0	535,3	7 345,0	-

Загальна кількість амбулаторних операцій з розрахунку на 10 тис. населення в розрізі регіонів коливається в 2,5 разів: від 313,0 в Луганській області до 790,5 в Житомирській. Загальна кількість амбулаторних операцій з розрахунку на 10 тис. сільського населення в розрізі регіонів коливається в 3,3 рази: від 217,3 в Луганській області до 727,8 в Вінницькій.

#### 4.4. Ресурсне забезпечення діагностичної служби системи охорони здоров'я

Враховуючи важливість діагностичного процесу в клінічній медицині нами представлено стан ресурсного забезпечення діагностичної служби системи охорони здоров'я України в розрізі адміністративних територій. На початку представляємо ресурсне забезпечення рентгенологічної служби. Табл. 4.4.1.

Таблиця 4.4.1

##### Забезпеченість рентгенологічної служби діагностичним обладнанням в розрізі регіонів, 2017 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість рентгено-діагностичних апаратів та устаткування, усього	у тому числі:					
		апарати з ПРЗ	ангіографічні	мамографічні	комп'ютерні томографи	флюорографи	ЕРГА
<b>Україна</b>	<b>8 601</b>	<b>1 075</b>	<b>77</b>	<b>306</b>	<b>158</b>	<b>1 662</b>	<b>18</b>
<i>Область</i>							
Вінницька	425	34	1	12	6	81	-
Волинська	201	22	2	7	6	36	3
Дніпропетровська	730	70	9	29	18	166	-
Донецька	444	24	2	20	12	82	-
Житомирська	290	21	1	6	3	56	-
Закарпатська	244	37	4	18	6	39	1
Запорізька	408	75	3	10	5	87	-
Ів.-Франківська	276	43	2	7	6	57	-
Київська	345	67	4	11	5	62	-
Кіровоградська	279	30	1	10	1	52	2
Луганська	167	10	-	5	-	41	-
Львівська	505	72	3	20	7	95	-
Миколаївська	243	27	2	6	4	54	1
Одеська	534	49	4	15	8	96	-
Полтавська	366	49	3	5	3	53	2
Рівненська	240	50	2	8	4	44	2
Сумська	265	20	1	14	7	50	-
Тернопільська	200	23	1	4	3	49	3
Харківська	654	106	5	34	11	126	1
Херсонська	215	17	3	10	4	47	-
Хмельницька	328	51	2	7	3	78	-
Черкаська	274	53	2	8	4	50	-
Чернівецька	181	14	1	8	4	48	1
Чернігівська	263	18	3	6	8	57	-
м.Київ	524	93	16	26	20	56	2

Всього на балансі в системі охорони здоров'я України знаходиться 8 601 рентгено-діагностичних апаратів та устаткування. Із них найбільшу частку складають флюорографи (1662–19,32%), апарати з ПРЗ (1075–12,49%) та мамографи (306–3,56%), а найменшу частку ЕРГА (18–0,20%) та ангіографи (77–0,89%). Забезпеченість рентгено-діагностичними апаратами та устаткуванням в розрізі регіонів має достовірні відмінності.

В табл. 4.4.2 наведені дані щодо забезпеченості системи охорони здоров'я апаратами УЗД та магніто-резонансними томографами в розрізі регіонів. На балансі закладів охорони здоров'я знаходиться 4 476 апаратів УЗД із яких 3 816 (85,25%) є діючими та 55 магніто-

резонансних томографів із яких 48 (87,27%) є діючими. Найбільша кількість магніто-резонансних томографів стоїть на балансі закладів охорони здоров'я в м. Києві (15), Дніпропетровській (6) та Київській (5) областях при їх відсутності в Тернопільській, Луганській та Чернігівській областях.

Таблиця 4.4.2

**Забезпеченість апаратами УЗД та магніто-резонансними томографами в розрізі регіонів, 2017 рік**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість апаратів УЗД		Кількість магніто-резонансних томографів	
	усього	у т.ч. діючих	усього	у т.ч. діючих
<b>Україна</b>	<b>4 476</b>	<b>3 816</b>	<b>55</b>	<b>48</b>
<i>Область</i>				
Вінницька	178	149	2	1
Волинська	145	125	3	3
Дніпропетровська	314	253	6	6
Донецька	164	142	2	1
Житомирська	176	145	1	1
Закарпатська	125	106	1	1
Запорізька	159	141	1	1
Івано-Франківська	173	147	2	1
Київська	211	183	5	3
Кіровоградська	139	102	1	1
Луганська	75	57	-	-
Львівська	267	234	2	2
Миколаївська	104	90	2	2
Одеська	248	227	1	1
Полтавська	237	196	1	1
Рівненська	142	128	1	1
Сумська	126	112	1	1
Тернопільська	97	90	-	-
Харківська	336	286	4	3
Херсонська	109	91	1	1
Хмельницька	160	130	1	1
Черкаська	127	110	1	1
Чернівецька	112	98	1	1
Чернігівська	133	119	-	-
м. Київ	419	355	15	14

Одним із показників роботи рентгенологічної служби є рівень рентгенологічних профілактичних обстежень населення. Рентгенологічні профілактичні огляди залишаються основним видом профілактичних оглядів на виявлення на ранніх стадіях розвитку туберкульозу та новоутворень органів дихання. При цьому в структурі наявного рентгенологічного обладнання найбільшу частку складають флюорографічні апарати. Дані про рентгенологічні профілактичні обстеження населення в регіональному аспекті наведено в табл. 4.4.3. Частка населення у віці 17 років і старше, яке охоплено флюорографічними обстеженнями грудної клітки з розрахунку на 1000 відповідного населення в цілому в країні становить 412,3 з коливаннями від 311,3 в Рівненській до 634,0 в Миколаївській області. Різниця становить 2,04 разів. Частка населення у віці 15–17 років, яке охоплено флюорографічними обстеженнями грудної клітки з розрахунку на 1000 відповідного населення в цілому в країні становить 810,8 з коливаннями від 572,7 в Рівненській до більше тисячі досліджень в Дніпропетровській, Луганській, Миколаївській, Херсонській, Хмельницькій, Чернівецькій областях).

## Рентгенологічні профілактичні дослідження, 2017 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість флюорографій грудної клітки дорослому населенню 17-100 років		у т.ч. дітям віком 15–17 років	
	абсолютні дані	на 1000 відповідного населення	абсолютні дані	на 1000 відповідного населення
<b>Україна</b>	<b>14 794 614,0</b>	<b>412,3</b>	<b>875 763,0</b>	<b>810,8</b>
<i>Область</i>				
Вінницька	505 710,0	378,4	28 115,0	639,2
Волинська	294 075,0	353,0	25 819,0	756,5
Дніпропетровська	1450 342,0	531,7	76 048,0	1005,1
Донецька	551 412,0	326,6	39 704,0	800,0
Житомирська	511 118,0	493,9	20 747,0	587,0
Закарпатська	539 512,0	536,8	36 299,0	881,9
Запорізька	596 947,0	402,0	34 187,0	849,3
Івано-Франківська	451 858,0	396,3	41 610,0	994,5
Київська	573 273,0	397,6	39 487,0	949,3
Кіровоградська	403 251,0	495,6	23 075,0	924,9
Луганська	354 273,0	578,1	17 038,0	1003,4
Львівська	874 882,0	416,0	60 749,0	841,3
Миколаївська	615 331,0	634,0	30 805,0	1040,7
Одеська	773 547,0	391,3	50 115,0	827,8
Полтавська	510 624,0	418,9	30 166,0	875,5
Рівненська	287 386,0	311,3	22 827,0	572,7
Сумська	526 301,0	550,5	22 773,0	841,6
Тернопільська	396 240,0	446,6	29 539,0	959,5
Харківська	1043 257,0	450,3	51 467,0	897,3
Херсонська	527 137,0	595,7	31 372,0	1099,5
Хмельницька	597 255,0	553,5	35 770,0	1004,8
Черкаська	536 252,0	508,1	27 100,0	876,9
Чернівецька	430 420,0	575,0	28 137,0	1007,9
Чернігівська	378 350,0	427,4	19 365,0	778,3
м. Київ	1065 861,0	440,1	53 449,0	849,5

Далі, в табл. 4.4.4. представлені результати діяльності лабораторій радіоізотопної діагностики і безпосередньо питома вага окремих досліджень від загальної кількості радіодіагностичних досліджень за 2017 рік.

В 13 регіонах радіоізотопні дослідження не проводяться. В 8 регіонах проводиться не повний комплект радіоізотопних досліджень.

Серед радіоізотопних досліджень які проводяться найбільшу частку складають радіоімунологічні дослідження – 57,40%, гамма-сцинтиграфії – 17,86% та функціональні радіоізотопні дослідження – 8,80%.

Таблиця 4.4.4

**Діяльність лабораторій радіоізотопної діагностики. Питома вага окремих досліджень від загальної кількості радіодіагностичних досліджень ( %), 2017 рік**

Адміністративно-територіальна одиниця	Сканувань	Функціональних досліджень	Гамма-сцинтиграфій	Радіо-Імунологічних	Інших досліджень	Питома вага амбулаторних хворих від усіх обстежених хворих
<b>Україна</b>	<b>2,04</b>	<b>8,80</b>	<b>17,86</b>	<b>57,40</b>	<b>13,90</b>	<b>58,38</b>
<i>Область</i>						
Вінницька	-	35,38	64,62	-	-	94,15
Волинська	-	-	-	-	-	-
Дніпропетровська	1,80	3,94	7,82	86,44	-	78,85
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	-	-	-	-	-	-
Закарпатська	-	-	-	-	-	-
Запорізька	-	12,49	28,32	59,19	0,00	52,74
Ів.-Франківська	-	-	-	-	-	-
Київська	0,00	17,46	33,77	48,77	0,00	59,28
Кіровоградська	6,70	4,89	0,00	88,31	0,11	86,35
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	0,00	1,35	6,52	92,14	-	-
Миколаївська	-	-	-	-	-	-
Одеська	9,66	16,99	4,22	68,33	0,80	50,17
Полтавська	-	-	-	100,00	-	-
Рівненська	-	-	-	-	-	-
Сумська	-	-	-	-	-	-
Тернопільська	-	-	-	-	-	-
Харківська	-	-	-	17,37	82,63	25,37
Херсонська	-	-	-	-	-	-
Хмельницька	-	-	100,00	-	-	57,97
Черкаська	-	-	-	-	-	-
Чернівецька	-	-	-	-	-	-
Чернігівська	-	26,32	-	73,68	-	73,09
м. Київ	4,85	16,16	72,98	5,98	0,03	59,25

В діагностичному процесі значну роль відіграють ендоскопічні дослідження. Забезпеченість системи охорони здоров'я регіонів діагностичним ендоскопічним обладнанням наведено в табл. 4.4.5. Всего на бані закладів охорони здоров'я України знаходиться 3571 ендоскопічний діагностичний апарат. І Найбільшу частку із загальної кількості діагностичних ендоскопічних апаратів складають гастродуоденоскопи (2119–59,33%), колоноскопи (704–19,71%) та бронхоскопи (597–16,71%).

## Забезпеченість системи охорони здоров'я ендоскопічним обладнанням, 2017 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість ендоскопічних апаратів, усього	у тому числі:				
		Гастроудо-де носкопи	дуоденоскопи	колоноскопи	бронхоскопи	інші
<b>Україна</b>	<b>3 571</b>	<b>2 119</b>	<b>141</b>	<b>704</b>	<b>597</b>	<b>10</b>
<i>Область</i>						
Вінницька	157	94	9	27	27	-
Волинська	103	60	2	24	17	-
Дніпропетровська	318	164	12	77	62	3
Донецька	127	80	8	31	8	-
Житомирська	144	85	3	31	25	-
Закарпатська	96	45	4	23	24	-
Запорізька	172	92	7	38	35	-
Ів.-Франківська	130	74	6	25	23	2
Київська	190	114	3	48	24	1
Кіровоградська	87	64	2	9	12	-
Луганська	34	24	0	8	2	-
Львівська	185	112	4	39	30	-
Миколаївська	116	68	4	20	24	-
Одеська	196	116	13	25	42	-
Полтавська	162	107	5	29	21	-
Рівненська	135	82	10	27	16	-
Сумська	89	59	3	16	11	-
Тернопільська	82	48	6	14	14	-
Харківська	210	132	11	36	31	-
Херсонська	91	45	4	16	26	-
Хмельницька	138	90	5	16	27	-
Черкаська	118	73	6	22	17	-
Чернівецька	69	44	1	15	9	-
Чернігівська	120	79	2	22	17	-
м. Київ	302	168	11	66	53	4

Найважливіше значення в діагностичному процесі має лабораторна діагностика. Лабораторні служби функціонують в усіх лікарнях. В табл. 4.4.6 наведені в регіональному аспекті узагальнені дані про кількість проведених аналізів. В 2017 р. на одного жителя країни в середньому проведено 15,5 лабораторних аналізів з ливаннями від 13,1 в Донецькій до 20,8 в Рівненській області. Питома вага аналізів зроблених в поліклініці (включаючи хворих вдома) від загальної кількості по системі охорони здоров'я в цілому становить 51,4% з коливаннями від 44,7% в Закарпатській до 57,0% у Волинській області. Кількість лабораторних аналізів на 100 відвідань в поліклініці (включаючи хворих вдома) складає 102,3 з коливаннями від 81,0 в Херсонській до 140,8 в Сумській області. Кількість аналізів на одну особу, яка вибула із стаціонару в цілому по системі охорони здоров'я становить 38,4 з коливаннями від 31,0 в Херсонській до 48,2 в Одеській області.

## Діяльність лабораторій. Кількість проведених аналізів, 2017 рік

Адміністративно-територіальна одиниця	Абсолютні дані	На одну особу	На 100 відвідань в поліклініці (включаючи хворих вдома)	Питома вага аналізів зроблених в поліклініці (включаючи хворих вдома) від загальної кількості	Кількість аналізів на одну особу, яка вибула із стаціонару	Абсолютні дані
<b>Україна</b>	<b>657915833,0</b>	<b>15,5</b>	<b>102,3</b>	<b>51,4</b>	<b>38,4</b>	<b>657915833,0</b>
<i>Область</i>						
Вінницька	25220132,0	15,9	123,5	55,0	32,8	25220132,0
Волинська	17481430,0	16,8	119,6	57,0	33,3	17481430,0
Дніпропетровська	57064171,0	17,7	104,0	48,4	39,8	57064171,0
Донецька	25546952,0	13,1	99,2	55,9	33,0	25546952,0
Житомирська	21017500,0	16,9	93,3	54,1	34,1	21017500,0
Закарпатська	17255867,0	13,7	81,5	44,7	40,0	17255867,0
Запорізька	30990093,0	17,8	104,0	49,1	43,6	30990093,0
Івано-Франківська	25230137,0	18,3	107,0	55,5	36,8	25230137,0
Київська	25746163,0	14,9	98,2	50,8	34,6	25746163,0
Кіровоградська	19381019,0	20,2	130,0	52,3	38,9	19381019,0
Луганська	9484325,0	13,5	81,0	48,6	36,2	9484325,0
Львівська	41440750,0	16,5	103,7	52,5	34,6	41440750,0
Миколаївська	18136052,0	15,8	88,5	52,3	36,6	18136052,0
Одеська	42157082,0	17,7	111,7	50,1	48,2	42157082,0
Полтавська	25601513,0	18,0	95,3	51,5	40,1	25601513,0
Рівненська	24118875,0	20,8	119,3	52,8	43,3	24118875,0
Сумська	21583441,0	19,6	140,8	54,0	39,1	21583441,0
Тернопільська	17956302,0	17,0	88,4	50,8	36,6	17956302,0
Харківська	42071301,0	15,7	90,1	53,1	35,2	42071301,0
Херсонська	14289826,0	13,6	66,5	51,1	31,0	14289826,0
Хмельницька	22909185,0	17,9	106,8	49,8	38,8	22909185,0
Черкаська	25356211,0	20,7	139,7	53,0	40,5	25356211,0
Чернівецька	16337536,0	18,1	108,5	55,7	35,6	16337536,0
Чернігівська	17818461,0	17,4	96,2	47,7	35,3	17818461,0
м. Київ	53721509,0	18,6	94,0	47,2	48,0	53721509,0

Таким чином можна констатувати, що в системі охорони здоров'я України при пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги функціонує розгалужена мережа закладів охорони здоров'я різного типу в яких надається спеціалізована високоспеціалізована медична допомога. При цьому в розрізі регіонів населення нерівномірно забезпечено як закладами охорони здоров'я так і медичними кадрами та матеріально-технічними ресурсами. В 2017 р. ресурси охорони здоров'я в розрізі регіонів використовувалися нерівномірно та за певними типами закладів охорони здоров'я недостатньо раціонально.



## **4.5. Характеристика діяльності служби охорони здоров'я матері та дитини**

### **4.5.1. Організаційні аспекти, кадрове та ресурсне забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини**

Основною передумовою забезпечення громадського здоров'я і одним із основних критеріїв ефективності соціальної і економічної політики держави, чинником її національної безпеки є належний рівень здоров'я матерів і дітей.

Значний внесок у формування і зміцнення здоров'я матерів і дітей, зниження їх інвалідності та смертності вносить система надання медичної допомоги. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає охорону материнства і дитинства однією з основних стратегій у політиці досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні, що інтегрально закріплено в її програмному документі «Здоров'я-21 — здоров'я для всіх у 21-му столітті». За даними Глобальної стратегії ВООЗ з охорони здоров'я жінок і дітей визначено, що інвестиції у здоров'я жінок і дітей мають високу економічну доцільність і забезпечують найкращу гарантію наявності продуктивної робочої сили у майбутньому.

Основні завдання, що стоять перед системою надання медичної допомоги матерям і дітям в Україні аналогічні проголошеним в нових цілях сталого розвитку (ЦСР) на 2016–2030 рр. та Глобальній стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016–2030 рр.).

Актуальність цих завдань посилюється глибокою соціально\_економічною кризою, яка охопила всі галузі економіки і сфери людського буття в Україні, тривалими воєнними діями, що обумовили погіршення соціального становища матерів і дітей.

Специфіка антикризових стратегій урядів багатьох країн, найбільш благополучно переживають кризу, проявилася в переважній підтримки первинної медичної допомоги, в контролі над станом ринку фармацевтичної продукції, введення обмежень для корупції, посилення контролю доступу до спеціалізованої допомоги, а також за рахунок державної допомоги найбільш знедоленим верствам населення.

Тому серед стратегій розвитку сфери охорони здоров'я внутрішньовідомчого плану найбільш перспективною, що стоїть поза конкуренцією з іншими підходами і раніше залишається зміцнення первинної медичної допомоги як на основі розвитку сімейної практики, так і формування консультативно-діагностичних центрів та регіоналізація перинатальної допомоги.

В цілому стратегічні напрямки розвитку служби охорони матерів і дітей в Україні, як складової сфери охорони здоров'я передбачають удосконалення нормативно-правових засад охорони материнства і дитинства, переорієнтацію амбулаторної ланки служби на ПМСД на засадах ЗП/СМ, підвищення її якості та доступності, подальший розвиток служб репродуктивного здоров'я, удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів та першочергове оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, регіоналізацію перинатальної допомоги, впровадження у діяльність закладів служби сучасних медико-організаційних технологій і систем, які сприятимуть збереженню та зміцненню здоров'я жінок і дітей, забезпеченню народження здорових дітей.

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 стаціонар-замінних технологій, служб планування сім'ї, впровадженням регіоналізації перинатальної допомоги.

Наразі охорона здоров'я матері і дитини в Україні – це система державних і громадських профілактичних та лікувальних заходів, які забезпечують попередження і лікування захворювань у і жінок, антенатальну охорону плода, профілактику захворювань дитини, її всебічний фізичний і розумовий розвиток та зміцнення здоров'я.

Сформована за останні десятиріччя служба охорони здоров'я матері та дитини є багатофункціональним комплексом, який включає широку мережу закладів охорони здоров'я, які надають вагітним, роділлям, породіллям і дітям від народження до 17 років включно всі види профілактичної, діагностичної, лікувальної, в т.ч. реабілітаційної, допомоги, в нашій країні представлена амбулаторними, стаціонарними, амбулаторно-стаціонарними і санаторно-курортними закладами, будинками дитини. Амбулаторні установи – це центри первинної медичної допомоги і їх структурні підрозділи, дитячі поліклініки, жіночі консультації, клініко-діагностичні центри (КДЦ), в т.ч. для дітей та центри планування сім'ї та репродукції людини, медико-генетичні консультації, як структурні підрозділи амбулаторно-поліклінічних закладів. Стаціонарні установи включають клініки науково-дослідних і кадрових установ різних рівнів акредитації, перинатальні центри II і III рівня перинатальної допомоги, родильні відділення обласних лікарень, дитячі обласні лікарні, дитячі міські лікарні, інфекційні лікарні для дітей, туберкульозні лікарні для дітей, пологові будинки, родильні і дитячі відділення ЦРЛ. Санаторно-курортна допомога надається в дитячих санаторіях і в дитячих відділеннях санаторіїв для дорослих.

Станом на 31.12.2017 р. до складу закладів акушерсько-гінекологічної служби входять 75 пологових будинків, в яких функціонує 75 жіночих консультацій. Крім того, 340 ЗОЗ мають жіночі консультації, 899 – акушерсько-гінекологічні кабінети, 999 – оглядові кабінети, 82 – планування сім'ї та репродукції особи, 71 – медико-генетичні консультації. Мережа ЗОЗ, які надають медичну допомогу дітям, включає Українську спеціалізовану лікарню «ОХМАТДИТ» та 26 обласних дитячих лікарень, 57 дитячих міських, 4 інфекційних і 2 туберкульозні лікарні для дітей, 38 будинків дитини. У 2017 р. в усіх стаціонарах країни налічувалось 41 221 ліжко для дітей, 17 006 ліжок для вагітних та роділь і 13 412 – для гінекологічних хворих.

Відповідно до стратегічних напрямів розвитку служби охорони здоров'я матері і дитини продовжено планомірне реформування мережі і структури закладів, які надають медичну допомогу жінкам і дітям. З 2013 р. скорочено 87 жіночих консультацій, 130 акушерсько-гінекологічних кабінетів, 229 оглядових кабінетів, 36 відділення (кабінети) планування сім'ї та репродукції людини, 29 медико-генетичних кабінетів (табл.4.5.1).

Ці зміни безумовно, пов'язані із соціально-економічними процесами і диктувалися демографічною ситуацією. Водночас, вони здебільшого визначалися основними напрямами реформування сфери охорони здоров'я та заходами державних програм стосовно охорони материнства і дитинства.

**Динаміка мережі закладів охорони здоров'я, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу,  
у 2013–2017рр.**

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
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
2017	75	75	340	899	999	82	71

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 21,8 тис. у 2013 р. до 17,0 тис. у 2017 р. При цьому кількість жінок фертильного віку зменшилася на 10,2% (з 11273,9 тис у 2013р. до 10120,5 у 2017р), а кількість пологів – на 28,7% (3 484 556 до 3 453 07 відповідно) і наразі в середньому на 1000 пологів припадає 49,25 родильних ліжок проти 44,01 у 2013р (приріст 11,9%), а на 1000 жінок фертильного віку – 1,68 проти 1,93 у 2013р. (убуток 12,95%) . Приріст забезпеченості родильними ліжками пологів наявний в усіх регіонах, а убуток забезпеченості родильними ліжками жінок фертильного віку у подавляючій більшості регіонів, за виключенням м Києва і Черкаської області.

У 2017 р. висока забезпеченість ліжками (понад 50,0 на 1000 пологів при прирості >15%) утримувалася у, Кіровоградській, Івано-Франківській, Полтавській, Харківській. Черкаській і Дніпропетровській областях. Адекватне забезпечення ліжками відповідно до кількості пологів та числа жінок фертильного віку спостерігалось лише в м. Києві (30,7 та) і Закарпатській (36,6) і Рівненській (38,21) областях.

Чисельність жінок фертильного віку зменшувалася менш інтенсивними темпами, ніж кількість ліжок, тому наразі наявний убуток забезпеченості родильними ліжками жінок фертильного віку. Високою залишається забезпеченість родильними ліжками жінок фертильного віку (>2,0) у Волинській, Івано-Франківській, Київській, Кіровоградській, Львівській, Одеській областях (табл.4.5.2).

Таблиця 4.5.2.

**Динаміка забезпеченості родильними(включаючи патологію вагітності) ліжками, Україна у 2013, 2017рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	На 1000 пологів			На 1000 жінок фертильного віку		
	2013р.	2017р.	Приріст,%	2013р.	2017р.	Приріст,%
<b>Україна</b>	<b>44,01</b>	<b>49,25</b>	<b>11,91</b>	<b>1,93</b>	<b>1,68</b>	<b>-12,95</b>
АР Крим	39,44	0,00		1,96	0	
<i>Область</i>						
Вінницька	41,58	44,42	6,83	1,81	1,66	-8,29
Волинська	39,59	42,68	7,81	2,27	2,01	-11,45
Дніпропетровська	43,09	51,69	19,96	1,86	1,83	-1,61
Донецька	46,44	61,22	31,83	1,79	1,74	-2,79

Адміністративно-територіальна одиниця	На 1000 пологів			На 1000 жінок фертильного віку		
	2013р.	2017р.	Приріст,%	2013р.	2017р.	Приріст,%
<i>Область</i>						
Житомирська	39,03	44,84	14,89	1,93	1,83	-5,18
Закарпатська	31,06	36,55	17,68	1,76	1,69	-3,98
Запорізька	45,3	52,18	15,19	1,87	1,77	-5,35
Івано-Франківська	48,16	57,66	19,73	2,27	2,3	1,32
Київська	50,62	56,44	11,50	2,08	2,03	-2,40
Кіровоградська	52,54	61,69	17,42	2,21	2,1	-4,98
Луганська	61	95,40	56,39	2,27	2,38	4,85
Львівська	45,02	50,65	12,51	2,06	2,03	-1,46
Миколаївська	46,14	48,91	6,00	2,04	1,75	-14,22
Одеська	45,99	50,09	8,91	2,22	2,15	-3,15
Полтавська	48,84	56,21	15,09	1,94	1,86	-4,12
Рівненська	35,41	38,21	7,91	2,15	1,98	-7,91
Сумська	53,64	57,38	6,97	1,95	1,75	-10,26
Тернопільська	51,34	54,20	5,57	2,23	1,93	-13,45
Харківська	45,76	52,74	15,25	1,74	1,73	-0,57
Херсонська	41,2	47,43	15,12	1,86	1,72	-7,53
Хмельницька	49,48	51,64	4,37	2,25	1,97	-12,44
Черкаська	43,24	52,01	20,28	1,66	1,72	3,61
Чернівецька	41,32	47,13	14,06	2,02	1,93	-4,46
Чернігівська	50,8	51,99	2,34	1,95	1,71	-12,31
<i>Місто</i>						
Київ	28,2	30,73	8,97	1,20	1,25	4,17
Севастополь	44,99	0,00		2,07	0	

Із загальної кількості родильних(включаючи патологію вагітності) ліжок 41,5% ліжок розміщено в пологових будинках, 39,3% в ЦРЛ,12,65 в міських лікарнях, 5,6% в обласних лікарнях.

Кількість гінекологічних ліжок за останні п'ять років зменшилася з 18,3 тис. до 13,4 тис., і забезпеченість ними у 2017 р. становила 3,2при орієнтовному нормативі 4,50 на 10 тис. населення.

Кількість ліжок для недоношених і хворих новонароджених в цілому в Україні зменшилася з 2358 у 2013 р. до 2056 у 2017р. а забезпеченість ними мала тенденцію до зростання – 4,73 і 5,31 на 1000 народжених живими відповідно. Проте низькою, що не відповідала потребам новонароджених і недоношених у стаціонарному лікуванні у 2017р. залишалася забезпеченість ліжками немовлят у Рівненській (1,9 ), Київській (3,64) Івано-Франківській (3,68) областях.

Реформування сфери охорони здоров'я в цілому, впровадження трирівневої системи медичної допомоги населенню, переорієнтація на ПМСД з організацією центрів ПМСД, та тлі зменшення чисельності дитячого населення сприяли скороченню за 2013–2017 рр. кількості самостійних дитячих поліклінік із 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), а також структурних підрозділів ЗОЗ – ортопедо-травматологічних кабінетів, дитячих відділень (кабінетів), кабінетів лікувальної фізкультури в АПЗ і дитячих міських лікарень і дитячих санаторіїв (табл. 4.5.3).

**Динаміка мережі закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу дитячому населенню у 2013–2017рр.**

Заклади	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
Самостійні дитячі поліклініки	32	29	28(+1КДЦ)	28(+1КДЦ)	28(+1КДЦ)
інфекційні кабінети для дітей	253	210	204	197	202
оортопедо-травматологічні для дітей	251	204	216	211	209
дитячі (відділення)	1349	1053	1044	1026	1035
лікувальної фізкультури для дітей	247	213	218	207	207
Дитячі обласні лікарні	29	27	28	27	27
Дитячі міські лікарні	88	59	60	60	57
Дитячі інфекційні лікарні	6	4	4	4	4
Дитячі туберкульозні лікарні	3	2	2	2	2
Будинки дитини	44	39	39	39	38

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 штатних посад ЛЗП/СЛ становила – 19 396,25 проти 15 885,0 у 2013 році.

Як і раніше не втрачає актуальності реалізація стратегії структурної реорганізації системи медичної допомоги, що передбачає реструктуризацію стаціонарної допомоги. Основні професійні ресурси, як правило, зосереджені в стаціонарах: вони традиційно і краще оснащені медичною технікою, і краще укомплектовані лікарями, причому зазвичай вони більш досвідчені і кваліфіковані, ніж в поліклініках. Проблеми діагностики складних, рідкісних і важких хвороб зазвичай остаточно вирішуються в стаціонарах. Тут же переважно надаються і спеціалізовані види допомоги, особливо високотехнологічні (дорогі). Успіх реструктуризації стаціонарної допомоги в значній мірі визначався широким використанням технологічних і клінічних інновацій, які сприяють інтенсифікації лікувально-діагностичного процесу. До теперішнього часу не втратила актуальності стратегія підвищення якості та економічної ефективності медичних послуг, проголошена Люблінської хартією ще в 1996 р., розвиток в забезпеченні безпеки медичного обслуговування, підвищенні уваги до потреб пацієнтів, підвищенні чуйності систем охорони здоров'я до потреб хворих. Ці положення знайшли відображення в розроблених упродовж останнього десятиріччя клінічних протоколах.

У відповідності до наказу МОЗ України № 74/98, ідеологія розробки якого будувалася з розрахунку на максимальне охоплення хворих дітей, особливо раннього віку, стаціонарною допомогою, рекомендовано мати 64,5 дитячих ліжка на 10 тис. дітей.

В результаті реорганізації стаціонарної допомоги і планомірного скорочення ліжкового фонду число ліжок цілодобового спостереження для дитячого населення у 2017 р. в порівнянні з 2013 р. скорочено на 19,8% (з 51 382 до 41 221 ліжок). Паралельно знижувалася і забезпеченість дитячого населення ліжками. У 2017 р. цей показник склав 54,1 на 10 тис. населення, що в 1,2 разу менше, ніж у 2013 р. За даними спеціального аналізу, кількість дитячих ліжок зменшилася за рахунок закриття малопотужних міських дитячих лікарень, кількість яких скоротилася з 88 до 57, 2-х дитячих інфекційних лікарень та однієї дитячої туберкульозної лікарні.

Скорочувалася кількість ліжок всіх профілів, за виключенням онкологічного, в основному дерматовенерологічних на 34,15%, туберкульозних на 26,82%, інфекційних на 26,81%, пульмонологічних на 26,37%, офтальмологічних на 23,87%, психіатричних на

23,69%, стоматологічних на 22,75%, гастроентерологічних на 22,57%, ортопедичних на 22,19%, отоларингологічних на 22,04%, кардіоревматологічних на 20,41%. профілю, на 27,9% – інших профілів (табл. 4.5.4).

Таблиця 4.5.4

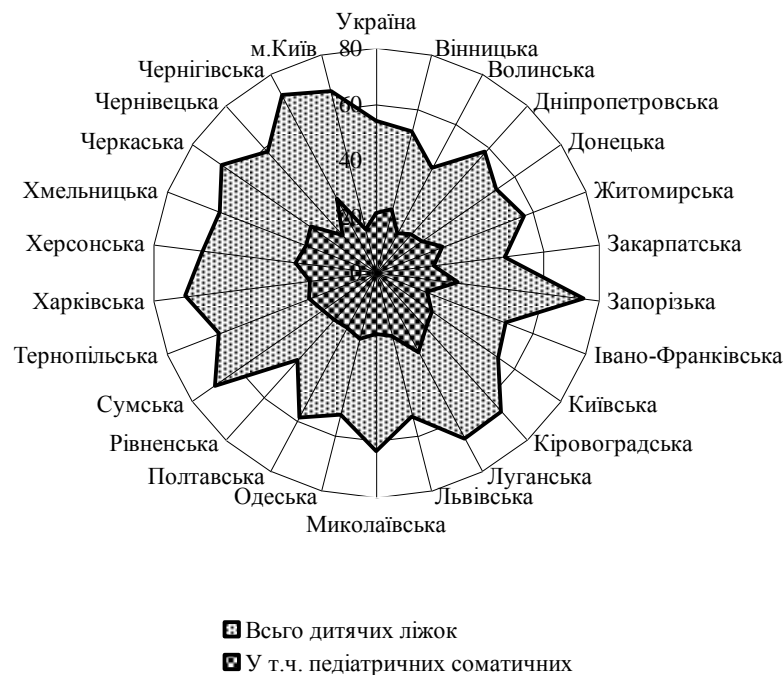
**Динаміка цілодобових ліжок для дітей в розрізі в Україні у 2013, 2017рр.**

Профіль ліжок	Кількість ліжок			На 1000 дітей віком 0-17років		
	2013 р.	2017 р.	Приріст,%	2013 р.	2017 р.	Приріст,%
Педіатричні соматичні	19422	16156	-16,82	24,31	21,1	-13,20
Для недоношених і хворих новонароджених	2538	2056	-18,99	3,83	3,15	-17,75
Для грудних дітей	1060	888	-16,22	1,6	1,36	-15,0
Кардіоревматологічні	1117	889	-20,41	1,4	1,13	-19,29
Ревматологічні	35	35	0,00	0,04	0,05	25,00
Пульмонологічні	910	670	-26,37	1,14	1,01	-11,40
Гастроентерологічні	1130	875	-22,57	1,41	1,15	-18,44
Алергологічні	694	586	-15,56	0,87	0,77	-11,49
Імунологічні	201	174	-13,43	0,25	0,23	-8,00
Ендокринологічні	602	502	-16,61	0,75	0,66	-12,00
Гематологічні	627	575	-8,29	0,78	0,76	-2,56
Нефрологічні	956	810	-15,27	1,2	1,06	-11,67
Інфекційні	10477	7668	-26,81	13,1	10,07	-23,13
Хірургічні	1589	1290	-18,82	1,99	1,69	-15,08
Нейрохірургічні	315	287	-8,89	0,39	0,37	-5,13
Торакальної хірургії	165	145	-12,12	0,21	0,19	-9,52
Кардіохірургічні	213	175	-17,84	0,27	0,23	-14,81
Гнійної хірургії	667	536	-19,64	0,83	0,7	-15,66
Травматологічні	975	880	-9,74	1,22	1,16	-4,92
Ортопедичні	649	505	-22,19	0,89	0,66	-25,84
Опікові	215	190	-11,63	0,27	0,25	-7,41
Урологічні	602	499	-17,11	0,75	0,66	-12,00
Стоматологічні	189	146	-22,75	0,24	0,19	-20,83
Онкологічні	300	305	1,67	0,38	0,4	5,26
Неврологічні	2012	1659	-17,54	2,57	2,18	-15,18
Психіатричні	1781	1359	-23,69	2,27	1,78	-21,59
Офтальмологічні	1102	839	-23,87	1,38	1,1	-20,29
Отоларингологічні	1611	1256	-22,04	2,02	1,67	-17,33
Дерматовенерологічні	735	484	-34,15	0,92	0,64	-30,43
Відновного лікування	365	305	-16,44	0,46	0,4	-13,04
Туберкульозні	1182	865	-26,82	1,48	1,14	-22,97

Разом з цим, незважаючи на різну інтенсивність скорочення ліжок, структура ліжкового фонду практично не змінилася. Основну частину у 2017 р. становили педіатричні соматичні ліжка – 37,01% і інфекційні – 17,58%. Далі у напрямку зниження розташовувалися ліжка для недоношених і хворих новонароджених дітей – 4,71%, неврологічні – 3,8%, психіатричні – 3,1%, отоларингологічні – 2,8%.

Забезпеченість дітей ліжками цілодобового перебування скоротилася на 15,86%, і у 2017 р. вона склала 54,1 на 10 000 дитячого населення Приблизно в тій же мірі зменшилася і забезпеченість педіатричними соматичними ліжками – на 13,2%, хірургічними – на 15,08%, кардіохірургічними – на 14,81%, неврологічними – на 15,18%. Найзначніше була скорочена забезпеченість ортопедичними – на 25,8%, ревматологічними – на 25,0%, інфекційним – на 23,13%, туберкульозними – на 22,97%, психіатричними – на 21,59%. Збільшена за цей період лише забезпеченість онкологічними ліжками на 5,24%.

Як і в попередні роки, у 2017 р. забезпеченість дитячими лікарняними ліжками мала територіальні відмінності і коливалася від 75,3 на 10 тис. дітей у Запорізькій, 74,35 у Чернігівській 77,11, 71,35 у Харківській, 70,96 у Сумській областях, 70,7 у м. Києві до менше 50,0 у Волинській, Закарпатській і Рівненській областях. При орієнтовному нормативі забезпеченості педіатричними соматичними ліжками 18,3 на 10тис. дитячого населення найбільш високими ці показники були у 2017р. у Луганській (32,28), Чернігівській (29,91), Запорізькій (29,33), Херсонській (29,11) областях і відносно низькими лише у м. Києві (15,7) і, Волинській (16,17) області (рис.4.5,1).



**Рис. 4.5.1. Забезпеченість дитячого населення дитячими і педіатричними соматичними ліжками, 2017 р., на 10тис. дітей віком 0-17 років.**

За період 2013–2017 рр. відбулося скорочення ліжкового фонду для дітей в усіх регіонах України. Найбільш значущим цей процес був у Донецькій (темп зниження 17,71%), Київській (темп зниження 17,08%), Волинській (темп зниження 15,45%) областях і м. Києві (темп зниження 15,13%). У Вінницькій, Черкаській і Тернопільській областях темпи зниження забезпеченості ліжками педіатричного профілю були істотно менше –1,74%, 2,05% і 2,44%.

Медичні кадри є однією з найважливіших складових ресурсів охорони здоров'я будь-якої країни, які забезпечують ефективність діяльності медичної сфери в цілому, що робить трудовий потенціал пріоритетом у функціонуванні охорони здоров'я як системи, де кадрова стратегія будується з урахуванням національних потреб, оптимальних заходів управління персоналом, світового досвіду.

Кадрове забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини будується на принципах задоволення потреби у кваліфікованих і досвідчених кадрах з урахуванням досягнень медичної науки, пропорційному розподілі за територіальним принципом та залежно від типу закладу і рівня надання медичної допомоги.

Динаміка забезпеченості жіночого населення акушерами-гінекологами у 2013, 2017 рр.  
( на 10 тис. жіночого населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість акушер-гінекологів			На 10 тис. жіночого населення		
	2 013 р.	2 017 р.	Приріст,%	2 013 р.	2 017 р.	Приріст,%
Україна	<b>12 313,00</b>	<b>10 178</b>	-17,34	<b>5,04</b>	<b>4,47</b>	-11,31
АР Крим	566	0		5,34	0	
<i>Область</i>						
Вінницька	468	435	-7,05	5,35	5,11	-4,49
Волинська	277	272	-1,81	5,05	4,96	-1,78
Дніпропетровська	828	779	-5,92	4,61	4,45	-3,47
Донецька	1 157,00	337	-70,87	4,86	3,24	-33,33
Житомирська	283	275	-2,83	4,16	4,14	-0,48
Закарпатська	275	271	-1,45	4,22	4,15	-1,66
Запорізька	468	460	-1,71	4,82	4,87	1,04
Івано-Франківська	467	470	0,64	6,41	6,48	1,09
Київська	423	407	-3,78	4,58	4,37	-4,59
Кіровоградська	209	210	0,48	3,9	4,05	3,85
Луганська	564	124	-78,01	4,61	3,26	-29,28
Львівська	838	828	-1,19	6,31	6,26	-0,79
Миколаївська	246	229	-6,91	3,9	3,71	-4,87
Одеська	708	696	-1,69	5,59	5,53	-1,07
Полтавська	347	328	-5,48	4,39	4,28	-2,51
Рівненська	305	322	5,57	5,02	5,28	5,18
Сумська	239	244	2,09	3,86	4,08	5,70
Тернопільська	293	291	-0,68	5,1	5,17	1,37
Харківська	850	810	-4,71	5,78	5,62	-2,77
Херсонська	250	241	-3,60	4,32	4,26	-1,39
Хмельницька	342	328	-4,09	4,86	4,77	-1,85
Черкаська	280	271	-3,21	4,07	4,08	0,25
Чернівецька	289	315	9,00	6,02	6,57	9,14
Чернігівська	208	195	-6,25	3,56	3,49	-1,97
<i>Місто</i>						
Київ	1 018,00	1 040	2,16	6,75	6,71	-0,59
Севастополь	115	0		5,54	0	

Загальна чисельність педіатрів-неонатологів зменшилася з 1859 у 2013 р. до 1569 у 2017 р.. при забезпеченості ними відповідно 3,59 та 4,51 на 1000 народжених живими. У 217 р утримується низька забезпеченість педіатрами-неонатологами у Волинській (2,9 на 1000 народжених живими), Миколаївській (2,43), Одеській (3,09) і Закарпатській (3,44) областях.

Укомплектованість штатних посад зайнятими акушерів-гінекологів по Україні є достатньою і становить у середньому по Україні 93,69 %, а основними працівниками дещо нижча – 89,18 %. При цьому на окремих територіях число основних працівників перевищує зареєстровані штатні посади – Львівська (92, 5), Івано-Франківська (21,5), Одеська (12,255), Чернівецька (5,75) області. Низький рівень укомплектованості штатних посад акушерів-гінекологів (менше 90%) поєднується з низьким рівнем укомплектованості основними працівниками (82% і менше) у Донецькій, Київській, Луганській і Сумській областях.

Більш низькою залишається укомплектованість закладів охорони здоров'я закладів педіатрами-неонатологами – 90,87% зайнятими посадами і 77,676% основними працівниками при різниці між штатними посадами та основними працівниками – 416,25. Лише у Миколаївській Закарпатській і Тернопільській областях забезпечена достатня



укомплектованість закладів охорони здоров'я штатними і зайнятими посадами педіатрів – неонатологів – 99,0% і 97,85, 97,46% і 101,52%, 97,38% і 98,43% відповідно. Надзвичайна ситуація з укомплектованістю склалася у Луганській області, де укомплектованість зайнятими посадами становить 57,14%, а основними працівниками – 40,48%. Низькою залишається укомплектованість штатними і зайнятими посадами педіатрів – неонатологів у ЗОЗ Миколаївської, Кіровоградської і Дніпропетровської областей – 74,05% і 51,88%. 88,94% і 61, 95%. 88, 86% і 76,25% відповідно.

Міграційні процеси, зростаюча соціальна мобільність медиків, рівень заробітної плати, що не задовольняє спеціалістів, відсутність достатнього обсягу програм соціального захисту медпрацівників на тлі реформування сфери охорони здоров'я з переорієнтацією на засади сімейної медицини, скорочення і реструктуризація закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу дитячому населенню країни, сприяли зменшенню загальної кількості педіатрів на 22,5% – із 11,3 тис. у 2013 р. до 8,78 у 2017 р., а забезпеченості ними на 19,01% – з 1,42 до 1,15 на 1000 дитячого населення відповідно. Зменшення чисельності педіатрів відбулося в усіх регіонах, за виключення Чернівецької області. Де кількість педіатрів зросла на 4,78%. Надвисокі темпи убутку педіатрів у Донецькій(67,79%) і Луганській(77,4%) зумовлені тривалими воєнними діями і міграційними процесами. Більш інтенсивний темп убутку педіатрів > 14% виявлено у Закарпатській (23,35%), Дніпропетровській (16,96%), Вінницькій (16,92%), Миколаївській (14,95%) і Хмельницькій (14,37%) областях. Помірні, < 4;0%, темпи убутку педіатрів зареєстровано у Житомирській, Харківській, Сумській, Івано-Франківській і Рівненській областях.

Аналогічні тенденції відмічаються відносно забезпеченості дитячого населення лікарями-педіатрами. При в цілому в країні спадній тенденції забезпеченості дитячого населення лікарями-педіатрами, у Сумській області у 2017 році цей показник залишився на рівні 2013 року, а у Чернівецькій збільшився на 4,8%. Убуток забезпеченості педіатрами дитячого населення коливається від 30,36% у Луганській, 27,6% у Донецькій, 24,64% у Закарпатській, 19,47% у Дніпропетровській до 2,7% у Кіровоградській, 2,08% у Тернопільській, 2,03% у Івано-Франківській, 1,61% у Житомирській областях.

Як і в минулі роки, у 2017 р. спостерігався діапазон коливань забезпеченості дитячого населення педіатрами: від 1,94 на 10 тис. дитячого населення у м. Києві, 1,72 у Запорізькій, 1,69 у Харківській до 0,52 у Закарпатській, 0,91 у Дніпропетровській, 0,92 у Рівненській, 0,95 у Вінницькій і 0,97 Донецькій областях (табл.4.5.6).

Таблиця 4.5.6

**Динаміка забезпечення дитячого населення педіатрами у 2013, 2017 рр. (на 1000 дитячого населення)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість педіатрів			На 10 тис. дитячого населення		
	2 013 р.	2 017 р.	Приріст, %	2 013 р.	2 017 р.	Приріст, %
Україна	<b>11 322</b>	<b>8 775</b>	<b>-22,50</b>	<b>1,42</b>	<b>1,15</b>	<b>-19,01</b>
АР Крим	609	0		1,77		
<i>Область</i>						
Вінницька	331	275	-16,92	1,11	0,95	-14,41
Волинська	219	192	-12,33	0,93	0,80	-13,98
Дніпропетровська	631	524	-16,96	1,13	0,91	-19,47
Донецька	888	286	-67,79	1,34	0,97	-27,61
Житомирська	303	296	-2,31	1,24	1,22	-1,61
Закарпатська	197	151	-23,35	0,69	0,52	-24,64

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість педіатрів			На 10 тис. дитячого населення		
	2 013 р.	2 017 р.	Приріст, %	2 013 р.	2 017 р.	Приріст, %
<i>Область</i>						
Запорізька	564	505	-10,46	1,95	1,72	-11,79
Івано-Франківська	417	404	-3,12	1,48	1,45	-2,03
Київська	373	336	-9,92	1,21	1,02	-15,70
Кіровоградська	192	184	-4,17	1,11	1,08	-2,70
Луганська	562	127	-77,40	1,68	1,17	-30,36
Львівська	685	609	-11,09	1,42	1,26	-11,27
Миколаївська	214	182	-14,95	1,03	0,87	-15,53
Одеська	641	602	-6,08	1,45	1,31	-9,66
Полтавська	375	338	-9,87	1,58	1,44	-8,86
Рівненська	265	255	-3,77	0,97	0,92	-5,15
Сумська	232	225	-3,02	1,30	1,30	0,00
Тернопільська	297	281	-5,39	1,44	1,41	-2,08
Харківська	740	719	-2,84	1,78	1,69	-5,06
Херсонська	254	240	-5,51	1,29	1,21	-6,20
Хмельницька	334	286	-14,37	1,39	1,20	-13,67
Черкаська	305	278	-8,85	1,46	1,37	-6,16
Чернівецька	230	241	4,78	1,25	1,31	4,80
Чернігівська	243	219	-9,88	1,44	1,33	-7,64
<i>Місто</i>						
Київ	1 099	1 020	-7,19	2,34	1,94	-17,09
Севастополь	122	0		1,93		

На жаль, дані державної статистики не дають змоги оцінити фактичну забезпеченість дитячого населення медичними кадрами для надання первинної медичної допомоги.

На тлі збільшення кількості лікарів загальної практики-сімейних лікарів з 1139 у 2013 р до 13 980 у 2017 р. кількість педіатрів міських дільниць зменшилася з 4,58 тис. до 3,36 тис., а забезпеченість ними – з 5,7 до 4,4 на 10 тис. дітей відповідно (табл. 4.7). Зменшилася і частка педіатрів міських дільниць серед загальної кількості педіатрів з 40,39% у 2013р. до 38,275 у 2017р. У 2017р. більш повне забезпечення педіатрами міських дільниць  $\geq 6,0$  на 10 тис. дитячого населення утримувалося у Чернігівській (6,0), Житомирській (6,1), Хмельницькій (6,3), Харківській (6,5) областях і м. Києві (8,8).

Таблиця 4.5.7

**Динаміка чисельності дільничних педіатрів та забезпеченості ними дитячого населення у 2013–2017 рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Абсолютне число					Забезпеченість на 10 тис. міського дитячого населення (0–17 років)				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Україна</b>	<b>4577</b>	<b>3684</b>	<b>3 699</b>	<b>3488</b>	<b>3358</b>	<b>5,70</b>	<b>4,9</b>	<b>4,9</b>	<b>4,6</b>	<b>4,4</b>
АР Крим	198					5,80				
<i>Область</i>										
Вінницька	73	49	48	33	28	2,50	1,70	1,6	1,1	1,0
Волинська	104	100	101	96	85	4,40	4,20	4,2	4,0	3,6
Дніпропетровська	189	145	160	150	136	3,40	2,60	2,8	2,6	2,4
Донецька	436	160	148	144	142	6,60	2,40	4,8	4,6	4,8
Житомирська	127	125	126	144	147	5,20	5,10	5,2	6,0	6,1
Закарпатська	33	33	37	13	11	1,20	1,10	1,3	0,4	0,4
Запорізька	220	201	203	178	176	7,60	6,90	7,0	6,1	6
Івано-Франківська	219	194	193	187	185	7,80	6,90	6,9	6,7	6,6
Київська	165	176	177	154	151	5,40	5,70	5,6	4,8	4,6
Кіровоградська	84	90	96	92	83	4,90	5,30	5,6	5,4	4,9

Адміністративно-територіальна одиниця	Абсолютне число					Забезпеченість на 10 тис. міського дитячого населення (0–17 років)				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Область</i>										
Луганська	285	76	61	58	52	8,50	2,30	5,5	5,3	4,8
Львівська	236	214	220	188	188	4,90	4,40	4,6	3,9	3,9
Миколаївська	75	69	70	65	58	3,60	3,30	3,4	3,1	2,8
Одеська	238	228	240	235	231	5,40	5,10	5,3	5,2	5,0
Полтавська	151	148	141	134	131	6,40	6,30	6,0	5,7	5,6
Рівненська	115	115	115	112	101	4,20	4,20	4,2	4,0	3,6
Сумська	103	98	109	100	94	5,80	5,60	6,2	5,7	5,4
Тернопільська	116	110	115	111	108	5,60	5,40	5,7	5,5	5,4
Харківська	279	282	283	277	276	6,70	6,70	6,7	6,5	6,5
Херсонська	102	97	97	90	94	5,20	4,90	4,9	4,6	4,8
Хмельницька	191	183	175	166	151	7,90	7,60	7,3	7,0	6,3
Черкаська	122	125	126	119	120	5,80	6,0	6,1	5,8	5,9
Чернівецька	52	49	48	48	49	2,80	2,70	2,6	2,6	2,7
Чернігівська	108	104	106	103	98	6,40	6,20	6,4	6,3	6,0
<i>Місто</i>										
Київ	503	513	504	491	463	10,70	10,6	10,2	9,6	8,8
Севастополь	53			0	0	8,40				

При відносно задовільній укомплектованості закладів охорони здоров'я зайнятими посадами педіатрів (89,8%), укомплектованість основними працівниками залишається низькою (74,7%) і коливається в межах 94,22% до 91,81% у Івано-Франківській і Львівській, до 63,4% у Житомирській, 62,1% у Кіровоградській, 62,1% у Миколаївській областях.

У структурі лікарів педіатричного профілю у 2017р. найбільшу частку становили лікарі-педіатри (49,78%), далі стоматологи (9,95%), педіатри-неонатологи (8,92%), хірурги (4,46%), неврологи (3,78%).

Якщо до 2007 р. зменшення чисельності педіатрів супроводжувалося зростанням кількості спеціалістів педіатричного профілю, то останніми роками кількість «вузьких» спеціалістів скоротилася. Вірогідно, це наслідок 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.

При цьому обсяги державного замовлення на підготовку дитячих лікарів враховують майбутню потребу в цих лікарях, які з 2020 р. працюватимуть лікарями-консультантами – орієнтовно на 2 сімейні лікарі планується до однієї посади педіатра та працюючу мережу стаціонарних ЗОЗ (дитячі ОЛ і МЛ, пологові будинки, перинатальні центри, центри ПМСД тощо).

Професійний рівень спеціалістів служби охорони здоров'я матері і дитини останніми роками був достатнім, на що вказали дані атестації. Так, частка атестованих акушерів-гінекологів за останні п'ять років була на рівні 81,20–83,76%. При цьому діапазон коливань частки атестованих акушерів-гінекологів порівняно з минулими роками зменшився і у 2017 р. становив від 93,36% у Херсонській, 90,39% у Миколаївській, 90,32% у Луганській областях до 70,77% у м. Києві, 71,83% у Чернівецькій 77,05% у Сумській областях (рис. 4.5.2).

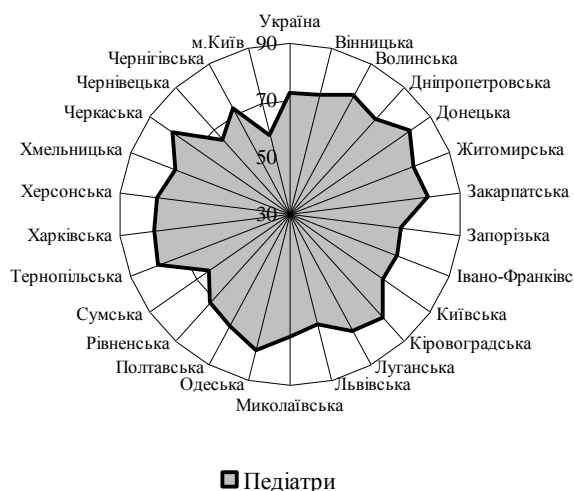


Рис. 4.5.2. Питома вага атестованих педіатрів та акушерів гінекологів у 2017 р.

Частка атестованих лікарів-педіатрів останніми роками мала тенденцію до зменшення з 73,5% у 2013 р. 72,4% у 2017 році. З них вищу категорію мали 49,59% у 2013 р та 54,8% у 2017 р., першу – відповідно 38,1% і 31,05%. Більш повно охоплені атестацією у 2016 р. дільничні педіатри – 75,5%, педіатри-неонатологи – 76,0%. Більш високий рівень атестації педіатрів у 2017 р. зареєстровано у Донецькій (81,1%) і, Черкаській (82,0%) областях. Порівняно низьким (до 70%) був показник атестації Запорізькій, Чернігівській і Тернопільській областях.

Важливе значення для забезпечення, «здорового старту» немовлят, їх подальшого психоемоційного та інтелектуального розвитку і стану здоров'я людини в наступні роки має розширена ініціатива ВООЗ і ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» (РІЛДД), започаткована ще у 1991 р. після Інночейтійської декларації 1990 року.

Ключовими компонентами Розширеної Ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» (РІЛДД) є важливість консультування та запровадження підходів, доброзичливих до дитини, матері і всієї родини, підтримка грудного вигодовування, впровадження ефективних сучасних перинатальних технологій в родопомічних закладах.

В Україні сертифікація ЗОЗ на статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» розпочата ще у 2001 р. І наразі Розширена Ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини» 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 Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини», основними завданнями якого визначені: методичне забезпечення, моніторинг, оцінка та координація діяльності органів і ЗОЗ стосовно роботи регіональних центрів підтримки грудного вигодовування «Лікарня доброзичлива до дитини» та центрів (відділень) медико-соціальної допомоги дітям і молоді «Клініка дружня до молоді»; розробка національної стратегії і тактики, включаючи питання планування, моніторингу і 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, направлених на охорону здоров'я матерів та дітей (передусім Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні) та впровадження медичної допомоги підліткам та молоді на основі «дружнього підходу»). Найбільш активно працюють такі центри у Дніпропетровській, Львівській, Миколаївській областях та у м. Києві.

За даними Методично-організаційного моніторингового центру Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини», станом на 01.01.2018р. статус «Лікарня, доброзичлива до дитини», без урахування тих установ, що знаходяться на територіях АР Крим, м. Севастополь, Донецької та Луганської областей. мають 417 ЗОЗ (табл. 4.5.8). За висновками національних експертів всі заклади охорони здоров'я, в яких здійснювалась оцінка та переоцінка, відповідають статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Таблиця.4.5.8

**Характеристика закладів охорони здоров'я, які мають статус «Лікарня, доброзичлива до дитини», в Україні у 2017р.**

Заклади охорони здоров'я, які надають допомогу матерям та дітям	Кількість закладів охорони здоров'я (ЗОЗ)		Питома вага сертифікованих (%)
	всього	сертифіковані на відповідність статусу «ЛДД»	
Перинатальний центр III рівня	17	13	84,4
Перинатальний центр II рівня	6	6	100
Пологовий будинок	57	53	92,8
Жіноча консультація самостійна	8	0	0
Обласна дитяча лікарня	25	18	72
Міська дитяча лікарня	60	37	61,6
Дитяча поліклініка самостійна	29	10	34,4
Лікарня для дорослого населення (обласна, міська, районна), до складу якої входять акушерські та дитячі підрозділи	451	205	45,4
Лікарня для дорослого населення (обласна, міська, районна), до складу якої входять акушерські підрозділи	52	21	40,3
Лікарня для дорослого населення (обласна, міська, районна), до складу якої входять дитячі підрозділи	48	25	52,1
Центри ПСМД	621	27	4,3
<b>Разом</b>	<b>1374</b>	<b>417</b>	<b>30,4</b>

\*Джерело: Методично-організаційний моніторинговий центр Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Як видно із табл.4,8. у 2017 р. в цілому сертифіковано 30,4% закладів і структурних підрозділів, які надавали медичну допомогу матерям і дітям, з них 100% перинатальних центрів II рівня, 92,8% пологових будинків, 84,4% перинатальних центрів III рівня, 72,0% обласних та 61,6% міських дитячих лікарень. Слід відмітити, що зменшення питомої ваги сертифікованих закладів з 42,0% у 2013 році до 30,4% у 2017-му є штучним і пов'язане з утворенням нових лікувальних установ – Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), які були створені в Україні в результаті реформування медичної галузі. Станом на 01.01.2018 р. налічується 621 такий заклад, з яких лише 27 мають статус «Лікарня,

доброзичлива до дитини». В цілому сертифіковано 50,4% родопомічних закладів (підрозділів) і 26,5% закладів (підрозділів), що надають медичну допомогу дітям.

В регіональному аспекті частота сертифікованих статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» закладів охорони здоров'я у 2017р. коливалася від 58,7% у Львівській, 58,0%, у Дніпропетровській, 51,7% у Івано-Франківській до – 8,8% у Харківській, 10,9% в Одеській, 11,5% у Кіровоградській та 11,3% у Київській областях (табл. 4.5.9).

Таблиця 4.5.9

**Характеристика сертифікації закладів охорони здоров'я на статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» та їх діяльності в розрізі регіонів у 2017 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість ЗОЗ, в яких надається допомога матерям та дітям	К-ть закладів охорони здоров'я, які мають статус ЛІДД	%	К-сть новонароджених в усіх родопомічних закладах регіону	К-сть новонароджених в закладах охорони здоров'я, які мають статус ЛІДД	%
<i>Область</i>						
Вінницька	66	15	23,7	14020	10854	77,4
Волинська	36	16	44,4	10249	11607	96,3
Дніпропетровська	119	69	58,0	26937	26937	100
Житомирська	61	13	21,3	11952	10241	85,7
Закарпатська	36	8	22,2	14522	10216	70,3
Запорізька	72	10	13,9	13948	10415	74,6
Івано-Франківська	29	15	51,7	14841	10865	73,2
Київська	62	7	11,3	15125	6673	44,1
Кіровоградська	52	6	11,5	7626	3606	47,2
Львівська	63	37	58,7	25002	22800	91,2
Миколаївська	57	23	40,3	9868	9413	95,3
Одеська	84	10	10,9	25195	17507	69,4
Полтавська	68	27	39,7	11586	10504	90,6
Рівненська	44	12	27,2	7980	7294	91,4
Сумська	44	12	27,2	7980	7294	91,4
Тернопільська	42	17	40,4	9261	8653	93,4
Харківська	79	7	8,8	21208	9615	45,3
Херсонська	39	16	41,0	9964	7864	78,9
Хмельницька	53	11	20,7	11421	5833	51,0
Черкаська	58	15	25,8	9552	6665	69,7
Чернівецька	44	7	15,9	9384	5775	61,5
Чернігівська	54	25	46,2	7625	7581	99,0
м. Київ	64	27	42,1	30993	25600	82,6
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	1	1				
Приватні ЗОЗ	2	2				
<b>Разом</b>	<b>1260</b>	<b>397</b>	<b>31,5</b>	<b>340294</b>	<b>276622</b>	<b>76,8</b>

\*Джерело: Методично-організаційний моніторинговий центр Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини»

За даними моніторингу питома вага дітей, які народились в родопомічних закладах, сертифікованих на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини», у 2017 р. становила 76,8% (81,3% у 2016 р., 75,2% у 2015 р., 73,3% у 2013 р.).

При цьому зберігається регіональна диспропорція частки дітей, які народились в родопомічних закладах, сертифікованих на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» від 100% у Дніпропетровській 99% у Чернігівській областях, більше 80% у: Волинській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Сумській і Тернопільській областях до 44,1% у Київській, 45,3% у Харківській областях при середньому показнику по Україні 76,8%, що значно нижче за передбачений індикаторами Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» – 90%.

Важливим компонентом діяльності «Лікарень, доброзичливих до дитини» 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 2017 р. на етапах антенатального нагляду 89,1% вагітних пройшли навчання з грудного вигодовування із пологових стаціонарів, сертифікованих на статус ЛДД на виключно грудному вигодовуванні виписано 93,2% немовлят.

Враховуючи, що діти підліткового віку сприятливі для формування здорового способу життя, а більшість проблем можуть бути вирішені, і ризики зменшені шляхом організації та проведення такої форми роботи з підлітками, яка дасть змогу їм отримати консультації, медичну й психологічну допомогу, інформацію щодо збереження здоров'я, в Україні впроваджена Резолюція Глобальних консультацій ВОЗ по «дружніх до молоді» службах. Розвиток медичних служб, дружніх до молоді: «Клініка дружня до молоді» (КДМ) в Україні було розпочато в рамках співробітництва Дитячого Фонду ООН/ЮНІСЕФ з Урядом України в 1997 році.

Основними завданнями «Клінік, дружніх до молоді» 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 «Клінік, дружніх до молоді», 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 у відповідності до рекомендацій ЮНІСЕФ та ВООЗ відносяться:

*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 «Клініка, дружня до молоді» 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 2014-2015рр. 3 у 2016р. та 4 у 2017р.(рис. 4.5.3).

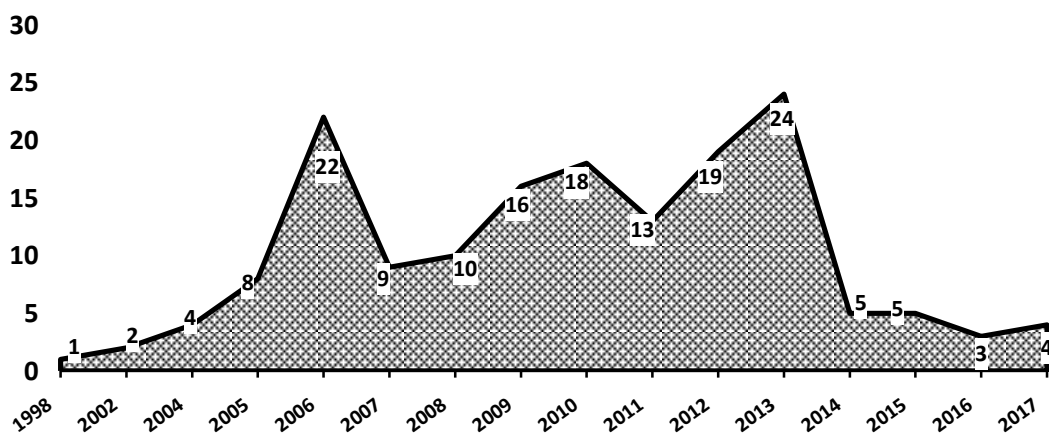


Рис. 4.5.3. Динаміка створення «Клінік, дружніх до молоді» в Україні за 1998–2017рр. (од.)

\*Джерело: Методично-організаційний моніторинговий центр Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини»

Станом на 1.01.2018 р. в Україні працює 139 КДМ (без урахування КДМ, які знаходяться на тимчасово окупованій території АР Крим, м. Севастополі та на непідконтрольній території Донецької та Луганської областей), проти 142 – в 2016р. За підтримки ЮНІСЕФ створено – 25 КДМ та інформаційно-ресурсний центр в м. Києві. У 2017 р., за фінансової підтримки ЮНІСЕФ, створена 1 КДМ в Луганській області в структурі Луганської обласної дитячої лікарні, м. Лисичанськ та придбана оргтехніка для КДМ м. Слов'янська Донецької області.

Мережа КДМ у 2017р. включала 85 кабінетів, 44 відділення, 10 центрів і 1 мережу кабінетів (у 2013р – 90,45,10 і 2 відповідно).

Наразі «Клініки, дружні до молоді» створені і працюють в усіх регіонах України. Найбільша кількість «Клінік, дружніх до молоді» функціонує в Миколаївській (17), Чернівецькій (15), Дніпропетровській (10), Львівській (11) областях. Лише по одній «Клініці, дружній до молоді» функціонує у Кіровоградській, Луганській, Рівненській і Тернопільській областях.

Зросла і кількість звернень молоді до КДМ з 25 084 у 2013 р. до 260135 у 2017 р. (табл.4.5.10). Крім того, послугами «Телефону довіри» КДМ скористалися 10706 клієнтів проти 8893 – в 2013 році.

Таблиця 4.5.10

Характеристика звернень молоді до КДМ, Україна, 2013, 2017рр.

Показники	2013 р.		2017 р.	
	абс. ч.	%	абс.ч.	%
Первинних:	130125	51,6	126143	48,45
Юнаки	50897	39,0	47748	37,9%
Дівчата	71228	60,9	78385	62,1%
Повторних:	121959	48,4	133998	51,5%
Юнаки	45296	37,1	45408	33,89%
Дівчата	76663	62,9	88584	61,1%
Загальна кількість звернень	252084		260135	

\*Джерело: Методично-організаційний моніторинговий центр Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини»,



Частіше до КДМ зверталися дівчата (60,9% у 2013р. і 62,1% у 2017 р. серед загальної кількості звернень). Намітилася негативна тенденція до збільшення частки повторних звернень (48,4% у 2013р. і 51,5% у 2017р.). Найбільша кількість повторних звернень у КДМ у 2017 р. зареєстрована у Кіровоградській, Херсонській, Сумській, Полтавській областях та м. Києві – від 56 до 66%, при передбаченому Тимчасовими стандартами показнику якості надання медичної допомоги для КДМ (50%).

Важливим компонентом роботи КДМ є продтестове консультування і тестування моло ді на ВІЛ. Протягом 2017 р. збільшилась кількість КДМ, які запровадили в свою діяльність ці послуги. Всього було охоплено передтестовим консультуванням 47 958 клієнтів, (2016 р. – 43955), з них тестування проведено 29 904 (25166 – в 2016 р.), що складає 62,4%. Забір крові у 88% випадків здійснювався безпосередньо в маніпуляційних кабінетах закладів охорони здоров'я, в структурі яких створена КДМ. У 2017 р. 18 616 клієнтів КДМ мали змогу перевірити свій статус на ВІЛ-інфекцію за допомогою швидких

Тестів. В подальшому планується на інші регіони України поширити досвід Запорізької області з розробки, впровадження та імплементації в діяльність закладів охорони здоров'я інноваційної інтегрованої Програми з профілактики ВІЛ серед молодих жінок секс-бізнесу, осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, та молоді, яка живе або працює на вулиці.

Наразі найважливішою організаційною моделлю на шляху оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, яка забезпечує етапність надання перинатальної допомоги за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я і сприяє зниженню рівня материнської та перинатальної смертності, захворюваності та інвалідності новонароджених, є регіоналізація перинатальної допомоги (РПД)

Відповідно до принципів надання перинатальної допомоги, опублікованих ВООЗ, медична допомога під час вагітності, пологів та післяпологового періоду повинна бути районована і носити рівневий характер, доступний при необхідності будь-який пацієнтці. При цьому географічне становище закладів перинатальної допомоги (ЗПД) має забезпечувати своєчасну доступність базової невідкладної акушерської допомоги протягом двох годин, а в разі необхідності надання високоспеціалізованої акушерської допомоги - максимально в межах 12 годин (UNFPA, 2004). Система регіоналізації акушерської та неонатальної допомоги, заснована на принципі надання медичної допомоги з урахуванням відповідного ризику для життя і здоров'я матері і дитини, сприяє підвищенню ефективності та економії ресурсів за рахунок концентрації дорогих технологій і висококваліфікованих фахівців в медичних організаціях відповідного рівня.

Трирівнева система організації перинатальної допомоги дозволяє не тільки надати максимально якісну допомогу матері і дитині, але і є ресурсозберігаючою моделлю за рахунок диференціації навантаження на первинні та високотехнологічні заклади охорони здоров'я.

В Україні реформування перинатальної допомоги здійснюється на виконання Указу Президента від 12.03.2010 р. щодо впровадження програми економічних реформ на 2010–2014 рр., яким передбачена модернізація системи третинної (високоспеціалізованої) медичної у тому числі перинатальної допомоги, та створення перинатальних центрів (ПЦ) третього рівня перинатальної допомоги.

Неодмінною умовою забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги є наступне організаційне забезпечення: • створення в кожному регіоні організаційної структури трирівневої

системи надання перинатальної допомоги за рахунок розділення акушерських стаціонарів на рівні перинатальної допомоги, • приведення організаційної структури трирівневої системи надання перинатальної допомоги у відповідність з територіальною потребою, урахуванням географічної доступності, кадрових і матеріально-технічних можливостей закладів перинатальної допомоги, наявного на території числа вагітних жінок з різним ступенем ризику перинатальної патології та смертності; розробка територіальних схем руху (маршрутів) вагітних, породіль, роділь і новонароджених з ризиком материнської та перинатальної смертності в заклади перинатальної допомоги відповідного рівня.

Таким чином, у відповідності до медико-демографічної ситуації в рамках реформування сфери охорони здоров'я і потреб матерів і дітей в конкретних видах медичної допомоги, проведено скорочення числа малопотужних нерентабельних закладів охорони здоров'я і їх структурних підрозділів. Збережена спадна тенденція забезпеченості жінок і дітей цілодобовими ліжками ( убуток 12,95% і 19,8% відповідно), лікарями акушер-гінекологами і педіатрами (убуток 11,3% і 14,41% відповідно) при збереженні їх професійного рівня. Продовжена робота з переорієнтації закладів охорони здоров'я матері і дитини на всевітньо визнані медикоорганізаційні технології з доведеною ефективністю – регіоналізацію перинатальної допомоги, загально лікарську/сімейну практику, сертифікацію закладів на статус «Лікарня, доброзичлива до дитини».

#### ***4.5.2. Характеристика стану організації та основних показників перинатальної допомоги в Україні***

Національними завданнями третьої цілі сталого розвитку – Міцне здоров'я і благополуччя – передбачено до 2030р.: знизити рівень материнської смертності до 11,2 на 100 тис. народжених живими, смертності дітей у віці до 5 років, випадків до 6–7 на 1000 живонароджених шляхом мінімізації смертності, якій можна запобігти, кількість смертей від злякисного новоутворення молочної залози у віці 30–59 років до 18,3, від злякисного новоутворення шийки матки до 9,5 на 100 тис. жінок відповідного віку; знизити поширеність тютюнокуріння серед жінок віком 16–29 років до 4,0%, серед чоловіків віком 16–29 років до 20,0% з використанням інноваційних засобів інформування про негативні наслідки тютюнокуріння,

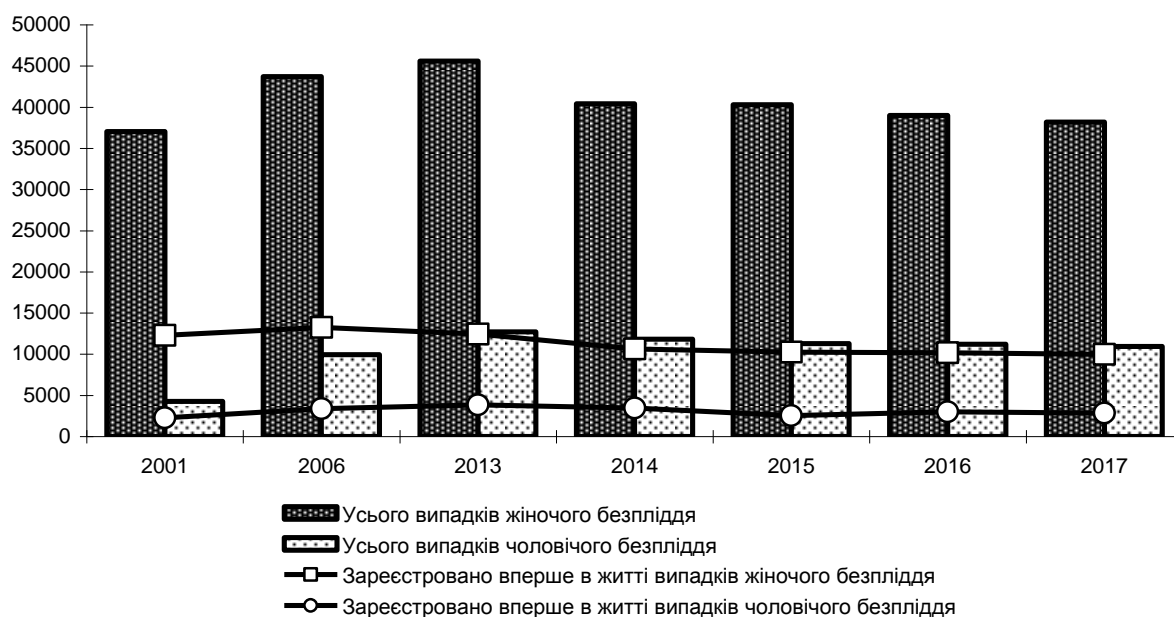
Виконання заданих параметрів на даний момент можливе при умові поліпшення якості і підвищення ефективності перинатальної допомоги. Наразі в Україні стали стандартом медико-організаційні технології, що мають доказову базу і спрямовані на зниження перинатальної захворюваності і смертності, зокрема трирівнева система перинатальної допомоги.

Згідно Концепції безпечного материнства усі країни за підтримки міжнародного співтовариства повинні розширити надання послуг з охорони здоров'я матері в контексті первинного медико-санітарного обслуговування. Ці послуги, засновані на концепції свідомого вибору, повинні включати освіту з питань безпечного материнства, допомогу в допологовий період, яка носила б цілеспрямований і ефективний характер, програми в області харчування матерів, належну родопоміч, що дозволяє уникнути надмірного застосування кесаревого розтину і забезпечити екстрену акушерську допомогу; спеціалізовану медичну допомогу у разі виникнення ускладнень при вагітності і пологах і ускладнень в результаті абортів; допомогу в післяпологовий період і послуги в області планування сім'ї. У усіх випадках родопоміч повинна надаватися кваліфікованим персоналом, що пройшов відповідну підготовку. Необхідно здійснювати

програми і інформаційно-просвітницьку діяльність з тим, щоб заручитися підтримкою чоловіків в справі забезпечення охорони здоров'я матері і безпечного материнства.

Важливим етапом перинатальної допомоги є амбулаторно-поліклінічна допомога. У 2017 р. амбулаторно-поліклінічна допомога акушерсько-гінекологічного профілю надавалася 22 770 325 жінкам, у т.ч. 3 169 986 дівчаткам віком до 14 років, 525 077 дівчатам 15–17 років і 101208498 жінкам фертильного віку. В зв'язку з несприятливою демографічною ситуацією, яка утримується в Україні, лише за останні 5 років кількість жіночого населення зменшилася на 1639,6 тис. у т. ч. жінок фертильного віку – на 1153,4 тис. З огляду на основні завдання амбулаторно-поліклінічної ланки акушерсько-гінекологічного профілю, на до госпітальному 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.

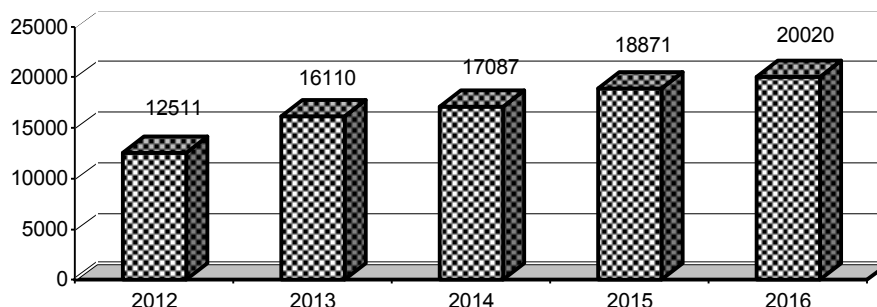
Серед співвідносної дії чинників фертильності жінок і якості здоров'я нових народжуваних поколінь вагоме значення має жіноче і чоловіче безпліддя. За даними державних статистичних звітів в Україні у 2001–2005 рр. частота жіночого та чоловічого безпліддя реєструвалася майже на одному рівні, як у жінок, так і у чоловіків, а з 2006 р. спостерігалось зростання частоти реєстрації випадків чоловічого безпліддя майже у 2 рази. При цьому частота як захворюваності, так і як з поширеності жіночого безпліддя залишається вище чоловічого у 3,5 разу (рис.4.5.4)



**Рисунок 4.5.4. Динаміка жіночого і чоловічого безпліддя в Україні у 2001, 2006, 2013-2017 рр. (на 1000 осіб фертильного віку відповідної статі)**

Наразі основним методом мінімізації безпліддя є застосування допоміжних репродуктивних технологій. Звіти лікувально-профілактичних закладів, що займаються лікуванням безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій, носять ретроспективний характер та дають можливість проаналізувати кінцеві результати розпочатих лікувальних циклів. Так звіти про кінцеві результати розпочатих лікувальних циклів у 2012 р. були надані за 2013 звітний рік, а про кінцеві результати розпочатих циклів у 2016 р. відповідно

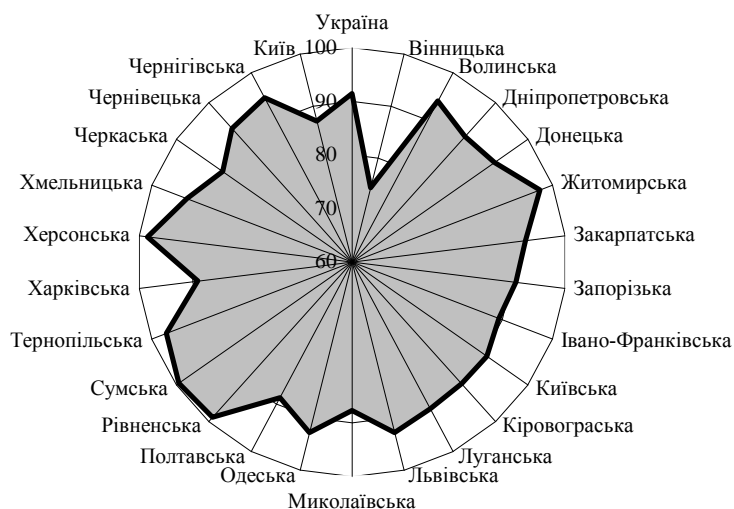
за 2017 звітний рік. У 2016 році було розпочато 20020 лікувальних циклів (стимульованих або не стимульованих), протягом яких передбачалося проведення лікування неплідності методами допоміжних репродуктивних технологій, і моніторинг росту фолікулів. У порівнянні з 2012 роком кількість розпочатих лікувальних циклів за методами допоміжних репродуктивних технологій у 2016 році збільшилось у 1,6 разу (рис. 4.5. 5).



**Рисунок 4.5.5. Кількість розпочатих лікувальних циклів за методами допоміжних репродуктивних технологій в Україні**

За даними Української асоціації репродуктивної медицини, в Україні у порівнянні з країнами Європи достатньо висока результативність застосування методів ДРТ. Так, частота настання клінічної вагітності від розпочатих лікувальних циклів ДРТ в Україні у 2012–2016р р. становила 37,2 % - 37,6% проти 33,2/31,6 % у Європі у 2014 р. а показник успішної народжуваності в Україні у 2015 р. – 29,57 %, у Європі – 25 %, за даними Європейського співтовариства репродукції людини та ембріології (ESHRE) .

Важливим показником оцінки доступності медичної допомоги вагітним є охоплення вагітних антенатальним доглядом. В Україні цей показник упродовж останніх років становить біля 99,5% з незначним коливанням в розрізі регіонів в межах 98,9–99,9%. Наразі доведено, що ефективність заходів, які проводяться на до госпітальному етапі із питань охорони здоров'я вагітних і антенатальної охорони плода, найбільш висока, якщо їх починають у ранніх термінах вагітності. Протягом останніх п'яти років в Україні спостерігалася охоплення вагітних раннім (до 12 тижнів вагітності) диспансерним наглядом коливалося в межах 90,50%–91,79 %. (рис. 4.5.6).



**Рис. 4.5.6. Раннє охоплення вагітних диспансерним наглядом (до 12 тижнів вагітності) у 2017р.**

При цьому у 2017 р. лише у Сумській, Рівненській, Херсонській, Житомирській, та Тернопільській областях раннє охоплення вагітних медичним наглядом було достатнім (понад 95%). Низький рівень раннього охоплення вагітних диспансерним наглядом залишився у Вінницькій (74,24%), Миколаївській (87,71%), Полтавській (88,67%), Харківській (89,1%), Івано-Франківській (89,4%) і м. Києві (87,05%) (рис. 4.5.6). Більш повного охоплення вагітних своєчасним медичним наглядом можна досягти шляхом залучення до цієї роботи первинної ланки медичної допомоги, зокрема ЛЗП/СЛ, що передбачено наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Важливе значення для зменшення негативного впливу стану здоров'я матері на розвиток плода має своєчасний (до 12 тижнів вагітності) огляд вагітних лікарем-терапевтом, особливо зважаючи на низький стан здоров'я жіночого населення, у тому числі вагітних. В Україні останнім часом зафіксовано достатній (92,89% – у 2013 р., 92,6% – у 2017 р.) рівень своєчасного огляду вагітних терапевтом із незначним діапазоном коливання у 2017 р. в різних регіонах від 77,29% у Вінницькій області, 88,92% у Харківській, 89,67% у Полтавській областях, 89,66% у м. Києві до 99,17% у Сумській, 99,62% у Рівненській, 97,18% у Тернопільській 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 як впровадженням загально лікарської практики-сімейної медицини, так і некоректністю цих даних і потребує аналізу головними акушерами-гінекологами областей.

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, альфафетопротейн, проведення УЗД стану плода.

Відродно відмітити, що останніми роками в усіх регіонах України спостерігалось достатнє, біля 96,5% охоплення вагітних обстеженням на сифіліс, біля 99,1%, у т. ч. біля 96,9% двічі на ВІЛ. Це зумовлено вирішенням питання закупівлі тест-систем для обстеження на ВІЛ-інфекції вагітних коштом державного бюджету. Утримувалась достатнє охоплення (96,18% - 96,44%) УЗД вагітних. Ефективність УЗД природжених вад розвитку підтверджується тим, що лише у 2017р. встановлений при УЗД діагноз вроджених вад розвитку у 99,7% був підтверджений при перерваних з цих причин вагітностях.

Регламентною системою надання акушерської допомоги передбачено обстеження вагітних і групи перинатального ризику на альфафетопротейні. Протягом останніх п'яти років охоплення цим методом зросло з 46,52% до 55,23,8%. За даними наукових досліджень, немає єдиної точки зору стосовно обов'язкового обстеження усіх вагітних на альфафетопротейні. Однак досвід засвідчив, що в результаті охоплення вагітних цим дослідженням можна значно зменшити частоту народження дітей з аненцефалією та спино мозковою килою. Доцільність збільшення охоплення вагітних обстеженням на альфафетопротейні зумовлена тим, що цей тест є маркером тяжких інвалідизуючих захворювань у дітей. У 2017 р. скринінгом на альфафетопротейні охоплено від 81,75% вагітних у Тернопільській, 78,3% у Вінницькій, 76,72% у Львівській, 74,0% у Черкаській, 70,26% у Чернігівській областях до 16,79% у Рівненській, 23,3% у Волинській, 24,5% у Київській областях при середньому показнику по Україні 55,23%.

Доказовим резервом зниження перинатальної патології є виявлення груп ризику вагітних щодо перинатальної патології з проведенням диспансерного нагляду за ними.

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 5,77 на 100 вагітних у 2013 р і 6,28 у 2017 р., преєклампсій та еклампсій – 2,0 і і 2,1 відповідно. Найбільша частота гестозів вагітних у 2017 р. зареєстрована у Чернівецькій (10,33), Миколаївській (9,39), Київській (8,22), Львівській (7,34) Дніпропетровській (8,5) областях, а частота преєклампсій та еклампсій вагітних – у Чернівецькій (3,45), Полтавській (3,4), Волинській (3,13), областях. У поточному році відносно низька частота гестозів та преєклампсій і еклампсій зареєстрована у Рівненській (3,15 і 1,33), Івано-Франківській (3,96 і 1,36), Київській (4,22 і 1,778) та Сумській (4,76 і ,92) областях.

В цілому рівень патології у вагітних залишається відносно високим, що визначає потребу в отриманні ними своєчасної висококваліфікованої медичної допомоги. Значна увага в поточному році надавалась і вдосконаленню стаціонарної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та жінкам з гінекологічною патологією.

Незважаючи на впровадження сучасних перинатальних технологій та скорочення акушерських ліжок інтенсивність їх роботи залишається низькою. У цілому по Україні середня зайнятість акушерських ліжок зменшилася з 253,78 дня у 2013 р. до 234,28 дня – у 2017 р. при підйомній тенденції середньої тривалості перебування на ліжку з 7,66 до 7,73 відповідно (рис.4.5.7).



**Рис. 4.5.7. Динаміка показників роботи родильних ліжок (включаючи ліжка патології вагітності) в Україні у 2013–2017 рр.**

Як і в попередні роки, у 2017 р. середнє перебування пацієнток на акушерських ліжках коливалося від <7 днів Закарпатській (6,23), Чернівецькій (6,25), Вінницькій (6,67) областях і м. Києві (6,19), до >8,5 днів у Луганській (10,7), Кіровоградській (9,27), Запорізькій (8,6), Київській (8,55) і Чернігівській (8,53) областях. Середня зайнятість акушерських ліжок була недостатньою в усіх регіонах і коливалася від 275,3днів у Кіровоградській, 269,93 у Рівненській, 267,42 у Миколаївській областях та 267,7 у м. Києві до 166,6 днів у Луганській, 202,6 Львівській, 202,87 у Харківській і 203,74 у Донецькій, областях (табл.45.11).

Таблиця 4.5.11

**Характеристика інтенсивності роботи родильних (включаючи патології вагітності) ліжок у 2017 році**

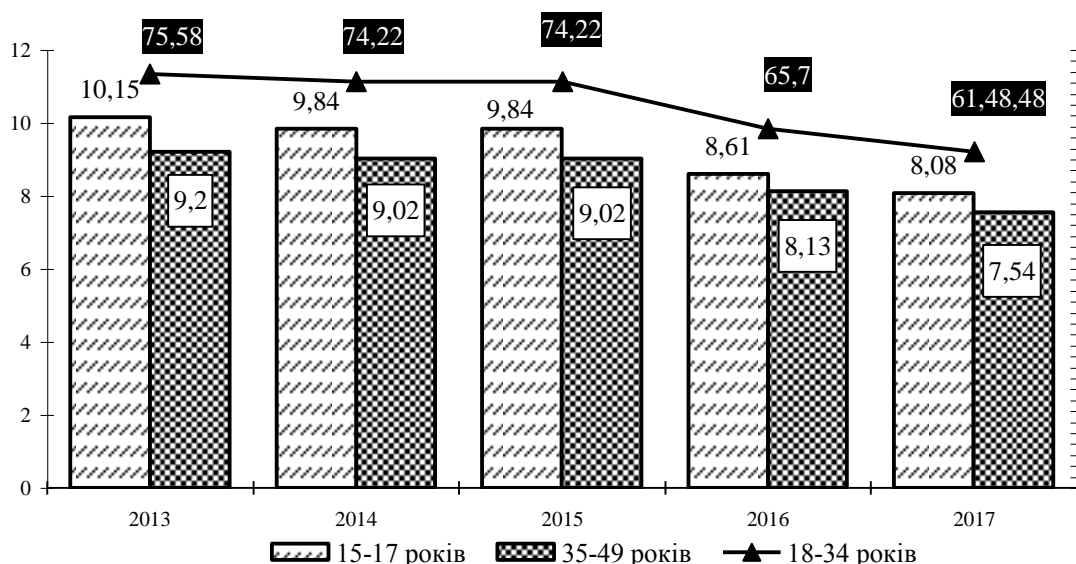
Найменування регіонів	Середнє число днів зайнятості ліжка	Середнє перебування на ліжку	Обіг ліжка
<b>Україна</b>	<b>234,28</b>	<b>7,73</b>	<b>30,33</b>
<i>Область</i>			
Вінницька	239,02	6,67	35,82
Волинська	267,34	7,29	36,66
Дніпропетровська	239,74	7,74	30,99
Донецька	203,74	8,35	24,39
Житомирська	265,66	7,71	34,48
Закарпатська	222,57	6,23	35,73
Запорізька	237,34	8,60	27,61
Івано-Франківська	207,18	8,27	25,05
Київська	238,29	8,55	27,86
Кіровоградська	275,30	9,27	29,70
Луганська	166,66	10,70	15,58
Львівська	202,06	7,77	26,01
Миколаївська	267,42	8,03	33,31
Одеська	248,26	8,49	29,25
Полтавська	210,42	8,50	24,76
Рівненська	269,93	7,21	37,46
Сумська	205,61	7,53	27,30
Тернопільська	242,85	7,91	30,70
Харківська	202,87	7,58	26,77
Херсонська	254,42	7,12	35,71
Хмельницька	246,87	8,46	29,18
Черкаська	241,29	8,11	29,75
Чернівецька	251,07	6,25	40,20
Чернігівська	229,77	8,53	26,95
м. Київ	267,67	6,19	43,26

В цілому низька інтенсивність роботи акушерських ліжок (обіг ліжка – менше 30,0) була у подавляючій більшості областей, за виключенням м. Києва, Чернівецької, Рівненської, Волинської, Херсонської, Хмельницької, вінницької і Закарпатської областей, де обіг ліжка становив  $\geq 35$ . Як і в попередні роки, найбільш інтенсивною у 2017 р. була робота родильних ліжок лише в м. Києві, де при низьких показниках забезпеченості ліжками на 1000 пологів (30,73, Україна – 49,25) та середньої тривалості перебування на ліжку (6,19) показник середнього числа роботи ліжка становив 267,67 дня, а обіг ліжка – 43,26.

Незважаючи на зменшення гінекологічних ліжок, нижчу за орієнтовно-нормативну забезпеченість ними (3,2 на 10 тис. населення) інтенсивність їх роботи знизилася – середнє число днів роботи ліжка зменшилося з 332,64 у 2013 р. до 315,68 у 2017 р. при тенденції до збільшення середнього перебування хворого на ліжку з 7,66 до 7,93 відповідно. Понаднормативна (більше 340 днів на рік) робота ліжок у 2017 р. спостерігалась у Кіровоградській (353,3), Миколаївській (352,2) Волинській (348,0) областях, а вкрай недостатньо. використовувався ліжковий фонд ЗОЗ гінекологічного профілю (середня зайнятість ліжка – до 300 днів) у Харківській Луганській, Полтавській, Закарпатській і Київській областях.

На тлі несприятливої демографічної ситуації в Україні утримується спадна динаміка кількості пологів 494,6 тис. у 2013 р. і 345,3 тис. у 2017 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 на 1000 відповідного населення –75,58 у 2013 р. і 61,48 у 2017 р. Частота пологів у старшій віковій групі жінок (35–49 років) становила 9,2 на 1000 відповідного населення та 7,54, а у дівчат- підлітків – 10,15 на 1000 відповідного населення та 8,08 відповідно (рис.4.5.8). Убуток народжуваності за віковими групами мав незначні коливання і становив відповідно 18,5%, 18,1% та 20,4%.



**Рис. 4.5.8. Динаміка частоти пологів в окремих вікових групах в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 відповідного населення)**

Показник народжуваності в групі дівчаток до 14 років коливався за останні п'ять років у межах 0,1-0,13 на 1000 відповідного населення. Зменшення кількості пологів упродовж останніх п'яти років відбулося в усіх регіонах.

Одним із компонентів забезпечення доступності медичної допомоги в залежності від наявності і виду перинатального ризику є розумний і ефективний розподіл медичної допомоги за закладами перинатальної допомоги різних рівнів.

У відповідності до міжнародної практики та критеріїв функціональних можливостей у стаціонарах ЗПД I рівня надається базова акушерська допомога – розродження вагітних при фізіологічній вагітності та нормальних пологах, неонатальна допомога здоровим новонародженим, стабілізаційна допомога пацієнтам до переведення на вищий рівень надання допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим при невідкладних станах.

В Україні у 2014 р. у ЗПД первинного рівня перинатальної допомоги було розроджено 36,7% вагітних, у 2015 р – 40,3%, у 2016 р. – 37,5%, у 2017 р.– 36,6% (рис. 4.5.9).

У 2017 р. залишається значна регіональна диференціація частоти пологів у ЗПД I рівня від > 60,0% Житомирської (78,1%), Закарпатської (73,9,4%), Хмельницької (63,0%), Київської (61,4%) до < 20,0% Сумської (17,4%), Дніпропетровської (12,5%) і Харківської (3,3%) областей. При цьому не виявлено очікуваної регіональної залежності частоти пологів у ЗПД I рівня від частоти нормальних пологів і щільності населення.



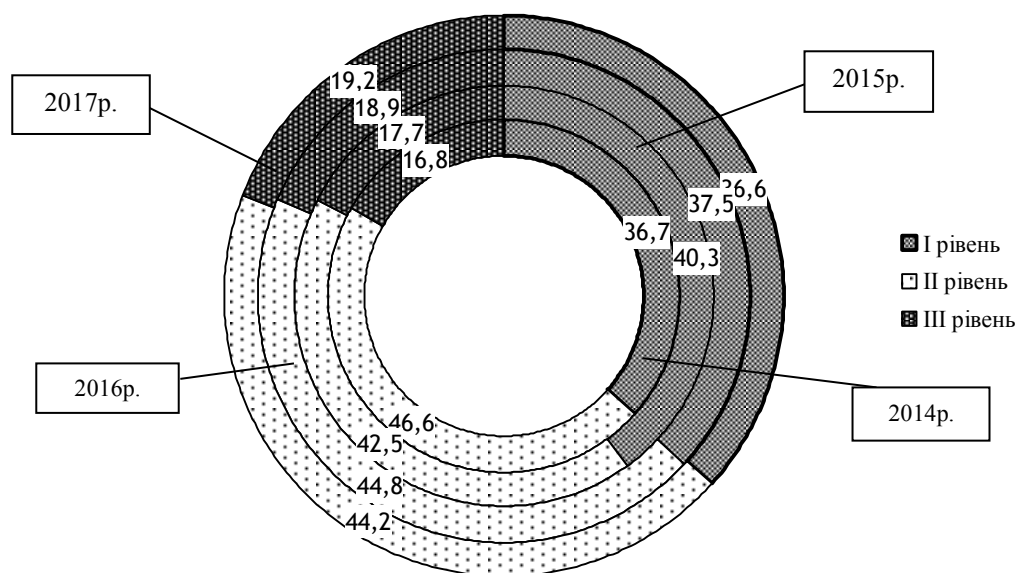


Рис. 4.5.9. Доля пологів у ЗПД I, II, III рівнів, до загальної кількості пологів у регіоні у 2014–2017 рр.

У ЗПД II рівня на госпітальному етапі надається медична допомога як на I рівні вагітним, роділлям, породіллям середнього (за сукупністю факторів) ступеня акушерського і перинатального ризику, недоношеним новонародженим з масою тіла 1500-2499 г (термін гестації 35-36 тиж.), хворим новонародженим з проблемами, які не потребують тривалого лікування. Доля пологів у ЗПД вторинного рівня становила у 2014 р. 46,6%, у 2015 р. 42,5%, у 2016 р. 44,8% і 44,2% у 2017 р.

Показник долі пологів у ЗПД II рівня дещо нижче орієнтовного і зумовлений відсутністю цих закладів у Житомирській області та низькою (менше 30%) долею пологів у цих закладах Чернівецької (9,8%), Рівненської (18,8%), Київської (19,5%) Хмельницької (21,1%) і Закарпатської (26,1%) областей.

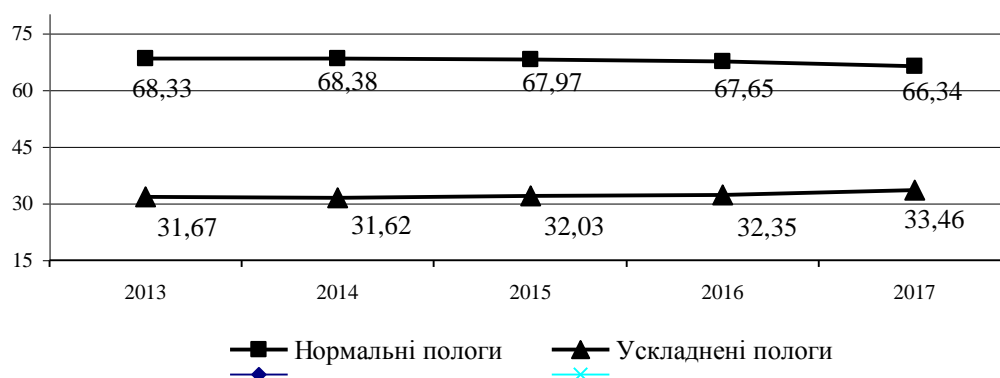
На третинному рівні перинатальної допомоги надається високотехнологічна спеціалізована допомога вагітним, роділлям, породіллям високого (за сукупністю факторів) ступеня акушерського і перинатального ризику, новонародженим з масою тіла <1500 г і терміном гестації < 34 тиж., новонародженим із дихальними розладами, що потребують тривалої респіраторної підтримки, вадами розвитку, що потребують хірургічного втручання незалежно від маси тіла при народженні.

У ЗПД III рівня було сконцентровано 16,8% пологів у 2014 р., 17,7% у 2015 р., 18,9% у 2016 р. і 19,2% у 2017 р. із суттєвою різницею у 2017 р. в розрізі регіонів – від 0,0% у Волинській, Закарпатській, Чернігівській областях, де відсутні ЗПД III рівня, 0,7% у Миколаївській, 1,0% у Львівській, 10,2% у Вінницькій, до 47,5% у Чернівецькій, 39,3% у Харківській, 35,4% у Сумській областях.

При високій щільності населення, в компактних територіях з добре розвинутою інфраструктурою виправдовує себе модель, яка містить акушерські стаціонари тільки II і III груп. Така модель створена і функціонує в м. Києві.

Впровадження рекомендованих ВООЗ доказових перинатальних технологій зокрема, родопомочі, орієнтованої на участь сім'ї, демедикалізації пологів, ведення партограми тощо,

сприяло забезпеченню достатньої частоти при спадній тенденції нормальних пологів – 68,33% у 2013 р. і 66,34% у 2017 р. (рис.4.5.10).



**Рис. 4.5.10. Динаміка частота нормальних та ускладнених пологів в Україні у 2013–2017рр. (на 100 пологів)**

Як і в попередні роки, спостерігалася поляризація показника ускладнених пологів від 39,4% у Кіровоградській, 38,55% у Хмельницькій, 38,15% у Одеській до 25,58% у Львівській, 25,62% у Запорізькій, 25,77% у Рівненській, областях (табл.4.5.12).

Таблиця.4.5.12

**Динаміка частоти ускладнених пологів у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, за 2013–2017 рр. (на 100 пологів)**

Адміністративно-територіальна одиниця	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
<b>Україна</b>	<b>31,67</b>	<b>31,62</b>	<b>32,03</b>	<b>32,35</b>	<b>33,46</b>
<i>Область</i>					
АР Крим					
Вінницька	35,14	36,51	34,15	38,01	36,89
Волинська	29,73	31,09	32,54	33,37	33,66
Дніпропетровська	34,55	36,08	39,08	39,51	38,91
Донецька	30,00	28,72	31,87	35,72	34,21
Житомирська	34,53	35,42	37,18	36,56	35,89
Закарпатська	26,27	30,79	29,90	31,32	32,68
Запорізька	36,65	28,30	27,19	25,89	25,62
Івано-Франківська	30,65	32,46	33,83	31,97	33,87
Київська	33,69	33,25	34,31	35,87	36,04
Кіровоградська	33,40	35,75	30,47	33,44	39,42
Луганська	30,97	29,09	31,07	32,35	33,84
Львівська	27,74	26,88	26,12	26,51	25,58
Миколаївська	30,23	30,42	27,88	28,51	29,41
Одеська	38,72	36,74	35,33	32,41	38,15
Полтавська	27,37	28,16	31,42	31,08	34,22
Рівненська	27,08	25,41	24,65	23,24	25,77
Сумська	32,92	35,12	35,63	37,20	36,17
Тернопільська	29,17	28,84	28,57	28,81	31,45
Харківська	32,67	33,45	33,80	34,34	36,77
Херсонська	33,81	34,57	35,12	36,47	36,10
Хмельницька	34,10	35,30	38,14	37,74	38,55
Черкаська	26,02	25,62	25,10	26,01	27,53
Чернівецька	28,53	27,19	27,18	28,13	26,68
Чернігівська	30,04	31,42	31,36	32,31	31,74
<i>Місто</i>					
Київ	32,17	29,62	30,55	30,35	33,20
Севастополь	32,82				

До очевидних чинників негативного впливу на перинатальні результати відносяться передчасні пологи. Наразі доведено, що передчасні пологи у терміні до 37 тижнів гестації є лідувчою причиною не лише перинатальної захворюваності і смертності, а і інвалідності дітей. Наразі частота передчасних пологів має тенденцію до зростання – 3,16у 2013р і 3,44% у 2017р.

Поліпшення якості акушерської допомоги, впровадження в клінічну практику положень про групи високого ризику по розвитку кровотечі в пологах, заходів профілактики гіпотонічних кровотеч у ранньому післяпологовому періоді, а також вдосконалення заходів з інтенсивної терапії в акушерській практиці сприяли позитивній тенденції частоти акушерських кровотеч із 17,82 на 1000 пологів у 2013 р. до 17,1 у 2017 р., а частоти кровотеч у послідовому і післяродовому періодах – з 8,19 до 7,21 відповідно (рис. 4.5.11).

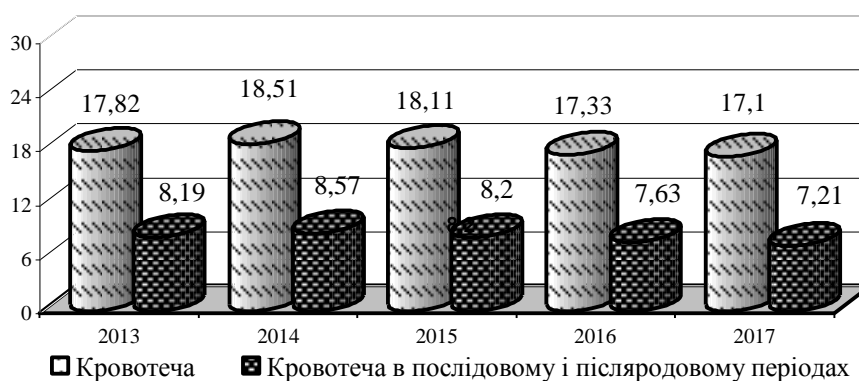


Рис. 4.5.11. Динаміка акушерських кровотеч в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 пологів)

При позитивній тенденції частоти кровотеч у послідовому та післяродовому періодах в цілому по Україні такі показники були все ще високими (вище 10,00 на 1000 пологів) у ЗОЗ Черкаської (12,0), Херсонської (11,61) Закарпатської (10,50), Луганської (10,19), Київської (10,0) та Івано-Франківської (10,02) областей. Лише в ЗОЗ Львівської, Чернівецької, Запорізької, Тернопільської та Житомирської областей зафіксовано відносно низькі показники кровотеч у послідовому і післяродовому періодах (2,1; 3,54; 4,06; 5,24; 5,97 відповідно), (рис. 4.5.12).

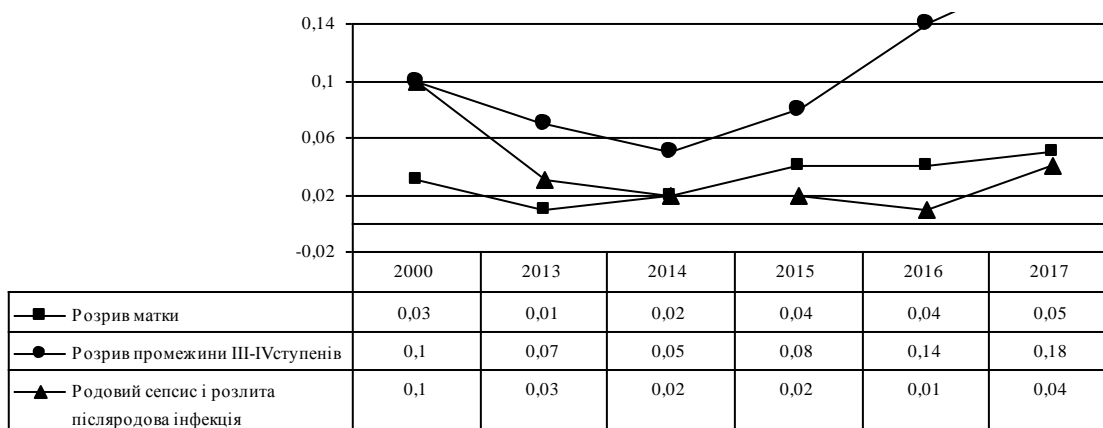


Рис.4.5.12 Частота кровотеч у послідовому і післяродовому періодах та кровотеч із крововтратою 1000 мл і більше 2017 р., (на 1000 пологів)

Високим залишається рівень масивних кровотеч з крововтратою 1000 мл і більше у Кіровоградській (5,16), Житомирській (4,71), Дніпропетровській (4,09), Донецькій (4,03) областях та м. Києві (4,14).

Незважаючи на позитивну динаміку частоти аномалій пологової діяльності відмічається зростання пологового травматизму – розривів матки у 5 раз та розривів промежини у 2,6 разу, що неминуче відбивається як на стані здоров'я та якості життя жінок, так і на стані здоров'я потомства, що народжується. Значною при спадній тенденції залишається і частота родового сепсису і розликої післяродової інфекції – 0,03–0,04 (рис. 4.5.13).

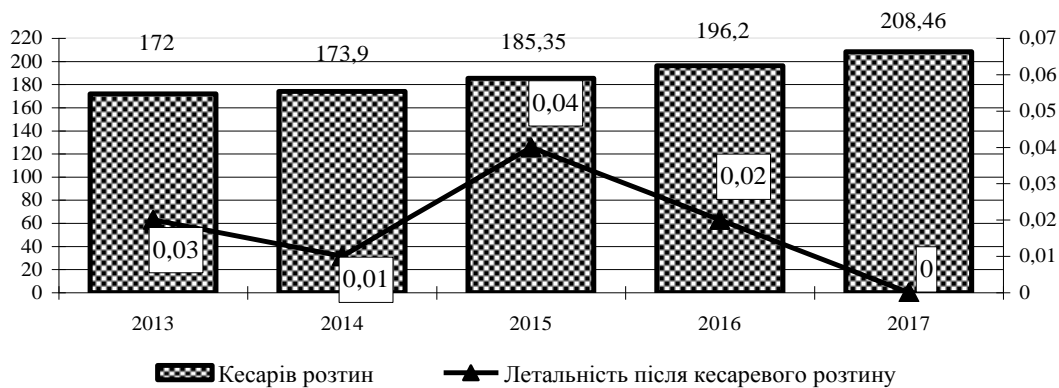
За даними досліджень, впровадження сучасних перинатальних технологій сприяє зниженню таких тяжких ускладнень пологів і післяпологового періоду, як розриви матки, промежини та родовий сепсис і розлита післяродова інфекція. Однак після суттєвого зниження цих ускладнень у 2000–2003 рр., останніми роками стабілізувалися показники розривів промежини III–IV ступенів на рівні 0,1–0,14 на 1000 пологів, розривів матки – 0,04–0,01).



**Рис. 4.5.13 Динаміка розриву матки, розриву промежини III–IV ступенів, родового сепсису і розликої післяродової інфекції в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 пологів)**

Одним з резервів зниження перинатальних втрат є своєчасне оперативне розродження. Однак до сих пір у всьому світі ведуться дискусії про показання до цієї операції, оптимальний відсоток кесаревих розтинів в стаціонарах різного рівня, кількості ускладнень для матері і плоду при тому чи іншому варіанті розродження. У 2014 році Рада експертів ВООЗ прийшла до висновку, що ефект зниження материнської та перинатальної смертності наростає при збільшенні частоти кесаревих розтинів до 10% всіх пологів, тоді як подальше зростання частки абдомінальних розроджень не впливає на показники материнських і перинатальних втрат. При цьому в державах Західної Європи та США спостерігається зниження частоти кесаревого розтину що в першу чергу пов'язують з природнім розродженням жінок з рубцем на матці.

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 2013 р. 172,0 на 1000 пологів, а у 2017р.– 208,46 (рис.4.5. 14).



**Рис. 4.5.14** Динаміка кесаревого розтину та летальності після кесаревого розтину в Україні за 2013–2017 рр. (на 1000 пологів)

Як і в попередні роки, у 2017 р. відмічалася поляризація цього показника від 261,94 на 1000 пологів у Харківській, 237,56 у Одеській, 237,8 у Донецькій областях до 159,97 у Чернівецькій, 164,46 у Львівській областях. Збільшення числа розроджень шляхом кесаревого розтину вказує на недостатнє використання сучасних медичних технологій, які полегшують процес пологів, зокрема, передбаченого КП «Газове передлежання плода» повороту плода з тазового передлежання на головне.

За даними досліджень цей показник напряму залежить від рівня закладу перинатальної допомоги – найнижчий у закладах первинної перинатальної допомоги і найвищий – у закладах третинної перинатальної допомоги за рахунок концентрації пацієнтів з патологічним перебігом вагітності [5, 6]. Аналогічна закономірність виявлена і за даними моніторингу – частота кесаревого розтину в цілому в Україні у ЗПД I рівня становила у 2014 – 2017 рр. відповідно 12,6–15,3%, вторинного – 18,2–21,3%, третинного – 27,1–29,5%.

Така закономірність характерна для майже усіх регіонів, за виключенням Запорізької, Чернівецької областей, де показник кесаревого розтину у ЗПД I рівня вищий, ніж у ЗПД II рівня (16,6% і 15,1% та 9,0 % і 8,2% відповідно) та Хмельницької області і м. Києва, де частота кесаревого розтину у 2017 р. у ЗПД II рівня становила 28,4% і 22,5%, а у ЗПД III рівня – 26,5% і 16,2% відповідно.

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 2013 р. до 0,01% у 2014 р., підвищення до 0,04% у 2015 році з послідуємим зниженням до 0,02% у 2016р. і 0,0% у 2017 році.

Є ускладнення вагітності та пологів, медична допомога при яких повинна надаватись на місці - «in situ»: кровотечі, розрив матки, позаматкова вагітність і т.д., але є ускладнення, де наріжним каменем стоять такі заходи як регіоналізація і маршрутизація акушерської допомоги (передчасні пологи, гестози і, звичайно, екстрагенітальні захворювання у вагітних). Тому важливим завданням регіоналізації перинатальної допомоги і резервом зниження материнської смертності в країні є перенесення акценту розродження жінок з екстрагенітальними захворюваннями в спеціалізовані і високоспеціалізовані ЗПД. Виконання цього завдання можливе при умові розробки регіональних схем руху (маршруту) вагітних,

породіль, роділь і новонароджених з ризиком материнської і перинатальної патології і смертності в заклади перинатальної допомоги відповідного рівня.

У відповідності до відпрацьованих з урахуванням функцій та можливостей ЗПД різних рівнів спеціалістами робочої групи МОЗ України алгоритмів ведення вагітних з перинатальним ризиком можна вважати достатнім розродження в умовах ЗПД III рівня 50,0% вагітних з вадами серця, 25 – 30% з хворобами системи кровообігу, 90% і більше з цукровим діабетом, а у ЗПД II–III рівнів 90% і більше з прееклампсією та еклампсією, антенатальною загибеллю плода.

В цілому в Україні за даними МіО РПД 2014 – 2017 рр. забезпечена оптимальна доступність до високоспеціалізованої високотехнологічної перинальної допомоги під час пологів вагітних з вадами серця (ІК у ЗПД III рівня 63,2 % – 69,9%) та з хворобами системи кровообігу (ІК 50,5%–48,5%) (табл. 4.5.13).

Таблиця 4.5.13

**Індекс концентрації розроджень вагітних у ЗПД III рівня, 2014–2017 рр.,  
% до загальної кількості у регіоні обслуговування**

Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних з вадами серця				Розроджено вагітних з хворобами системи кровообігу				Розроджено вагітних з цукровим діабетом			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017.
АР Крим	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Область</i>												
Вінницька	39,1	47,3	82,4	64,5	17,1	19,8	18,6	27,7	83,9	66,7	79,6	68,9
Волинська	0,0	0,0	0,0	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	65,1	49,5	66,5	59,1	47,3	32,8	34,5	42,3	51,1
Донецька	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Житомирська	50,9	68,6	81,3	92,2	47,7	58,9	59,3	62,3	88,1	95,9	87,7	97,1
Закарпатська	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Запорізька	86,2	99,1	72,2	90,2	32,9	59,2	24,4	64,1	77,1	91,7	82,2	85,1
Ів.-Франківська	95,5	100,0	100,0	100,0	90,2	96,1	94,4	77,6	100,0	97,5	96,6	100,0
Київська	0,0	39,5	71,2	54,5	22,0	19,4	29,6	31,3	65,1	82,4	93,8	81,4
Кіровоградська	82,1	53,3	82,8	85,0	75,5	83,6	75,0	80,7	95,5	100,0	100,0	100,0
Луганська	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Львівська	100,0	97,4	75,0	44,4	72,1	76,3	63,1	50,1	96,9	91,7	83,6	62,5
Миколаївська	0,0	20,0	50,0	47,4	0,0	1,6	1,8	1,4	0,0	18,6	28,6	53,3
Одеська	81,6	85,2	72,0	53,0	65,8	58,0	53,3	64,5	78,0	80,8	89,4	85,5
Полтавська	86,2	82,7	100,0	100,0	79,6	84,7	85,0	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0
Рівненська	100,0	90,0	71,4	100,0	56,6	48,0	34,3	30,4	38,2	33,3	36,4	14,0
Сумська	90,9	*	100,0	100,0	34,9	67,7	54,9	28,4	92,9	100,0	90,3	82,9
Тернопільська	73,0	91,5	100,0	92,3	58,9	62,8	63,9	55,6	77,8	100,0	91,7	88,2
Харківська	99,6	99,0	99,0	98,9	81,3	88,1	84,8	84,9	97,1	96,3	98,5	99,3
Херсонська	11,8	–	81,3	83,3	5,6	7,8	59,3	44,4	46,4	64,4	87,7	54,4
Хмельницька	49,2	79,7	85,9	69,6	27,8	23,8	34,9	29,6	49,1	48,0	57,1	68,8
Черкаська	47,8	63,0	94,4	59,1	38,2	34,2	24,3	35,7	20,4	29,6	42,9	48,9
Чернівецька	68,6	41,3	70,0	59,4	78,4	57,7	70,2	74,4	100,0	57,9	87,5	88,2
Чернігівська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Місто</i>												
Київ	40,8	42,4	45,9	36,7	32,4	25,0	36,6	27,8	9,1	5,7	9,0	11,5
Севастополь	–	–	–	44,4	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Всього</b>	<b>63,2</b>	<b>66,9</b>	<b>69,9</b>	<b>63,2</b>	<b>50,5</b>	<b>47,0</b>	<b>48,5</b>	<b>49,5</b>	<b>46,3</b>	<b>46,9</b>	<b>53,3</b>	<b>46,7</b>

\*– Немає даних

Орієнтовні показники ІК розроджень вагітних з вадами серця та хворобами системи кровообігу досягнуто у подавляючій більшості регіонів, де функціонують ЗПД III рівня, за

виключенням Київської, Миколаївської областей і м. Києва, де у 2017 р. ІК розроджень вагітних з вадами серця становить 47,4–36,7% та Запорізької і Миколаївської областей, де ІК розроджень вагітних з хворобами системи кровообігу становить 0,0–1,4%. При цьому у ЗПД І рівня, у яких відсутні необхідні компоненти акушерського догляду цієї категорії пацієнток, розроджено більше 30% вагітних з вадами серця Закарпатської, Чернівецької і Чернігівської областей та з хворобами системи кровообігу Житомирської, Закарпатської, Київської і Херсонської, Рівненської 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 97,1–100% у Житомирській, Івано–Франківській, Кіровоградській, Полтавській та Харківській областях до 14,0% у Рівненській області, та 11,5% у м. Києві.

Вагітність, ускладнена гестозом пре і еклампсією, в даний час продовжує залишатися серйозною проблемою акушерства. Тому медичним стандартом супроводу та надання стаціонарної допомоги вагітним з прееклампсією та еклампсією передбачена госпіталізація для розродження цих пацієнток у ЗПД II–III рівнів перинатальної допомоги. У 2014–2017 рр. в цілому в Україні ІК цих пацієнток у ЗПД II–III рівнів перинатальної допомоги становив 78,0%, 83,0 та 74,2% та 79,0%, що можна вважати задовільним (табл. 4.5.14.).

Таблиця 4.5.14

**Індекс концентрації розроджень вагітних у ЗПД II – III рівнів, 2014 – 2017 рр.,  
% до загальної кількості у регіоні обслуговування**

Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних з тяжкими формами пре еклампсії, еклампсії				Розроджено вагітних з антенатальною загибеллю плода			
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
<i>Область</i>								
Вінницька	76,3	71,1	43,0	77,0	62,9	53,2	61,8	62,6
Волинська	60,7	60,9	62,2	68,5	41,9	37,1	30,2	33,3
Дніпропетровська	96,2	97,9	98,6	98,7	91,8	91,5	94,2	94,8
Донецька	–	–	–	–	–	–	–	–
Житомирська	38,6	50,8	47,4	47,7	40,3	32,3	33,3	42,6
Закарпатська	60,2	30,4	29,0	46,2	55,9	35,0	40,5	43,8
Запорізька	89,8	80,9	91,5	89,3	70,6	79,2	81,4	80,2
Івано-Франківська	90,0	83,9	70,6	61,9	82,5	86,8	81,7	79,4
Київська	60,6	33,3	54,9	44,8	61,9	47,9	44,0	32,2
Кіровоградська	83,6	67,7	91,3	76,3	60,3	56,4	43,5	52,2
Луганська	–	–	–	–	–	–	–	–
Львівська	78,0	84,7	82,9	76,4	83,6	82,7	82,6	86,1
Миколаївська	59,8	66,7	49,1	83,3	40,3	63,4	37,5	51,2
Одеська	97,2	97,1	97,0	90,5	85,3	74,6	74,0	65,3
Полтавська	100,0	100,0	100,0	100,0	90,2	90,2	78,0	82,5
Рівненська	67,6	79,6	79,5	67,1	65,5	56,6	60,8	48,8
Сумська	100,0	90,5	100,0	100,0	96,4	94,2	88,9	86,5
Тернопільська	92,3	93,5	88,2	88,2	88,7	87,7	79,5	93,8
Харківська	96,9	97,7	97,3	100,0	96,6	97,7	96,5	97,9
Херсонська	87,9	65,4	71,9	77,5	52,9	48,5	59,3	52,8
Хмельницька	60,6	72,4	59,1	70,3	50,7	36,7	44,6	45,8
Черкаська	42,0	53,2	57,6	63,3	51,4	54,0	33,3	53,2
Чернівецька	61,5	65,9	57,3	68,9	66,0	62,8	60,5	57,1
Чернігівська	95,0	47,4	58,3	71,8	83,6	72,6	72,1	70,8
м. Київ	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Всього</b>	<b>78,0</b>	<b>83,0</b>	<b>74,2</b>	<b>79,0</b>	<b>75,1</b>	<b>72,2</b>	<b>70,5</b>	<b>69,3</b>

При цьому 90,0% і більше вагітних з тяжкими формами прееклампсії та еклампсії було розроджено у ЗПД II–III рівнів Дніпропетровської, Одеської, Полтавської, Сумської, Харківської областей та м. Києва. Проблемним залишається питання забезпечення маршрутизації вагітних з тяжкими формами прееклампсії та еклампсії у Житомирській, Закарпатській та Київській областях, де у ЗПД II–III рівнів розроджено лише 47,7%, 46,2% та 44,8% відповідно цих пацієнток.

Незважаючи на значний прогрес у зменшенні кількості смертей серед дітей у всьому світу, водночас повільно зменшується неонатальна смертність, незважаючи на значну частку випадків, яким можна запобігти. Недарма проблемам мінімізації попереджуваної смертності немовлят була присвячена доповідь 67-ю сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (травень 2014 р.), ініціатива «Кожна Жінка, Кожна Дитина», завдання 3.2 Цілей сталого розвитку ООН.

За даними державної статистики, у 2017 р. в Україні у підпорядкованих МОЗ України ЗОЗ народилося живими 34 7835 немовлят, що на 149,1 тис. менше, ніж у 2013 р. Серед народжених живими переважали новонароджені з масою тіла при народженні 3000–3499 г (39, 18%), 3500 г і більше (39,08%) і 2500–2999 г (16,0%). Недоношені немовлята становили 5,1% із загальної кількості народжених живими у 2017 році.

Надзвичайно високою є залежність як життя, так і здоров'я новонародженої дитини від сучасних медико–організаційних технологій.

Наразі доведено, що акушерські стаціонари з кількістю пологів менше 300–400 на рік є небезпечними для матері та новонародженого, особливо з малою та дуже малою масою тіла при народженні. Такі відділення не гарантують безпеки медичної допомоги та не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованих спеціалістів.

Всім глибоко недоношеним дітям потрібно грамотне застосування високотехнологічної допомоги, проведення апаратної ШВЛ на сучасних апаратах під контролем газового складу крові, використання необхідної кількості медикаментозних препаратів, адекватне призначення парентерального харчування, чого неможливо досягти в ЗПД I і II рівня.

Діти з дуже малою 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 народилися у ЗПД I рівня або транспортувалися у такі центри після народження.

Згідно переліку показань до направлення вагітних у ЗПД III рівня відносяться передчасні пологи в терміні 22–34 тижні вагітності з масою тіла новонароджених при народженні до 1500 г, а до ЗПД II рівня – передчасні пологи в терміні 35–36 тижнів.

За даними проекту MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі – частка новонароджених з малою та дуже малою масою тіла, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63–64% у Данії та Польщі до 80% в Бельгії, Німеччині, Італії та інших країнах, а за даними мета аналізу досліджень регіоналізації перинатальної допомоги дітям з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня п'яти штатів США було сконцентровано  $\geq 90\%$  новонароджених з масою тіла при народженні  $\leq 1500$  г.



В Україні у 2014–2017 рр. в ЗПД III рівня вдалося сконцентрувати народження лише 59,0%–64,5% новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г і 52,4–53,9 % з масою тіла 1000–1499 г. (табл. 4.5.15).

Таблиця 4.5.15

**Індекс концентрації новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня, 2014 – 2017 рр., % до загальної кількості з відповідною масою тіла 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.	2017 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
АР Крим	–	–	–	–	–	–	–	–
<i>Область</i>								
Вінницька	34,6	35,1	43,6	65,0	38,4	52,4	28,4	45,3
Волинська	–	–	–	–	–	–	–	–
Дніпропетровська	64,8	65,5	68,9	61,1	35,4	41,3	46,7	38,2
Донецька	–	–	–	–	–	–	–	–
Житомирська	84,6	93,5	83,3	90,0	82,8	77,2	79,4	76,7
Закарпатська	–	–	–	–	–	–	–	–
Запорізька	82,4	86,1	85,7	76,7	74,6	82,1	80,9	80,4
Івано-Франківська	95,7	84,4	87,8	89,7	85,6	82,3	79,8	82,1
Київська	48,6	47,1	55,3	56,1	33,3	47,9	54,5	49,3
Кіровоградська	88,2	75,0	60,0	78,6	76,7	63,8	68,1	76,2
Луганська	–	–	–	–	–	–	–	–
Львівська	78,7	65,6	75,8	55,8	64,9	65,1	67,7	50,8
Миколаївська	0,0	4,8	6,9	5,6	0,0	11,7	7,7	8,9
Одеська	31,7	53,4	53,1	58,5	44,4	49,2	54,8	52,8
Полтавська	81,0	100,0	100,0	75,0	69,0	69,0	81,0	89,7
Рівненська	50,0	67,3	65,9	57,1	59,5	58,5	51,6	53,7
Сумська	96,2	81,8	100,0	92,3	73,0	81,8	92,7	69,4
Тернопільська	96,2	91,3	100,0	95,2	85,2	93,5	90,0	83,7
Харківська	87,1	91,1	91,0	92,1	87,3	84,0	83,3	88,4
Херсонська	44,0	42,9	51,4	5,0	49,2	37,7	34,0	41,8
Хмельницька	75,9	86,1	86,7	77,8	68,9	77,2	66,7	56,3
Черкаська	22,7	18,2	41,2	42,9	22,4	32,8	35,9	57,4
Чернівецька	92,6	88,9	75,9	83,3	90,7	78,0	86,0	88,4
Чернігівська	–	–	–	–	–	–	–	–
<i>Місто</i>								
Київ	58,4	60,2	77,5	70,2	58,8	56,3	62,4	57,4
Севастополь	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Всього</b>	<b>59,0</b>	<b>62,0</b>	<b>64,5</b>	<b>60,7</b>	<b>52,4</b>	<b>55,3</b>	<b>53,9</b>	<b>53,8</b>

Слід відмітити, що доступність новонароджених з дуже малою ( $\leq 1500$ г) масою тіла при народженні неоднорідна в розрізі регіонів. Так, упродовж 2014–2017 років у ЗПД III рівня було сконцентровано  $\geq 90\%$  новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г 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. При цьому у 2017 р. в умовах ЗПД I рівня, що не забезпечують постійну підтримку медичних працівників висококваліфікованого рівня, народжується 9,3% немовлят з надзвичайно малою масою тіла при народженні (500–999 г) і 14,3% з масою тіла 1000–1499 г. Значним є діапазон коливань концентрацій народжень у ЗПД I рівня як новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г – від 0,0% Івано–Франківської, Полтавської, Харківської, Чернігівської до 25,9% Закарпатської, 27,8% Миколаївської, 34,1% Київської, так і новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г від 0,8% Харківської, 3,4% Полтавської, 4,7% Тернопільської до 23,6% Херсонської,

25,5% Черкаської, 28,0% Київської, 28,2% Хмельницької, 47,2% Закарпатської областей. В цілому можна позитивно оцінити ефективність регіоналізації перинатальної допомоги щодо виконання маршрутів пацієнок з передчасними пологами у терміні 22–34 тижні вагітності у Харківській і Тернопільській, потребує суттєвого доопрацювання виконання маршрутів цих пацієнок у Закарпатській і Київській областях.

У відповідності до маршрутів пацієнтів вагітні з передчасними пологами в терміні 35–36 тижнів підлягають розродженню у ЗПД II рівня. За даними МіО у 2014–2017 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%–34,8%. Таким чином 75,8%–72,6% 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 пацієнок з передчасними пологами у терміні 35–36 тижнів вагітності лише у Дніпропетровській, Харківській і Тернопільській областях, де у ЗПД I рівня у 2017 р. було народжено 8,9%, 2,0% і 9,5% новонароджених з масою тіла при народженні 1500–2499 г. Потребує посилення ця робота у Житомирській, Закарпатській і Черкаській областях, де 49,7%–66,5% недоношених немовлят з масою тіла при народженні 1500–2499 г. отримали лише базову перинатальну допомогу в умовах ЗПД I рівня.

Важливим компонентом регіоналізації перинатальної допомоги є виявлення вродженої і спадкової патології плода, оскільки їх елімінація в I і II триместрах вагітності сприяє зниженню малюкової і перинатальної смертності, а виявлення вад розвитку, що підлягають хірургічній корекції, вимагає цілеспрямованого вибору акушерського стаціонару для розродження вагітної жінки. Доведено, що вроджені вади новонароджених нарівні з багатьма іншими причинами і детермінантами вроджених розладів, надалі негативно впливають на здоров'я дітей, що вижили в неонатальному періоді. Своєчасна і якісна пренатальна діагностика вроджених вад у плода дозволяє сконцентрувати таких вагітних у ЗПД III рівня і при необхідності здійснити антенатальну або ранню постнатальну хірургічну корекцію, тих чи інших аномалій, та ранню реабілітацію їх у зв'язку з наявністю ризику дитячої інвалідності. Всього у 2014–2017 рр. в ЗПД III рівня народилось відповідно 35,1–33,5% новонароджених з вродженими вадами розвитку з різницею коливанням цього показника у 2017 р. від 17,5% у Львівській, 18,9% у Черкаській, 21,5% у Хмельницькій, до 86,4% у Полтавській, 57,8% у Сумській, 54,8% у Харківській областях і в цілому роботу стосовно забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим контингентам новонароджених можна оцінити позитивно.

Слід відмітити, що в Україні до цього часу в жодному ПЦ III рівня не впроваджена антенатальна і рання постнатальна хірургічна корекція вроджених вад розвитку плода і новонародженого.

Очевидним є те, що всі маловагі діти повинні народжуватися в ЗПД III рівня з метою отримання високотехнологічної допомоги відразу ж після народження. В цьому випадку будуть зведені до мінімуму всі несприятливі фактори, що сприяють погіршенню стану дитини з подальшою інвалідністю та навіть смертністю. Однак у зв'язку з рядом причин, що не залежать від медичних працівників, глибоко недоношена дитина може народитися в ЗПД I і II рівня. В такому випадку абсолютно доцільним є транспортування

глибоко недоношених новонароджених в ПЦ ІІІ рівня або спеціалізовані відділення для адекватного медичного догляду.

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 перинатальної допомоги за рівнями перинатальної допомоги і достатнє виконання функцій ЗПД ІІІ рівня стосовно забезпечення повного циклу медичного догляду за новонародженими. Доведено, що діти з дуже низькою масою тіла при народженні, які народилися у перинатальних центрах ІІІ 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.

В цілому за роки спостереження позитивно можна оцінити забезпечення маршруту пацієнток з передчасними пологами у терміні 22-34 тиж. вагітності Полтавській, Дніпропетровській, Закарпатській, Кіровоградській, Київській, Львівській, Харківській областях та м. Києві, де ІНТ становив 0,7%–3,9%. Потребує доопрацювання система забезпечення маршруту пацієнток з передчасними пологами у терміні 22-34 тиж. вагітності у Вінницькій, Волинській, Житомирській, Миколаївській і Рівненській областях, де ІНТ за всі роки становив  $\geq 5,0\%$  (рис. 4.5.15).

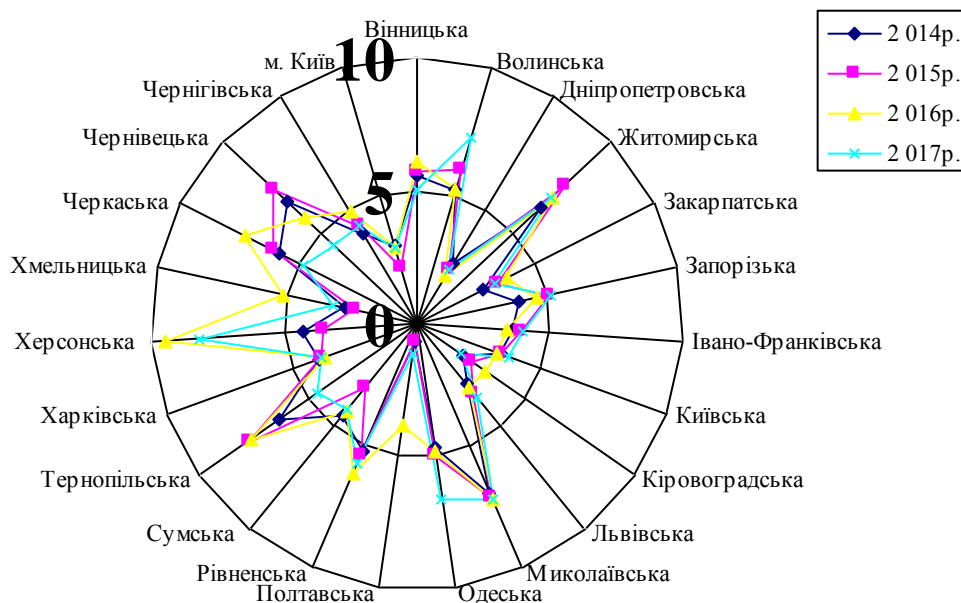


Рис. 4.5.15. Індекс неонатальних трансферів, 2014–2017 рр., %

Великою залишається і частота переведених із ЗПД III рівня в 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. і 3,4% у 2017 р., що може бути зумовлено незабезпеченням повного комплексу медичного догляду новонароджених у ЗПД III-го рівня.

Однією з провідних характеристик і найбільш об'єктивним показником здоров'я новонароджених, що має кореляційний зв'язок з очікуваною тривалістю життя і малюковою смертністю, є їх фізичний розвиток, зокрема за параметром маси тіла при народженні, оскільки маса тіла дитини, що народилася, характеризує умови внутрішньоутробного розвитку плода і є інтегральним показником стану репродуктивного здоров'я жінки, перебігу гестаційного процесу та якості життя матері. Саме тому число народжених дітей з низькою масою тіла (менше 2500г) експерти ВООЗ вважають об'єктивним критерієм соціально-економічного благополуччя населення. При цьому надзвичайно важливо, що даний параметр об'єктивний за своєю природою і може визначатися на рівні популяції.

ВООЗ рекомендує наступну класифікацію новонароджених за масою тіла при народженні: мала маса тіла при народженні: < 2500 г (включає недоношених і доношених новонароджених), дуже мала маса тіла при народженні: < 1500 г, надзвичайно мала маса тіла при народженні: < 1000 г. При цьому поняття «мала», «дуже мала» та «надзвичайно мала» маса тіла при народженні не є категоріями, що взаємно виключають одна одну. Вони перекривають і частково збігаються одне з одним: поняття «мала маса» включає поняття «дуже мала» та «надзвичайно мала», поняття «дуже мала» включає «надзвичайно мала».

Найбільш вразливими серед мало вагових дітей є новонароджені з «дуже малою» масою тіла при народженні. Такі діти мають найбільший ризик смерті і перинатальної захворюваності серед усіх передчасно народжених дітей, найвищий ризик віддалених несприятливих наслідків, у тому числі інвалідизацію. За даними ВООЗ, у структурі усіх народжених живими і мертвими частка новонароджених з вагою 500–999 г і 1000–1499 г повинна становити по 1–1,5%.

Аналіз вагової структури дітей, що народилися в Україні за 2013 – 2017 рр., виявив, що частка дітей з дуже малою масою тіла при народженні мала незначну тенденцію до збільшення 0,77% серед народжених живими у 2013 р. до 0,8% у 2017 р. (табл. 4.5.16).

Таблиця 4.5.16

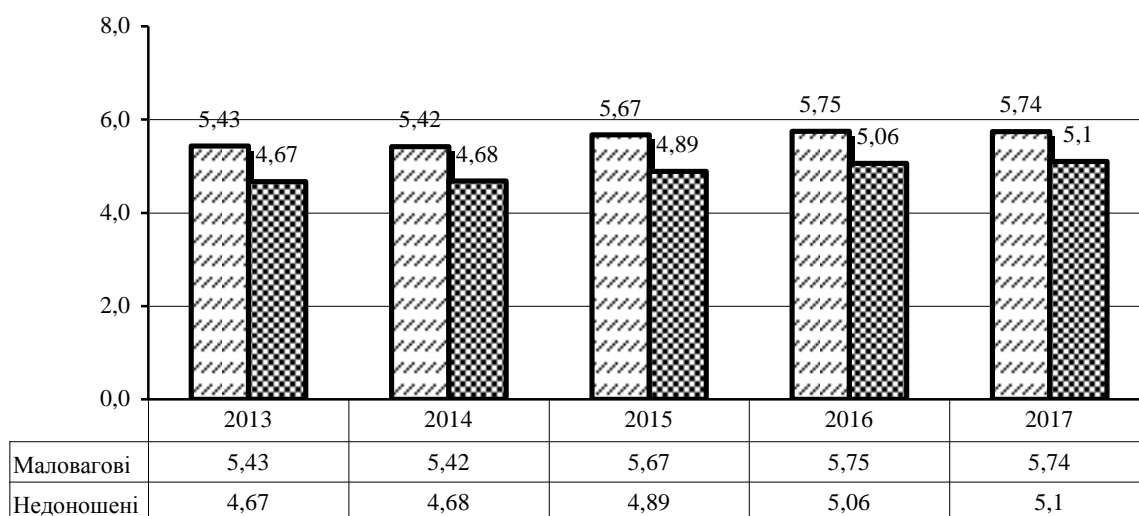
**Динаміка частоти народжених живими за масою тіла при народженні, Україна, 2013–2017 рр.,  
% до загальної кількості новонароджених**

Рік	Маса тіла при народженні						
	500–499 г	в т.ч. 500–999 г.	1500–1999 г.	2000–2499 г.	2500–2999 г.	3000–3499 г.	3500 г. і більше
2013	0,77	0,26	1,13	3,53	15,37	38,87	40,32
2014	0,76	0,25	1,12	3,53	15,35	38,85	40,38
2015	0,80	0,26	1,18	3,69	15,93	39,24	39,15
2016	0,79	0,25	1,18	3,78	16,16	39,40	38,69
2017	0,8	0,27	1,19	3,75	16,0	39,18	39,08

Тенденція до збільшення частоти дітей із дуже малою масою тіла при народженні свідчить про більш ретельну реєстрацію дітей з дуже малою масою тіла при народженні.

Проте в цілому показники частки народжених живими з масою тіла 500–999 г та 1000–1499 г ще не відповідають біологічним закономірностям.

В цілому динаміка частоти маловагових дітей мала підйомну тенденцію 5,43% у 2013 р. і 5,74%, у 2017 р з піком у 2016р (5,75%) (рис.4.5.16).



**Рис. 4.5.16** Порівняльна характеристика частоти маловагових та недоношених дітей в Україні у 2013–2017 рр., (% до загальної кількості новонароджених)

При цьому важливо відзначити, що зміна структури народжених дітей по масі тіла супроводжується стабільною дисоціацією числа «маловагових» дітей і недоношених – число «маловагових» і в даний час перевищує число недоношених на 12,6%. Цей вкрай несприятливий факт означає, що частина доношених дітей мають при народженні масу тіла менше 2500 г, тобто народжуються з синдромом затримки внутрішньоутробного росту плода (ЗВУРП), що в свою чергу зумовлює високий рівень захворюваності дітей і зростання рівня дитячої інвалідності, оскільки саме цей контингент дітей обумовлює хронічні патологічні стани на наступних етапах розвитку дитини. Перевищення числа маловагових дітей над числом недоношених відображає неблагополуччя репродуктивного здоров'я жінок і якості життя на рівні популяції.

Діти вагової групи 2500–2999 г, що не входять в число маловагових, проте характеризуються як діти з порушенням фізичного розвитку не лише за антропометричними, але і за соматичними і функціональними показниками. До цієї групи входять переважно діти із затримкою внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР), і зниження маси тіла є маркером морфофункціональної незрілості внаслідок порушення умов внутрішньоутробного життя плода. Зміни частоти новонароджених цієї вагової категорії були незначними –15,37% у 2009 р. тенденцією до збільшення до 16,0% у 2016 році.

Зміни показників частоти новонароджених з відносно великою масою тіла при народженні (3500 г і більше) мали спадну тенденцію з 40,32% у 2013 р. до 39,08% у 2017 році.

За даними вітчизняних дослідників, зростання частоти спадкової патології, зокрема фенілкетонурії, гіпотиреозу, муковісцидозу, приводить 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 2017 р. охоплено 95,28%, 94,04% і 68,0% новонароджених відповідно. При цьому скринінгом на фенілкетонурію і гіпотиреоз достатньо повно (90,0–98,0%) охоплені новонароджені подавляючої кількості

регіонів, за виключенням Луганської, Запорізької і Чернівецької областей, де цей показник не сягає 80%. На жаль при спадній динаміці охоплення новонароджених скринінгом на муковісцидоз (93,8% у 2013 р. і 68,0% у 2017 р.) цей метод ще не запроваджено у Донецькій, Івано-Франківській, Одеській, Полтавській, Черкаській і Чернігівській областях. Системний підхід до вирішення проблем спадкової патології, запровадження скринінгових програм дали змогу сформувавши реєстри хворих на основні нозології спадкової патології, а відповідно, і управляти процесом диспансеризації в автоматизованому режимі.

Вагомим критерієм стану здоров'я новонароджених є динаміка частоти народжених хворими і захворівших новонароджених та захворюваність за класами хвороб і окремими захворюваннями. Слід відмітити, що на відміну від параметрів фізичного розвитку новонароджених, які повною мірою характеризують здоров'я потомства, що народжується, показники частоти народжених хворими і захворівших новонароджених та захворюваність за класами хвороб і окремими захворюваннями, більш суб'єктивні за своєю природою і залежні від діагностичних критеріїв і, певною мірою «кон'юнктурні». При цьому ці показники характеризують якість здоров'я дітей, що народилися, але і рівень акушерської і неонатальної допомоги.

Специфіка національної статистики дозволяє оцінити як частоту хворих новонароджених (кількість новонароджених, які народилися хворими або захворіли в період новонародженості на 1000 народжених живими) і індекс здоров'я новонароджених (кількість новонароджених, які народилися здоровими і не мали захворювань в період новонародженості на 100 народжених живими), так і захворюваність за класами хвороб і окремими захворюваннями.

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 захворівших новонароджених з 185,48 на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні 500г і більше у 2007 р. до 153,74 у 2011 р. і 149,92 у 2013 р., з подальшою тенденцією до зростання – 156,36 у 2015 р. і 157,66 у 2016 р. і 162,34 у 2017 р. (табл.4.5.17).

Таблиця 4.5.17

**Динаміка частоти народжених хворими і захворілих новонароджених, які при народженні мали вагу  $\geq 500$  г, за 2013–2017 рр. (на 1000 народжених живими)**

Рік	Усього		Доношені		Недоношені	
	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими
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
2017	56468	162,34	42358	128,32	14110	785,65

Відповідно індекс здоров'я новонароджених становив 85,0% у 2013 р. – 84,4% у 2015 р., 84,2% у 2016 р. і 83,8% у 2017 році.

Підйомна тенденція частоти народжених хворими і захворілих новонароджених відбулася за рахунок збільшення її як серед доношених новонароджених з 120,43 у 2013 р. до

128,81 у 2017рр., так і серед недоношених з 752,47 до 785,65 відповідно. При цьому частота народжених хворими і захворілих недоношених новонароджених у 2017 р. була у 6,1 разу вищою, ніж доношених. Негативна тенденція частоти народжених хворими і захворілих новонароджених, як доношених так і недоношених новонароджених відбулася в подавляючій більшості регіонів країни, за виключенням Івано-Франківської, Київської, Кіровоградської, Рівненської і Черкаської і Чернівецької областей. При цьому У вінницькій, Волинській, Закарпатській, Одеській, Сумській і Тернопільській областях на тлі негативної тенденції частоти народжених хворими і захворілих новонароджених в цілому, у т.ч. доношених новонароджених, зареєстрована спадна тенденція цих показників у найбільш інертній когорті недоношених новонароджених.

Як і в попередні роки, у 2017 р. зареєстровано найбільшу частоту народжених хворими і захворілих новонароджених у Хмельницькій (226,95 на 1000 народжених живими), Рівненській області (190,4), Полтавській (190,37) областях та у м. Києві (214,4), а найменшу – у Івано-Франківській та Львівській областях (111,84 і 112,15 відповідно),(табл.4.5.18).

Таблиця 4.5.18

**Характеристика частоти народжених хворими і захворілих новонароджених, у 2013.2017рр., на 1000народжених живими**

	Всього			Доношені			Недоношені		
	2013 р.	2017 р.	2017 / 2013, %	2013 р.	2017р.	2017/ 2013, %	2013 р.	2017 р.	2017/ 2013, %
<b>Україна</b>	<b>149,92</b>	<b>162,34</b>	<b>108,28</b>	<b>120,43</b>	<b>128,32</b>	<b>106,55</b>	<b>752,47</b>	<b>795,65</b>	<b>105,74</b>
АР Крим	134,90	0,00	0,00	109,67	0,00	0,00	601,95	0,00	0,00
<i>Область</i>									
Вінницька	135,79	159,20	117,24	107,28	127,12	118,49	774,32	753,48	97,31
Волинська	145,41	166,93	114,80	118,85	137,44	115,64	803,45	782,21	97,36
Дніпропетровська	133,05	145,32	109,22	103,67	112,97	108,97	699,37	725,23	103,70
Донецька	158,57	176,23	111,14	120,94	139,29	115,17	826,34	889,78	107,68
Житомирська	172,10	182,06	105,79	143,92	153,36	106,56	792,48	846,46	106,81
Закарпатська	142,08	152,49	107,33	114,32	124,88	109,24	667,03	638,11	95,66
Запорізька	139,59	160,32	114,85	110,02	122,01	110,90	724,26	790,67	109,17
Івано-Франківська	126,67	111,84	88,29	103,10	86,50	83,90	631,94	680,48	107,68
Київська	184,03	179,17	97,36	151,93	149,81	98,60	796,59	654,55	82,17
Кіровоградська	143,64	135,20	94,12	116,19	113,23	97,45	705,76	560,00	79,35
Луганська	136,93	145,30	106,11	113,52	120,01	105,72	594,95	630,00	105,89
Львівська	101,73	112,15	110,24	64,34	68,55	106,54	936,50	981,24	104,78
Миколаївська	104,00	130,12	125,12	81,68	105,21	128,81	644,66	718,20	111,41
Одеська	168,58	171,33	101,63	135,63	136,94	100,97	930,78	852,92	91,63
Полтавська	146,29	190,37	130,13	127,50	143,22	112,33	467,84	803,77	171,80
Рівненська	223,39	190,40	85,23	193,69	163,94	84,64	831,91	777,95	93,51
Сумська	144,02	155,43	107,92	121,20	134,44	110,92	758,90	628,32	82,79
Тернопільська	108,81	121,37	111,54	75,73	76,10	100,49	1000,0	944,10	94,41
Харківська	152,91	158,20	103,46	123,70	126,72	102,44	747,76	775,51	103,71
Херсонська	143,76	167,73	116,67	105,93	126,82	119,72	1000,0	1000,0	100,00
Хмельницька	185,20	226,95	122,54	157,97	190,71	120,73	923,83	979,05	105,98
Черкаська	148,84	137,67	92,50	126,33	112,42	88,99	686,19	635,57	92,62
Чернівецька	137,92	131,71	95,50	111,68	103,05	92,27	822,27	894,12	108,74
Чернігівська	167,81	183,48	109,34	140,32	148,32	105,70	714,60	800,49	112,02
<i>Місто</i>									
Київ	181,95	214,40	117,83	149,23	168,31	112,79	682,18	845,10	123,88
Севастополь	193,74	0,00	0,00	170,68	0,00	0,00	727,27	0,00	0,00

Значними залишаються і регіональні відмінності частоти народжених хворими і захворілих доношених новонароджених – від 190,71 на 1000 народжених живими доношених новонароджених у Хмельницькій, 163,94 у Рівненській, областях та 168,31 у м. Києві до менше 100,0 у Івано-Франківській (86,50, Тернопільській (76,1) і Львівській (68,5) областях. Частота народжених хворими і захворілих недоношених новонароджених коливається від 1000,0 на 1000 народжених живими недоношених новонароджених у Херсонській, 981,24 у Львівській, 944,1у Тернопільській областях до 560,0 у Кіровоградській, 628,32 у Сумській, 630,0 у Луганській, 635,57 у Черкаській областях.

При загальній тенденції до збільшення частоти хворих новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше, динаміка рівнів захворюваності їх різними хворобами за 2013 – 2017 рр.була неоднозначною.

Тривожною є негативна динаміка тяжких, що суттєво впливають на якість подальшого життя і спричиняють інвалідизацію дітей, перинатальних станів – сепсису новонароджених (з 0,22‰ до 0,67 ‰ – у 3 рази), за рахунок інтенсивного зростання його як серед доношених (з 0,07‰ до 0,2 ‰), так і серед недоношених (з 3,23‰ до 9,42‰), інфекцій, специфічних для перинатального періоду (з 5,03 ‰ до 9,08 ‰, або у 1,8 разу), також за рахунок інтенсивного зростання його як серед доношених (з 3,64‰ до 6,11 ‰, або у 1,7 разу), так і серед недоношених (з 33,37‰ до 64,28‰), уроджених пневмоній (з 3,91‰ до 4,93 ‰) за рахунок зростання їх серед доношених (з 2,64‰ до 2,87 ‰) і недоношених (з 29,79‰ до 32,71 ‰).

Слід відмітити, що зростання захворюваності новонароджених інфекціями, специфічними для перинатального періоду та сепсисом новонароджених узгоджується з негативною тенденцією рівня родового сепсису і розлитої післяродової інфекції.

Несприятливим є і зростання частоти неонатальної жовтяниці – з 27,33 ‰ у 2013 р. до 36,45‰ у 2017 р. або у 1,3 разу. Дана патологія частіше розвивається у недоношених дітей (148,54‰ у 2013 р. і 154,28‰ у 2017 р.), і динаміка рівня її узгоджується з даними високого рівня недоношеності (4,67% і 5,1%). Значимість зростання неонатальної жовтяниці зумовлена високим рівнем розумової відсталості дітей і патології нервової системи, оскільки білірубінова енцефалопатія в результаті важких форм неонатальної жовтяниці супроводжується значними неврологічними розладами. Спричинити збільшення частоти білірубінової енцефалопатії новонароджених може і зростання гемолітичної хвороби новонароджених (з 7,39‰ у 2013 р. до 8,15‰ у 2017р.). Викликає занепокоєння і негативна динаміка частоти інших порушень церебрального статусу новонародженого, які мають безпосередній вплив на розвиток таких захворювань, як дитячий церебральний параліч, епілепсія, мінімальна мозкова дисфункція – 21,37‰ у 2013 р. і 26,72‰ у 2017 р. Ця патологія значно частіше зустрічається у недоношених новонароджених – 167,94‰ і 199,45‰ відповідно. Суттєве значення має і зростання внутрішньошлункових і субарахноїдальних крововиливів новонароджених тяжкі форми яких спричиняють формування гіпо- або нормотензивного гідроцефального синдрому, лікування якого традиційними методами є малоефективним і є однією з причин їх нежиттєздатності і ранньої смерті. За даними статистики частота внутрішньошлункових і субарахноїдальних крововиливів новонароджених у 2013 р. становила 1,95‰, а у 2017 р. – 2,12‰. Характерно, що дана патологія також частіше зустрічається у недоношених новонароджених (29,49‰ і 25,04‰), а



збільшення захворюваності нею – лише за рахунок збільшення у доношених новонароджених – з 0,61‰ до 0,88‰, або у1,4 разу).

Особливої уваги в зв'язку з очевидною необхідністю зниження «генетичного вантажу популяції» при несприятливій демографічній ситуації в Україні заслуговують вроджені вади розвитку та спадкові захворювання у новонароджених. При сучасному рівні пренатальної діагностики та можливості запобігти народженню дітей з некорегуємою важкою спадковою і вродженою патологією, в т.ч. хромосомними порушеннями, ця патологія є, по суті умовно запобіжною. Наразі доведено, що при хорошій організації пренатальної діагностики можна зменшити народження дітей з грубою вродженою патологією на 30%. Збільшення захворюваності уродженими аномаліями, деформаціями та хромосомними порушеннями при все ще високому їх рівні – з 23,48‰ до 26,04‰, в більшій мірі відбувалося за рахунок доношених (з 22,31 ‰ у 2013 р. до 24,8‰ у 2017 р.).

Наслідком збільшення захворюваності новонароджених може бути зростання числа хронічної патології у дітей, аж до виражених порушень в стані здоров'я, з обмеженням життєдіяльності. Роль перинатальної патології як причини дитячої інвалідності визначається різними авторами в 60–80%. Серед причин, що сприяють інвалідизації дітей, значну питому вагу займає вроджена і спадкова патологія, недоношеність, надзвичайно мала маса тіла при народженні.

Слід відмітити, що зменшення частоти внутрішньоутробної гіпоксії і асфіксії новонароджених (з 19,41 ‰ у 2013 р. до 16,01‰ у 2017 р.) відбулося на тлі негативної тенденції частоти анемії вагітних(24,77% у 2013 р. і 25,55% у 2017 р.), яка сприяє розвитку комплексу гіпоксичних розладів в організмі матері, так і плода. Дані про зменшення частоти сповільненого росту та недостатності живлення плода (з 22,41 ‰ у 2013 р. до 20,41‰ у 2017 р.) не узгоджуються с наведеними вище даними щодо підйомної тенденції маловагових новорождених упродовж аналізованого періоду. Позитивні тенденції частоти цих патологічних станів можуть бути зумовлені переорієнтацією неонатологічної допомоги на науковообґрунтовану практику.

Характерно що серед недоношених новонароджених рівні захворюваності внутрішньоутробною гіпоксією і асфіксією в пологах і сповільненим ростом та недостатністю живлення плода були вищими, а темпи зменшення цієї патології більш інтенсивними, ніж серед доношених новонароджених (табл. 4.5.19).

Таблиця 4.5.19

**Динаміка захворюваності новонароджених, які при народженні мали вагу 500 г і більше деякими хворобами в Україні, за 2013–2017 рр. (на 1000 народжених живими)**

Захворювання		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2017/2013, %
Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	В	23,48	23,05	24,02	24,38	26,04	110,90
	Д	22,31	21,88	22,88	23,17	24,78	111,07
	Н	47,26	47,04	46,07	47,05	49,51	104,76
Сповільнений ріст та недостатність живлення плода	В	22,41	21,34	20,79	20,41	20,62	92,01
	Д	18,03	17,63	17,08	16,27	16,72	92,73
	Н	111,93	96,81	92,97	98,12	93,38	83,43
Родова травма	В	17,96	17,54	17,64	17,57	18,25	101,61
	Д	18,53	18,07	18,17	18,21	18,92	102,10
	Н	6,21	6,67	7,28	5,53	5,92	95,33

Захворювання		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2017/2013, %
в т.ч. внутрішньочерепна родова травма	В	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	100,00
	Д	0,02	0,02	0,03	0,02	0,01	50,00
	Н	0,13	0,1	0,05	0,05	0,17	130,77
Внутрішньоматкова гіпоксія і асфіксія в родах	В	19,41	19,31	18,61	17,77	16,01	82,48
	Д	14,59	14,66	14,22	13,28	11,91	81,63
	Н	118,01	113,85	104,04	102,19	92,31	78,22
Розлади дихальної системи , що виникають у перинатальному періоді	В	20,64	20,38	21,91	22,71	22,95	111,19
	Д	8,1	7,88	8,43	8,46	8,39	103,58
	Н	276,76	274,65	284,29	290,18	293,96	106,21
в т.ч. синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани	В	11,51	11,44	12,09	12,12	11,87	103,13
	Д	3	2,95	2,87	2,46	2,56	85,33
	Н	185,27	184,17	191,68	193,52	185,12	99,92
Уроджені пневмонії	В	3,91	4,19	4,38	4,62	4,39	112,28
	Д	2,64	2,74	3,03	3,16	2,87	108,71
	Н	29,79	33,6	30,7	31,98	32,71	109,80
Інфекції специфічні для перинатального періоду	В	5,03	5,95	6,64	7,64	9,08	180,52
	Д	3,64	3,71	4,31	4,8	6,11	167,86
	Н	33,37	51,6	52,02	60,98	64,28	192,63
Сепсис новонароджених	В	0,22	0,3	0,37	0,46	0,67	304,55
	Д	0,07	0,1	0,14	0,15	0,2	285,71
	Н	3,23	4,27	4,77	6,26	9,42	291,64
Внутрішньошлуночкові і субарахноїдальні крововиливи	В	1,95	1,58	1,97	2,41	2,12	108,72
	Д	0,61	0,65	0,81	1,19	0,88	144,26
	Н	29,49	20,45	24,5	25,3	25,04	84,91
Гемолітична хвороба, обумовлена ізоімунізацією	В	7,39	8,01	7,76	7,76	8,15	110,28
	Д	7,2	7,65	7,48	7,51	7,98	110,83
	Н	11,43	15,31	13,33	12,47	11,23	98,25
Неонатальна жовтяниця , обумовлена надмірним гемолізом, іншими причинами	В	27,33	29,35	31,11	33,46	36,45	133,37
	Д	21,4	23,59	24,93	27,05	30,12	140,75
	Н	148,54	146,59	151,29	153,67	154,28	103,86
Інші порушення церебрального статусу новонародженого	В	21,37	21,68	23,05	23,8	26,72	125,04
	Д	14,19	14,21	15,28	15,59	17,44	122,90
	Н	167,94	173,75	174,2	177,92	199,45	118,76

Як і в попередні роки, у 2017 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 уроджених аномалій, деформацій та хромосомних порушень коливалася від  $> 40,0$  на 1000 народжених живими у Волинській, Херсонській і Хмельницькій до  $< 20,0$  у Закарпатській, Кіровоградській, Одеській, Луганській областях, захворюваності сповільненим ростом і недостатністю живлення плода – від  $> 30,0$  у Львівській, Одеській, Хмельницькій, Чернігівській до  $< 10,0$  у Сумській та Полтавській областях, іншими порушеннями церебрального статусу – від 90,21 у Рівненській, 48,52 у донецькій, 43,41 у Дніпропетровській до 4,72 у Івано-Франківській, 7,17 у Львівській, 9,25 у запорізькій областях.

Все це значною мірою затрудняє аналіз і виокремлення пріоритетних напрямків розвитку системи надання допомоги новонародженим. Для об'єктивного аналізу і оцінки захворюваності новонароджених слід підвищити ефективність діагностики та обстеження

новонароджених з перинатальною патологією, забезпечити подальшу уніфікацію стандартизації надання медичної допомоги новонародженим.

У 2017 р. структура захворюваності новонароджених в Україні представляється таким чином: на 1 місці – неонатальна жовтяниця (15,26%), на другому – інші порушення церебрального статусу новонароджених (11,19%), на третьому – уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення (10,9%), на четвертому – розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді (9,61%), на п'ятому – сповільнений ріст, недостатність живлення плода (8,63%).

Вочевидь на зростання захворюваності новонароджених вплинули як умови життєдіяльності матерів, так і медико-організаційні дефекти акушерської та перинатальної допомоги, які зумовлюють виникнення патології дитини в процесі її народження. У той же час зростання захворюваності новонароджених частково пов'язано, парадоксальним чином, з розвитком перинатології, який привів до збільшення виживаємості недоношених, «маловагових» дітей і дітей з важкою перинатальною патологією, а також з успіхами в лікуванні безпліддя, в тому числі із застосуванням екстракорпорального запліднення.

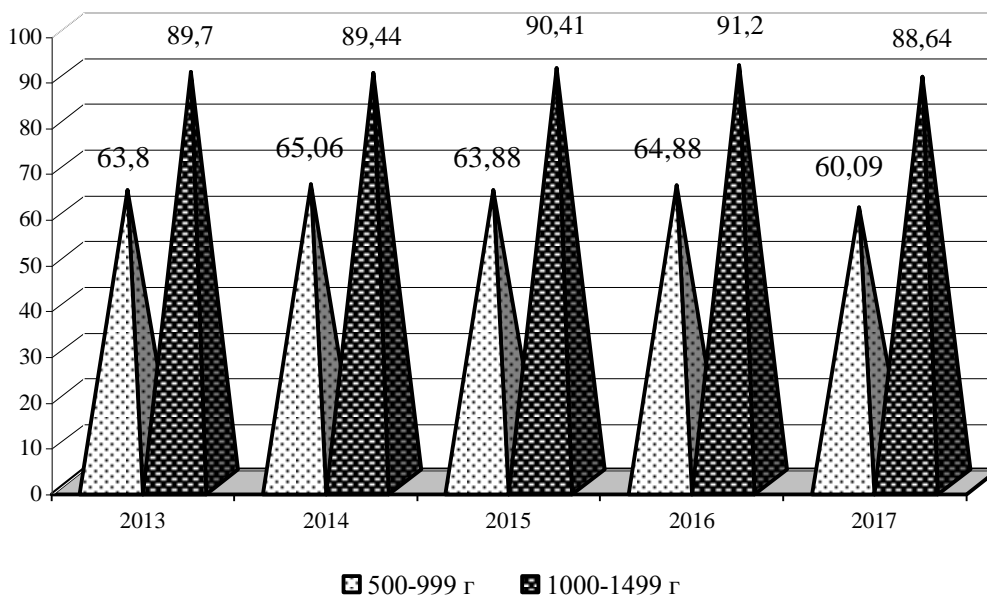
У структурі захворюваності доношених новонароджених упродовж останніх років провідні місця посідали неонатальна жовтяниця уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення, родові травми з сповільнення росту та недостатність харчування плода, інші порушення церебрального статусу новонароджених. Враховуючи, що органи та системи недоношеного новонародженого відрізняються морфофункціональною незрілістю, у структурі їх захворюваності переважають розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді, інші порушення церебрального статусу новонароджених), неонатальна жовтяниця), сповільнення росту та недостатність харчування плода, внутрішньо маткова гіпоксія та асфіксія в родах.

Важливим завданням закладів перинатальної допомоги є 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. Забезпечення сприятливого результату кожної бажаної вагітності в умовах зниження числа жінок репродуктивного віку, зокрема виходжування та лікування глибоко недоношених дітей є важливим завданням в умовах регіоналізації перинатальної допомоги, що має сприяти зниженню летальності та інвалідності дітей, народжених з дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні.

Виживання дітей з дуже малою масою тіла при народженні в США, Японії і більшості країн Західної Європи досягло 80% – 95%. За даними досліджень російських авторів виживання дітей з надзвичайно малою масою тіла при народженні становило 43,4%, а з масою тіла 1000–1499 г – 92,5%.

За даними *MATRIX – BABIES* виживання новонароджених в Україні 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 63,8% у 2013 р., 64,88% у 2016р. та 60,8% у 2017р (рис. 4.5.17).



**Рис. 4.5.17** Вживання новонароджених із низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) після перших 168 год. життя за 2013–2017 рр. (на 100 народжених живими)

При цьому вживання немовлят, народжених із масою тіла при народженні 1000–1499 г, підіймна з 84,1% у 2006 р. до 89,7% у 2013 р., 91,2% у 2016 р. зі спадом до 88,4% у 2017 році.

За даними МіО РПД в цілому в Україні частота вживання у перші 168 годин життя новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у 2014–2017 рр., мала хвилеподібну динаміку у новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г – 64,2%, 63,0%, 66,7% і 60,9%, а з масою тіла 1000–1499 г – 90,1%, 91,3% і 92,5% і 91,0% у 2014 р., 2015 р., 2016 р. і 2017 р. відповідно.

В цілому показники вживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні є неоднорідними у часі і в розрізі регіонів (табл. 4.5.20).

Таблиця 4.5.20

**Характеристика вживання новонароджених з дуже низькою масою тіла при народженні у 2014 – 2017 рр., %**

Адміністративно-територіальна одиниця	Маса тіла при народженні 500 –999г				Маса тіла при народженні 1000–1499г			
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
АР Крим	–	–	–	–	–	–	–	–
<i>Область</i>								
Вінницька	57,7	73,7	69,2	67,5	89,5	90,5	94,3	92,0
Волинська	74,2	76,0	73,1	58,6	91,4	91,8	93,6	92,2
Дніпропетровська	79,2	76,7	73,9	71,1	88,0	91,7	95,6	93,4
Донецька	–	–	–	–	–	–	–	–
Житомирська	71,8	83,9	66,7	65,0	82,8	87,3	93,7	93,0
Закарпатська	67,6	77,8	72,2	70,4	92,2	92,6	96,7	91,8
Запорізька	74,5	63,9	71,4	76,7	94,1	91,8	96,6	91,3
Івано–Франківська	60,9	31,3	39,0	55,2	87,8	88,6	84,5	91,0
Київська	59,5	73,5	76,6	61,0	83,8	93,6	89,6	96,0
Кіровоградська	52,9	31,3	60,0	57,1	93,3	95,7	89,4	81,0
Луганська	–	–	–	–	–	–	–	–
<i>Область</i>								

Львівська	41,5	40,9	67,0	48,1	85,7	87,7	92,3	81,4
Миколаївська	87,5	95,2	89,7	94,4	92,6	93,3	100,0	100,0
Одеська	56,7	58,6	59,2	62,3	88,8	91,7	87,7	84,3
Полтавська	69,0	69,0	60,7	68,8	90,8	90,8	93,7	91,4
Рівненська	55,3	59,2	52,3	66,7	89,9	86,6	90,6	83,3
Сумська	50,0	36,4	41,2	34,6	89,2	93,2	80,5	86,1
Тернопільська	53,8	56,5	62,5	57,1	92,6	91,3	96,7	83,7
Харківська	70,3	61,4	67,2	58,7	93,0	91,6	93,2	90,7
Херсонська	80,0	46,4	43,2	40,0	90,5	91,3	88,7	100,0
Хмельницька	37,9	38,9	60,0	48,1	88,5	92,4	94,7	91,5
Черкаська	63,6	72,7	70,6	85,7	87,8	86,2	92,3	93,6
Чернівецька	66,7	77,8	65,5	73,3	93,0	84,0	87,7	88,4
Чернігівська	43,9	54,3	73,9	48,0	86,0	94,4	87,7	95,5
<i>Місто</i>								
Київ	72,3	74,8	78,7	74,5	96,8	95,9	95,2	96,2
Севастополь	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Всього</b>	<b>64,2</b>	<b>63,0</b>	<b>66,7</b>	<b>60,9</b>	<b>90,1</b>	<b>91,3</b>	<b>92,5</b>	<b>91,0</b>

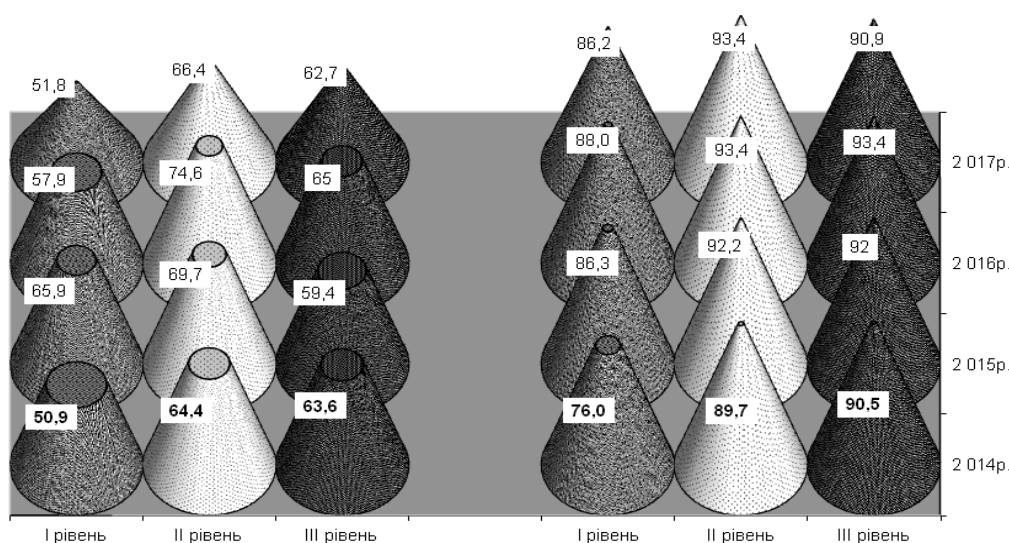
Як видно із табл. 4.5.20, за даними МіО РПД упродовж останніх 4–х років достатньо високі, 70,0% і більше, показники виживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла при народженні зареєстровано у Дніпропетровській, Миколаївській областях і м. Києві, а менше 60% у Івано–Франківській, Кіровоградській, Сумській, Хмельницькій областях.

Суттєві географічні розбіжності характерні для показників виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0 – 1499,0 г у 2014 р. – від 83,8% до 96,8%, у 2015 р. – 86,2% – 95,9%, у 2016 р. – 80,5% – 100% і у 2017 р. – 81,0% – 100%. Тенденція до збільшення виживання новонароджених у 2017 р. в порівнянні з 2014 р. з надзвичайно малою масою тіла при народженні зумовлена збільшенням виживання в 16–ти регіонах, а виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0 – 1499,0 г – за рахунок збільшення її у 12 регіонах.

Доведено, що виживання новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації медичних працівників та оснащення медичним обладнанням закладів перинатальної допомоги. Очікувано найнижчий рівень виживання новонароджених має бути в закладах первинного рівня перинатальної допомоги, найвищий – у ЗПД III рівня. 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%, у 2016 р. – 57,9%, 74,6% і 65,0% і у 2017 р. – 51,8%, 66,4% і 62,7% відповідно. 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%, у 2016 р. – 88,0%, 93,4% і 93,4% і у 2017 р. – 86,2%, 93,4% і 90,9% відповідно (рис. 4.5.18). Характерно, що виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г було найвищим у ЗПД II рівня упродовж усіх років моніторингу, а виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г найвищим у ЗПД II рівня було у 2015 і 2017 роках.

Потенційні проблеми з інтерпретацією отриманих результатів виживання новонароджених у ЗПД I, II і III рівнів, вірогідно можуть бути спричинені некоректністю даних реєстрації живо народжених з надзвичайно малою масою тіла при народженні у ЗПД I і II рівнів

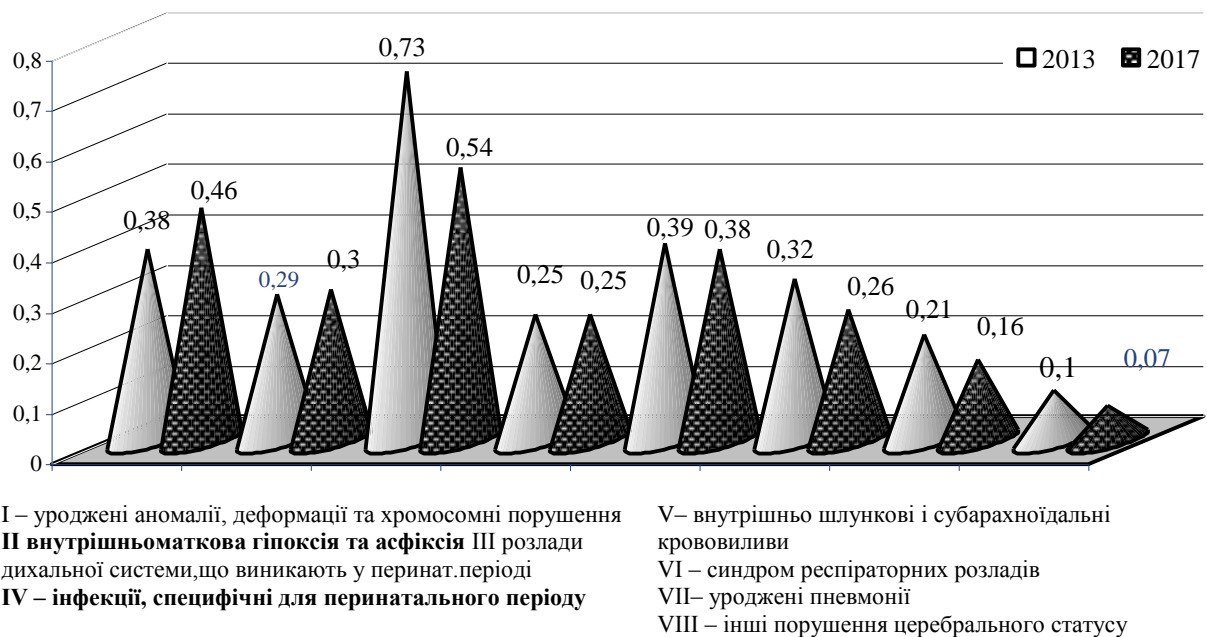
та тим, що ЗПД III рівня більшості областей недостатньо оснащені медичним обладнанням для забезпечення медичного догляду глибоко недоношених дітей, не мають неонатологічного стаціонару з відділеннями інтенсивної терапії новонароджених та постінтенсивного догляду та виходжування новонароджених. У створених за сприянням Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони здоров'я материнства та дитинства» ПЦ III рівня, де створені достатні умови для виходжування глибоко недоношених дітей, частота виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні за всі роки спостереження вища, ніж у ЗПД III рівня. Так, виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г у 2014, 2015, 2016 і 2017 рр. у створених за сприянням Національного проекту ПЦ III рівня становило 71,2%, 64,8%, 70,1% і 72,8%, а виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г –91,2%, 93,3%, 95,5% і 92,9% відповідно (рис.4.5.18).



**Рис. 4.5.18. Залежність виживання глибоко недоношених новонароджених у перші 168 годин життя від маси тіла при народженні та рівнів ЗПД, 2014–2017 рр., %**

Рівень загальної смертності новонароджених мав незначну тенденцію до збільшення з 2,6 на 1000 народжених живими новонароджених у 2013 р. до 2,61 у 2017 р., за рахунок підйомної тенденції смертності недоношених новонароджених з 39,4 н 1000 недоношених новонароджених до 39,53 при спадній тенденції смертності доношених новонароджених із 0,79 до 0,62.. 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 мала тенденцію до збільшення за рахунок підйомної тенденції її рівня майже від уроджених аномалій, деформацій та хромосомних порушень (0,38 у 2013р. і 0,46 у 2017р.), внутрішньоматкової гіпоксії та асфіксії (0,25 і 0,3 при спадній тенденції смертності новонароджених від респіраторного дистрес синдрому ( 0,73 і 0,54), синдрому респіраторних розладів (0,32 і 0,26), уродженої пневмонії (0,21 і 0,16), інших порушень церебрального статусу (0,1 і 0,07), внутрішньо шлункових і субарахноїдальних крововиливів ( 0,39 і 0,38) відповідно (рис.4.5.19).



**Рис.4.5.19. Основні причини смерті новонароджених у лікарняних стаціонарах у 2013, 2017 рр. (на 1000 народжених живими)**

Характерно, що серед доношених новонароджених упродовж 2013–2017 рр. тенденція до зниження смертності відбулася від більшості причин смертності, зокрема від уроджених аномалій, деформацій та хромосомних порушень (0,24 у 2013 р. і 0,21 у 2017 р.), внутрішньоматкової гіпоксії та асфіксії (0,13 і 0,11), респіраторного дистрес синдрому (0,18 і 0,16), інфекцій, специфічних для перинатального періоду (0,09 і 0,04), інших порушень церебрального статусу (0,04 і 0,01), а серед недоношених від респіраторного дистрес синдрому (11,86 і 7,61), внутрішньо шлункових і субарахноїдальних крововиливів (8,32 і 7,22), синдрому респіраторних розладів (6,43 і 4,3), уродженої пневмонії (1,9 і 0,85), інших порушень церебрального статусу (1,34 і 1,18) відповідно. Збільшення смертності недоношених новонароджених відбулося в основному за рахунок зростання її від уроджених аномалій, деформацій та хромосомних порушень (3,23 у 2013 р. і 5,13 у 2017 р.), внутрішньоматкової гіпоксії та асфіксії (3,66 і 3,89), інфекцій, специфічних для перинатального періоду (3,12 і 4,29) відповідно.

В структурі смертності доношених новонароджених в акушерських стаціонарах закладів охорони здоров'я сфери управління МОЗ України перші рангові місця займали уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення, респіраторний дистрес синдром, уроджені пневмонії, а в структурі смертності недоношених новонароджених – респіраторний дистрес синдром, внутрішньошлункові і субарахноїдальні крововиливи, та уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення.

Характерно, що за період спостереження негативна тенденція частоти хворих новонароджених в цілому та захворюваності новонароджених за окремими хворобами серед новонароджених з масою тіла при народженні 500 г і більше супроводжувалася позитивною тенденцією летальності новонароджених – 1,73% у 2013 р. і 1,61% у 2017 р., з них 0,65% і 0,49% у доношених і 5,24% і 4,37% у недоношених відповідно.

У 2017 р. провідні рангові місця по рівню летальності новонароджених посідали сепсис новонароджених (29,74%), легенева кровотеча (23,68%), внутрішньошлункові і

субарахноїдальні крововиливи (17,93%), а у недоношених новонароджених – сепсис новонароджених (34,73%), легенева кровотеча (33,33%), внутрішньошлункові і субарахноїдальні крововиливи (28,83%).

Таким чином в цілому в Україні забезпечено достатнє охоплення вагітних раннім наглядом (90,5–91,7%), скринінговим обстеженням на сифіліс, ВІЛ, ультразвуковим дослідженням, оптимальна доступність пацієнток до різних рівнів перинатальної допомоги в залежності від потреби (ІК розроджень у ЗПД III рівня вагітних з вадами серця 63,2%, з хворобами серцево-судинної системи 49,5%, у ЗПД II-III рівнів вагітних з тяжкими формами еклампсії і прееклампсії 79,0%, антенатальною загибеллю плода 69,9%), позитивна тенденція частоти акушерських кровотеч (17,82 на 1000 пологів у 2013 р і 17,01 у 2017 р.). Проте стабільно високими залишаються частота патології вагітності – гестозів 5,77–6,28 на 100 вагітних, пре еклампсій і еклампсій 2,0-2,1, частота кесаревих розтинів (172,0–208,46 на 1000 пологів).

В Україні відмічається негативна тенденція динаміки частки маловагових (з масою тіла при народженні 500–2499 г) новонароджених, що узагальненим об'єктивним критерієм здоров'я покоління, що народжується, з 5,43% у 2013 р. до 5,74% у 2017 р. за рахунок зменшення новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні (500–1499 г) при стабільній дисоціації числа «маловагових» дітей і недоношених, число яких і в даний час перевищує число недоношених на 12,6%. При цьому захворюваність новонароджених, яка в більшій мірі відображає рівень і якість діагностики і неонатальної допомоги, в цілому за досліджуваний період збільшилася з 149,32 на 1000 народжених живими до 162,34 у тому числі доношених з 120,43 до 128,37, а недоношених з 752,47 до 785,65 відповідно. Тривожним є збільшення тяжких, що суттєво впливають на якість подальшого життя і спричиняють інвалідизацію дітей, перинатальних станів – сепсису новонароджених у 3 рази, інфекцій, специфічних для перинатального періоду у 1,8 разу, уроджених пневмоній у 1,3 разу, неонатальної жовтяниці у 1,3 разу, інших порушень церебрального статусу новонародженого, які мають безпосередній вплив на розвиток таких захворювань, як дитячий церебральний параліч, епілепсія у 1,25разу. Збільшення частоти хворих новонароджених за досліджуваний період підтверджується негативною тенденцією смертності новонароджених – 2,6 у 2013р.і 2,61 у 2017р. в основному за рахунок підйомної тенденції смертності доношених новонароджених.

#### ***4.5.3. Медична допомога дитячому населенню***

Майбутнє дитини, суспільства і людства перебуває в прямій залежності від стану здоров'я малюка. Тому збереження та підтримка здоров'я дітей є ключовим завданням та важливою умовою успішного економічного розвитку держави, а охорона здоров'я дітей належить до однієї з актуальних і найбільш значущих проблем охорони здоров'я, держави й суспільства, оскільки здоров'я дитячого населення це не лише інтегральний показник якості здоров'я дітей але й фундаментальна основа формування потенціалу здоров'я дорослих членів суспільства.

Європейська політика щодо збереження здоров'я дитячого населення у XXI столітті визначає стратегію й тактику подальшої розбудови регіональних систем. Основним завданням модернізації педіатричної служби є вдосконалення системи охорони здоров'я дитячого населення на основі інноваційних медико-організаційних технологій. Модернізація



передбачає процес удосконалення та оновлення об'єктів охорони здоров'я, приведення їх у відповідність з новими вимогами, нормами, технічними умовами, показниками якості та підвищення рівня професіоналізму медичних працівників

Одним із шляхів удосконалення системи медичної допомоги дітям, є її оптимізація, спрямована на забезпечення доступності та якості медичної допомоги, відповідності її обсягів і видів потребам дитячого населення.

Наразі у країнах Європи наявне існування трьох моделей організації надання медичної допомоги дітям, зокрема, перша модель – це лікар-педіатр як первинна ланка надання медичної допомоги дітям; друга модель – це лікар загальної практики виконує функції первинної ланки, а лікар-педіатр є консультантом; третя-комбінована система, яка поєднує в собі особливості першої та другої моделей.

Так, у 12 країнах Європи–Іспанія, Греція, Чехія, Словаччина, Болгарія, Кіпр, Словенія, Литва тощо, систему первинної медичної допомоги дітям організовано як педіатричну, тобто лікарем первинного контакту є лікар-педіатр (I модель). У 16 країнах Європи–Франція, Португалія, Німеччина, Швейцарія, Бельгія, Польща, Угорщина, Італія, Туреччина, Латвія, Естонія, Швеція, Австрія тощо, функціонує комбінована система (III модель) надання медичної допомоги дітям.

I лише у 6 країнах Європи–Великобританія, Ірландія, Данія, Нідерланди, Норвегія, Фінляндія, первинну медичну допомогу дітям надають лікарі загальної практики (II модель). Варто зазначити, що в більшій половині країн Європи первинну медичну допомогу дітям, віком до 2 років, надають лікарі-педіатри.

Наразі в Україні наявні всі 3 моделі надання медичної допомоги дітям. 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.

Найбільш пріоритетним завданням національної служби охорони здоров'я дітей залишається удосконалення профілактичної роботи шляхом поступової переорієнтації діяльності закладів на ПМСД, збереження та відновлення здоров'я дитячого населення, виконання завдань щодо забезпечення гармонійного розвитку дитини, зниження рівня захворюваності, інвалідності, смертності.

Нині за даними Державної служби статистики в Україні проживає близько 7,6 млн дітей віком до 17 років, у т.ч. 394,626 тис. дітей першого року життя. За період із 2009 р. чисельність дитячого населення щорічно зменшується на 74,9 особи як за рахунок низького рівня народжуваності, внаслідок чого щорічно виповнюється 17 років значно більшій кількості дітей, ніж їх народжується, так і міграційних процесів. На тлі несприятливої демографічної ситуації стан здоров'я нових народжуваних поколінь все ще залишається незадовільним.

В останні десятиріччя захворюваність і поширеність хвороб при спадній тенденції залишаються високими. Поширеність хвороб у 2013 р становила 1920,34 на 1000 дітей віком до 17 років, у 2017 р. – 1747,7, а захворюваність – 1394,4 і 1291,6 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 захворюваність дітей у 2017 р. становила 1495,7 на 1000 дітей

відповідного віку, дітей у віці 0- 6 років – 1455,54, 7–14 років – 1149,79, 15–17 років – 1254,69 відповідно.

Така ситуація зумовлює необхідність посилення профілактичної спрямованості педіатричної служби в частині як формування, так і збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління.

Існуюча система інформаційного забезпечення не дає змоги достатньою мірою оцінити виконання завдань, покладених на заклади охорони здоров'я з амбулаторного обслуговування дитячого населення. Доступність і якість медичного забезпечення дітей на догоспітальному етапі аналізується за основними індикаторами: кількість відвідувань дітьми лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах та вдома, частота грудного вигодовування дітей до 4 і до 6 місяців життя, охоплення специфічною імунопрофілактикою, профілактичними оглядами з динамікою виявленої патології, рівень госпіталізації в денні стаціонари.

Об'єктивним критерієм доступності медичної допомоги дитячому населенню є частота відвідувань лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах та вдома. За даними моніторингу сумарна кількість відвідувань лікарів (на прийомі і вдома) дітьми віком 0–17 років (включаючи відвідування до стоматологів та зубних лікарів) у 2017 р. становила 8 988 919, у т.ч. в умовах закладів амбулаторно-поліклінічної допомоги 79 374 183 і на дому 10 507 736.

Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги дитячому населенню полягає в поступовій переорієнтації на лікаря загальної практики-сімейного лікаря, розширенні функцій дільничного лікаря-педіатра і відповідній реструктуризації спеціалізованої допомоги. Значна частина відвідувань дітей відбувалася до лікарів-педіатрів, – 41,8% та лікарів загальної практики-сімейних лікарів – 14,06%, менше 4,24% до дитячих офтальмологів, 3,84% – дитячих отоларингологів, 3,2% – дитячих неврологів, 2,97% – дитячих хірургів, 2,2%– дитячих ортопедів-травматологів.

Середня кількість відвідувань лікарів в рік на одну дитину в цілому у 2017 р. становила 11,8 при орієнтовно нормативному показнику 11,3 з диспропорцією його від 10,01 у Закарпатській, 10,11 у Донецькій, 10,54 у Вінницькій до 14,05 у Миколаївській, 14,76 у Тернопільській, 14,95 у Херсонській, 16,32 у Харківській областях та 14,38 у м. Києві. Існуюча нині в цілому по Україні, система медичного забезпечення дитячого населення передбачає, крім систематичних профілактичних оглядів дітей педіатрами і лікарями загальної практики-сімейними лікарями з використанням скринінгових програм і лабораторним обстеженням, обов'язкові профогляди «вузькими» спеціалістами в залежності від віку, а також профілактику, діагностику і лікування дітей, диспансерний нагляд хронічних хворих спеціалістами за своїм профілем. Аналіз співвідношення профілактичних оглядів серед загальної кількості звернень дітей до лікарів, включаючи і звернення на дому, засвідчив, що на звернення з приводу профілактичних оглядів припадає 48,68%, що можна оцінити позитивно. Середня кількість контактів дітей з лікарями з приводу профілактичних оглядів також є достатньою і коливається від 4,63 у Донецькій, 4,68 у Рівненській, 4,95 у Закарпатській до 8,99 у Харківській, 7,24–7,26, 7,03 у Хмельницькій, Херсонській і Миколаївській областях. До критеріїв доступності і якості медичної допомоги відноситься кількість відвідувань на одне зареєстроване захворювання. В цілому на 1 зареєстроване захворювання серед загальної популяції дитячого населення припадало 3,47 відвідувань. При орієнтовному коефіцієнті повторності відвідувань на одне захворювання 3,1 середні

показники відвідувань на одне зареєстроване захворювання – 4,2-4,3 можна оцінити позитивно. При цьому 4,0 і більше відвідувань на 1 зареєстроване захворювання серед дітей у 2017 році відмічалось лише у Закарпатській, Миколаївській Полтавській, Тернопільській, Херсонській, і Чернівецькій областях, а вкрай недостатніми є, кількість відвідувань на одне захворювання у дітей у Київській (2,46), Вінницькій (2,8), Івано-Франківській (2,92) і Волинській (2,95) областях (табл.4.5.21).

Таблиця 4.5.21

**Характеристика відвідувань дитячим населенням лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах та вдома (включаючи відвідування до стоматологів та зубних лікарів у 2017рр.)**

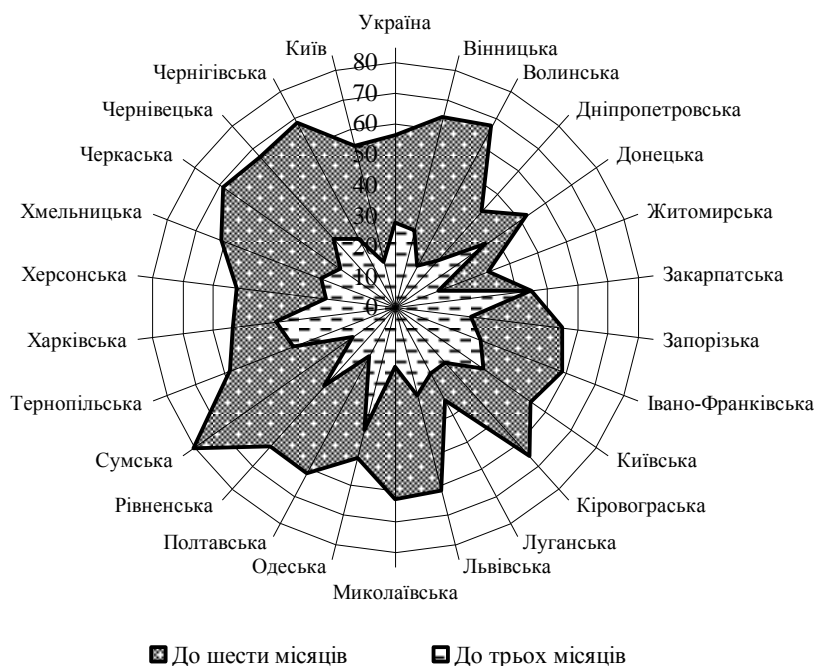
Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість відвідувань на 1 дитину	Кількість відвідувань на 1 зареєстроване захворювання	Кількість відвідувань на 1 дитину з приводу профоглядів	Питома вага профоглядів серед загальної кількості відвідувань,%
<b>Україна</b>	<b>11,80</b>	<b>3,47</b>	<b>5,75</b>	<b>48,68</b>
Вінницька	10,54	2,80	5,05	47,93
Волинська	10,96	2,95	5,70	52,02
Дніпропетровська	11,86	3,33	5,31	44,74
Донецька	10,11	3,00	4,63	45,80
Житомирська	13,45	3,39	6,50	48,34
Закарпатська	10,01	4,01	4,95	49,39
Запорізька	13,16	3,79	6,59	50,09
Івано-Франківська	12,75	2,92	6,67	52,29
Київська	11,66	2,46	5,59	47,92
Кіровоградська	11,73	3,34	5,70	48,56
Луганська	12,80	3,73	6,58	51,43
Львівська	12,13	3,16	6,31	51,98
Миколаївська	14,05	4,08	7,03	50,05
Одеська	11,68	3,56	5,95	50,96
Полтавська	13,52	4,07	6,52	48,18
Рівненська	11,47	3,37	4,68	40,83
Сумська	12,88	3,79	6,58	51,05
Тернопільська	14,76	4,22	6,94	47,01
Харківська	16,32	3,72	8,99	55,11
Херсонська	14,95	5,15	7,26	48,56
Хмельницька	12,83	3,00	7,40	57,68
Черкаська	12,29	3,27	5,99	48,75
Чернівецька	13,49	4,09	6,51	48,22
Чернігівська	13,47	3,48	6,14	45,54
м. Київ	14,38	3,99	5,78	40,22

Основою досягнення найвищого рівня фізичного здоров'я та психоемоційного розвитку немовлят є грудне вигодовування.. 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. 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 ВНА 55.25 від 18.05.2002 р. Глобальна стратегія щодо годування дітей грудного та раннього віку.

Удосконалення практик виключно грудного вигодовування, застосування адекватного та своєчасного прикорму, а також продовження грудного вигодовування протягом двох років життя дитини і більше, здатне рятувати щороку понад 1,5 мільйонів життів дітей, віком до п'яти років у світі.

В Україні перша галузева програма підтримки грудного вигодовування була затверджена у 1995 році а з 2001 р. розпочата сертифікація закладів охорони здоров'я на відповідність критеріям «Лікарня, доброзичлива до дитини», основним завданням яких є підтримка виключно грудного вигодовування.

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 2017 р. – 27,5% і 55,9%. При цьому у 2017 р. 44,6% немовлят закінчили грудне вигодовування у тримісячному віці в Закарпатській, 39,16% у Харківській, 36,18% у Донецькій областях, а понад 65% у шість місяців 8,08% у , Сумській, 68,45% у Черкаській, 68,3% у Чернігівській, 67,0% у Волинській областях. Достатньо активно проводилася робота щодо забезпечення грудного вигодовування немовлят лише в Житомирській області, де закінчило грудне вигодовування у три місяці 15,07% а в шість місяців – 32,75% дітей (рис. 4.5.20).



**Рис. 4.5.20** Характеристика грудного вигодовування немовлят на різних територіях України у 2017р. (%)

Водночас, вибіркові дослідження, проведені раніше, виявили вищі, ніж за даними МОЗ України, показники. Слід зазначити, що дані державної статистики не включають рекомендованих ВООЗ і необхідних для розробки стратегії охорони здоров'я дітей даних щодо частоти виключно грудного вигодовування при виписці немовлят із пологового стаціонару, у віці шість місяців та охоплення грудним вигодовуванням дітей, що досягли одного року життя.

Питання підтримки грудного і виключно грудного вигодовування є одним із основних питань Розширеної Ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». Наразі доведено, що частота і тривалість грудного вигодовування, у тому числі виключно грудного, залежать від своєчасності прикладання новонародженого до грудей матері. За даними моніторингу Розширеної Ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини», у пологових стаціонарах, сертифікованих на цей статус лікарні, у 2017р. 93,3% новонароджених прикладено до грудей матері у першу годину після народження, а виписано з пологового будинку на виключно грудному вигодовуванні 94,1%. Частота виключно грудного вигодовування до шести місяців у закладах, сертифікованих на статус лікарні, доброзичливої до дитини, у 2017 р. становила 64,7%, 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 24,9%.

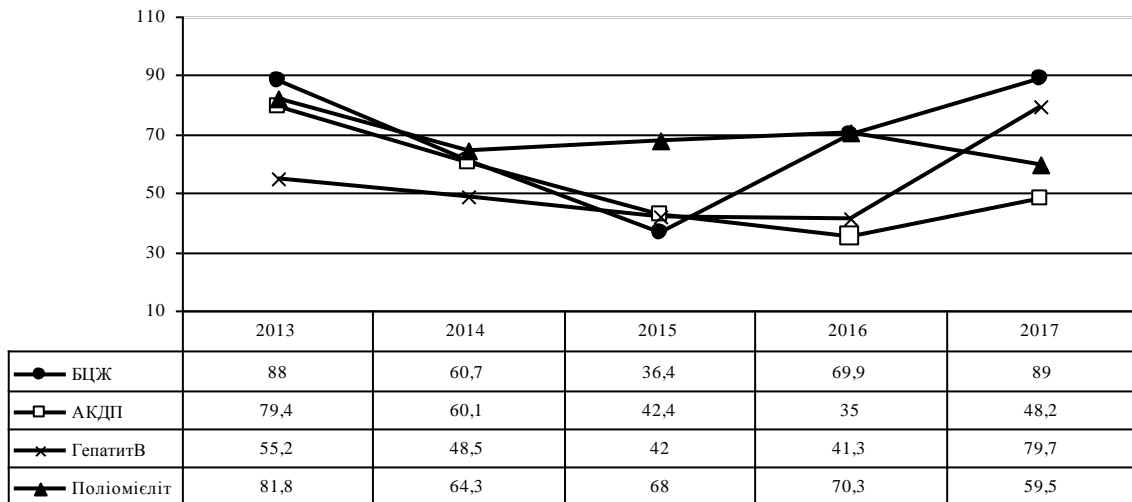
Профілактична спрямованість педіатричної служби оцінюється і за даними охопленням дітей специфічною імунопрофілактикою. Широкомасштабна реалізація програм імунізації в останні 30 років дає змогу досягти значних успіхів, які впливають на питому вагу інфекційних захворювань у структурі дитячої смертності.

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, виражений 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 1 року проти дифтерії, правця, кашлюку, гемофільної інфекції типу b, дифтерії, правця, кашлюку, 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 та не має принципової різниці у схемах імунізації, запропонованих в Європейських країнах, таких як Австрія, Бельгія, Данія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Литва, Польща.

В Україні, починаючи з 1990 р., показник охоплення дітей, які досягли одного року, первинною вакцинацією проти туберкульозу, дифтерії, 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 2017р. охоплення дітей вакцинацією БЦЖ знизилося до 89,0%, АКДП – 48,2%, проти поліомієліту – 59,5%, проти гепатиту В – 79,6% (рис.4.5.21).



**Рис.4.5. 21** Динаміка охоплення вакцинацією керованих інфекцій у дітей, що досягли одного року життя, в Україні у 2013–2017 рр. (%)

Така ситуація зумовлена не послабленням діяльності ЗОЗ, а неповним і неритмічним забезпеченням імунобіологічними препаратами за рахунок державного бюджету.

Важливим компонентом догоспітальної допомоги дитячому населенню є проведення профілактичних оглядів дітей як своєрідного барометру стану здоров'я населення і водночас дієвого показника діагностичної спроможності системи охорони здоров'я, зокрема, її первинної ланки, на плечі якої лягає основний тягар профілактичної роботи.

Профілактичні огляди – система заходів, спрямованих на виявлення ранніх стадій захворювань, коли вони ще не проявилися, а також своєчасна лікувально-профілактична робота щодо збереження і зміцнення здоров'я.

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».

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 97,27–98,4%. При цьому повне (100%) охоплення профілактичними оглядами дітей упродовж останніх років забезпечено у Волинській, Полтавській і Харківській областях. Лише у Львівській області і м. Києві охоплення профілактичними оглядами дітей становило 92,38% і 95,81% відповідно.

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 2017 р. виявлено 12,3 тис. зі зниженням слуху (1,74 на 1000 оглянутих, у 2013 р. – 1,95), 336,9 тис. – зі зниженням зору (45,87 і 48,12), 131,09 тис. з дефектами мови (18,62 і 19,07), 108,56 тис. – зі сколіозом (15,46 і 19,45), 277,8 тис. – із порушенням постави (39,45 і 43,46), (рис.4.5.22).

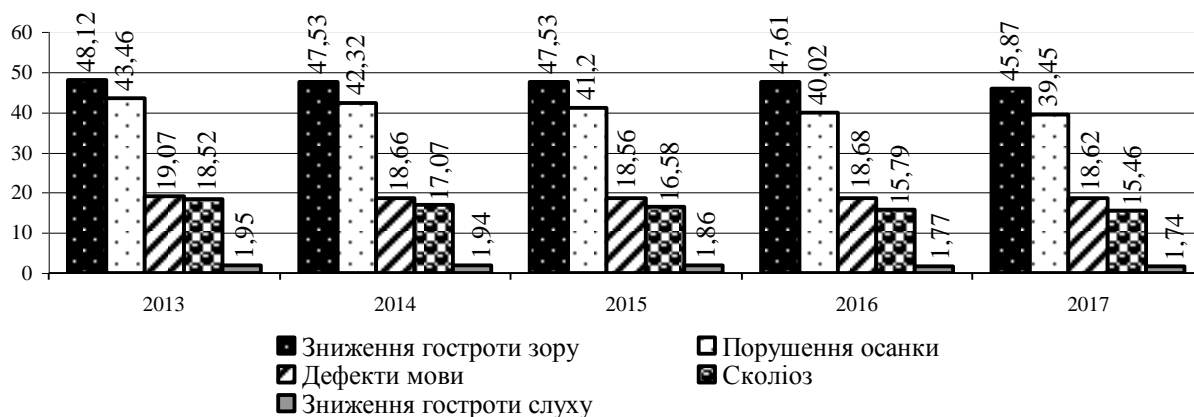


Рис.4.5.22.Результати профілактичних оглядів дітей віком 0–17 років в Україні у 2013–2017 р. (на 1000 оглянутих)

Підтвердженням ефективності профілактичних оглядів дітей є те, що спадна тенденція частоти виявлення під час профілактичних оглядів патології співпадає з позитивною тенденцією захворюваності та поширеності хвороб у дітей.

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 в Житомирській, Київській, Кіровоградській і Тернопільській областях, гостроти слуху – від менше 1,5 у Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Луганській, Львівській, Одеській, Херсонській областях і м. Києві до понад 2,50 у Івано-Франківській, Миколаївській, Сумській областях, сколіозу – від менше 10,00 в Закарпатській, Львівській, Херсонській і Чернігівській областях до понад 20,00 у Донецькій, Вінницькій, Запорізькій, Полтавській і Черкаській областях, порушення постави – від менше 30,00 у Чернівецькій, Львівській, Закарпатській і Дніпропетровській областях до 84,77 52, 11 у Тернопільській областях (табл.4.5.22). Значні коливання виявленої при профілактичних оглядах патології в дітей потребують додаткового вивчення їх причин профільними спеціалістами.

Таблиця 4.5.22

Характеристика профілактичних оглядів дитячого населення у 2017р., на 1000 оглянутих

Адміністративно-територіальна одиниця	Повнота охоплення профоглядами, %	Виявлено дітей зі зниженням гостроти		Виявлено дітей		
		слуху	зору	з дефектами мови	зі сколіозом	з порушенням постави
<b>Україна</b>	<b>98,24</b>	<b>1,74</b>	<b>47,85</b>	<b>18,62</b>	<b>15,40</b>	<b>39,45</b>
<i>Область</i>						
Вінницька	98,20	2,22	45,87	11,35	21,06	45,85
Волинська	100,00	1,58	38,19	16,20	10,90	33,28
Дніпропетровська	97,72	1,32	37,99	14,98	13,95	27,53
Донецька	98,48	1,39	41,11	18,97	28,26	36,58
Житомирська	99,90	2,49	64,47	23,73	19,32	35,59
Закарпатська	99,20	1,40	24,25	8,30	6,31	25,84
Запорізька	96,29	1,68	53,23	25,19	26,35	32,91
Івано-Франківська	99,97	2,74	44,56	14,31	14,86	37,48
Київська	99,99	1,95	72,94	16,75	19,23	84,77
Кіровоградська	99,76	2,31	63,53	26,09	8,75	43,28
Луганська	97,81	0,80	55,07	21,39	15,60	32,66
Львівська	92,38	0,97	33,35	12,92	9,55	25,59

Адміністративно-територіальна одиниця	Повнота охоплення профоглядами, %	Виявлено дітей зі зниженням гостроти		Виявлено дітей		
		слуху	зору	з дефектами мови	зі сколіозом	з порушенням постави
<i>Область</i>						
Миколаївська	99,28	2,54	43,49	24,75	10,76	29,78
Одеська	97,01	1,42	37,47	13,86	13,08	32,48
Полтавська	100,00	2,15	55,43	27,54	26,17	45,31
Рівненська	98,99	2,18	59,77	24,33	18,00	50,24
Сумська	98,83	3,20	57,81	22,58	18,08	47,30
Тернопільська	99,85	1,80	62,35	19,12	16,59	52,11
Харківська	100,00	1,65	56,90	19,36	15,92	37,27
Херсонська	98,12	1,44	51,78	38,58	8,39	43,89
Хмельницька	99,84	1,75	55,40	16,32	14,71	36,01
Черкаська	99,93	2,37	45,34	24,99	20,87	40,51
Чернівецька	99,89	1,58	33,84	12,75	11,51	22,82
Чернігівська	99,12	1,71	47,54	32,24	7,70	38,51
м. Київ	95,81	1,16	45,22	14,42	11,29	46,53

Загальновизнано, що своєчасне виявлення і корекція порушень постави в дітей сприяє зменшенню частоти сколіозів. При співвідношенні частоти порушень постави і сколіозів у дітей в середньому по Україні 2,98, у Черкаській, Донецькій, Житомирській і Запорізькій областях цей показник становив менше 1,5, що, можливо, зумовлено недостатнім виявленням порушень постави в цих регіонах (рис. 4.5.23).

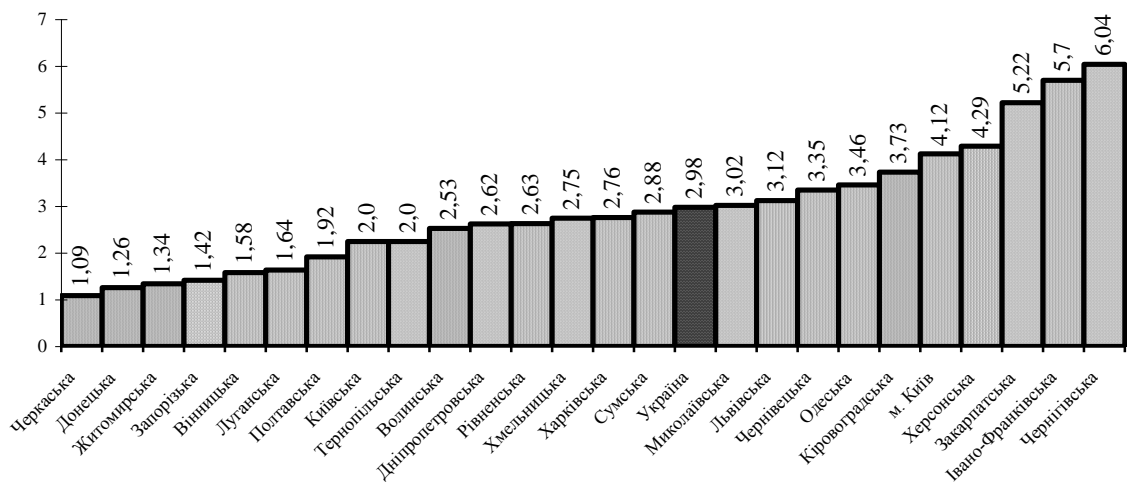


Рис. 4.5.23 Співвідношення порушення постави до сколіозу в дітей у розрізі регіонів за 2017 р.

Така ситуація потребує аналізу та оцінки повноти виявлення порушень постави і сколіозу та їх корекції в цих регіонах. Водночас, у м Києві, Херсонській, Закарпатській, і Чернігівській областях цей показник становив понад 4,00 при значно нижчій, ніж у середньому по Україні, частоті сколіозів, що може бути зумовлено як своєчасним виявленням і корекцією порушень постави, так і гіподіагностикою сколіозу.

На розвиток патології суттєво впливають умови перебування дітей у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах, особливо обмеження фізичної активності, предметна система виховання, недостатнє природне освітлення тощо. Реформування шкільного навчання без урахування стану здоров'я школярів приводить до збільшення різних видів патології у дітей. Учебний 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 22,3 разу, порушень постави – у 6,7, зниження гостроти зору – у 4,5, слуху – у 2,4 разу (рис.4.5.24).



**Рис.4.5. 24. Частота виявленої патології в дітей дошкільного віку та тих, що передані під нагляд поліклінік для дорослх, у 2016 р. (на 1000 оглянутих)**

Високий рівень поширеності захворювань і виявленої патології та серед дітей вказує на необхідність посилення як профілактичних заходів, спрямованих як на попередження виникнення патології у дітей, так і удосконалення 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 подальшого впровадження сучасних ефективних і водночас низько витратних медико-організаційних технологій зумовлена високим рівнем поширеності захворювань серед дітей та їх інвалідизації. У 2017 р. продовжена робота щодо забезпечення сталого доступу до служб амбулаторно-поліклінічної ланки усіх верств дитячого населення.

Загальновизнано, що на амбулаторну ланку ЗОЗ припадає близько 80% медичної допомоги населенню. В 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. Стаціонари денного перебування організовані, і функціонують в усіх регіонах.

За аналізований період кількість ліжок денних стаціонарів для дітей зменшилась з 6378 у 2013 р. до 5196 у 2017 р., а число пролікованих хворих дітей з 25 045 до 218 970 відповідно. При цьому зменшилася і забезпеченість дитячого населення ліжками денних стаціонарів для дітей з 7,98 на 10 тис. дитячого населення у 2013 р. до 7,29 у 2016 р. при стабілізації госпіталізованої захворюваності – 16,15 і 16,43 на 1000 зареєстрованих хвороб відповідно і кількості пролікованих на одному ліжку дітей – 42,3 і 42,58 відповідно. У 2017р. достатньою – 10,28-14,96 на 10 тис. дитячого населення була забезпеченість дитячого населення ліжками денних стаціонарів у Луганській, Тернопільській, Харківській, Чернівецькій і Чернігівській областях, а все ще низькою, не відповідаючою потребам госпіталізації в денні стаціонари (<4,0) – у Вінницькій, Волинській, Київській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській та Одеській областях (табл. 4.5.23).

Таблиця 4. 5.23

**Характеристика роботи денних стаціонарів у 2017 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Число ліжок для дітей	Забезпеченість ліжками (на 10 тис. дітей)	Проліковано на 1ліжку	Проліковано на 1000 захворювань
<b>Україна</b>	<b>5136</b>	<b>6,74</b>	<b>42,58</b>	<b>16,43</b>
<i>Область</i>				
Вінницька	101	3,47	58,35	10,35
Волинська	80	3,34	46,94	8,81
Дніпропетровська	460	8,00	41,65	16,93
Донецька	253	8,24	22,81	10,29
Житомирська	201	8,31	49,88	20,22
Закарпатська	140	4,79	79,91	30,28
Запорізька	287	9,76	37,32	21,02
Івано-Франківська	92	3,30	65,12	10,32
Київська	90	2,74	36,24	4,02
Кіровоградська	153	8,97	30,84	15,31
Луганська	120	11,07	26,94	17,88
Львівська	174	3,59	59,36	11,56
Миколаївська	152	7,29	50,83	21,53
Одеська	180	3,92	32,69	7,98
Полтавська	145	6,18	25,67	9,22
Рівненська	58	2,08	152,10	15,75
Сумська	151	8,71	24,84	13,01
Тернопільська	205	10,28	62,89	34,88
Харківська	493	11,57	33,31	19,57
Херсонська	196	9,91	40,74	27,03
Хмельницька	238	9,98	42,54	23,42
Черкаська	190	9,36	28,50	13,86
Чернівецька	276	14,96	39,60	34,66
Чернігівська	220	13,37	48,79	30,94
м. Київ	481	9,16	42,05	17,85

Рівень госпіталізованої в денні стаціонари захворюваності, як і в минулі роки, у 2017 р. суттєво коливався в розрізі регіонів. Найвищий рівень госпіталізованої захворюваності (30,28-34,88 на 1000 зареєстрованих захворювань) в денні стаціонари спостерігався у Закарпатській, Тернопільській, Чернівецькій та Чернігівській областях, найнижчий – у Київській (4,02), Одеській (7,98), Волинській (8,81) і Полтавській (9,22) областях. В цілому із загальної кількості госпіталізованих госпітальні і денні стаціонари дітей у денні стаціонари було госпіталізовано 12,6% дітей у 2013р. і 12,89% у 2016 році.

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 1 ліжку можна вважати інтенсивною (>60,0) роботу ліжок денних стаціонарів у Рівненській, Закарпатській, Івано-Франківській, і Тернопільській областях і такою, що потребує посилення (< 30), – у Донецькій, Луганській, Сумській, Полтавській і Черкаській 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.

Всі 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 володіти принцип розумної госпіталізації. Слід зазначити, що процес скорочення числа дитячих ліжок не привів до зменшення числа госпіталізованих дітей.

Навпаки, є тенденція до зростання числа дітей, які отримували медичну допомогу в умовах стаціонару: в 1994 р. в усі стаціонари країни були госпіталізовані 114 274 дитини у віці до 1 року; в 2008 р. – 123 152; в 2011 – 122 738 дітей. Істотно зросла рентабельність дитячих ліжок: у 2011 році на одне розгорнуте ліжко госпіталізували 32 дитини на рік а у 2016 р. – 35 дітей.

Існуюча наразі система медичного забезпечення дитячого населення передбачає надання стаціонарної допомоги дітям переважно при найбільш тяжких захворюваннях, що потребують комплексного підходу до діагностики і лікування, застосування найбільш складних методів обстеження і лікування з використанням найновіших медичних технологій, навіть дуже дорогих, у т.ч. оперативного втручання, постійного лікарняного спостереження та інтенсивного догляду. В рамках стаціонарної медичної допомоги традиційно вирішуються відповідальні державні завдання щодо зниження рівня малюкової та дитячої смертності, інвалідності, стосовно боротьби з прогресуючим перебігом хронічних захворювань. За даними спеціального аналізу, існуюча кількість і структура ліжкового фонду за рівнями надання медичної допомоги (вторинний, третинний) 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 2017 р. стаціонарна медична допомога дитячому населенню в цілодобових стаціонарах, підпорядкованих МОЗ України, надавалася за 30 спеціальностями педіатричного профілю. При цьому кардіохірургічні ліжка функціонували лише у Дніпропетровській, Львівській, , Одеській областях і м. Києві, ревматологічні – у Дніпропетровській і Львівській областях, для грудних дітей – у 14 стоматологічні – у 13, опікові – у 16 регіонах.

Станом на 31.12.2017 р. в Україні функціонувало 41221 стаціонарне ліжко для дітей проти 51 382 у 2013р., а забезпеченість дитячого населення стаціонарними ліжками становила відповідно 54,3 і 64,3 на 10 тис. дітей віком 0-17 років.

Проведений аналіз ефективності використання дитячих ліжок засвідчив тенденцію до зменшення інтенсивності їх роботи за показниками середнього числа зайнятості ліжка за рік

упродовж 2013-2017 рр. Якщо у 2013 р. середнє число днїв роботи дитячих лїжок становило 316,61 то у 2017р. – 309,49. З іншої сторони зменшилося середнє перебування на лїжку – 9,57 до 8,82 , що сприяло позитивній тенденції обїгу лїжка – 33,07 і 34,71 і вїдповїдно (табл.4.5.24).

Таблиця.4.5.24

**Динаміка інтенсивності роботи дитячих лїжок у розрїзі регіонів у 2013, 2017 рр.**

Адміністративно-територіальна одинця	Середнє число днїв зайнятості лїжка		Середнє перебування хворого на лїжку		Обїг лїжка	
	2013р.	2017р.	2013р.	2017р.	2013р.	2017р.
<b>Україна</b>	<b>316,61</b>	<b>309,49</b>	<b>9,57</b>	<b>8,92</b>	<b>33,07</b>	<b>34,71</b>
АР Крим	315,59	0,00	9,36	0,00	33,71	0,00
<i>Область</i>						
Вінницька	341,32	327,84	9,30	8,44	36,71	38,85
Волинська	311,34	313,48	8,97	8,43	34,71	37,19
Дніпропетровська	321,32	324,02	9,21	8,68	34,90	37,34
Донецька	323,12	309,23	9,62	9,41	33,60	32,86
Житомирська	335,40	326,98	8,51	7,99	39,43	40,93
Закарпатська	311,92	312,49	9,79	9,23	31,87	33,86
Запорїзька	293,38	270,48	9,92	9,07	29,58	29,82
Івано-Франківська	317,68	300,36	9,16	8,34	34,69	35,99
Київська	317,46	317,19	9,73	8,82	32,61	35,95
Кіровоградська	332,32	318,45	10,11	9,38	32,88	33,96
Луганська	310,12	285,48	10,12	10,02	30,64	28,50
Львівська	329,06	319,17	9,92	8,80	33,17	36,26
Миколаївська	332,68	324,21	9,51	8,72	34,98	37,20
Одеська	306,14	290,86	9,35	8,10	32,76	35,90
Полтавська	306,19	298,70	9,02	8,25	33,94	36,19
Рівненська	324,75	317,45	9,32	8,83	34,84	35,95
Сумська	331,30	323,81	9,49	9,05	34,89	35,79
Тернопільська	325,59	308,51	10,06	9,25	32,37	33,36
Харківська	306,96	314,31	9,05	8,69	33,91	36,18
Херсонська	321,80	319,07	10,32	9,91	31,18	32,20
Хмельницька	334,36	323,32	9,48	9,17	35,28	35,25
Черкаська	323,66	323,81	9,37	9,29	34,56	34,85
Чернівецька	315,26	318,69	9,83	9,66	32,06	33,01
Чернігівська	309,86	317,26	10,86	10,26	28,54	30,92
<i>Мїсто</i>						
Київ	287,59	277,68	10,49	9,50	27,42	29,24
Севастополь	312,14	0,00	8,00	0,00	39,04	0,00

Зменшення середньої зайнятості дитячих лїжок вїдбулося у подавляючій більшості регіонів, за виключенням Волинської, Дніпропетровської, Закарпатської, Харківської, Чернівецької і Чернігівської областей, де вїдмїчалася пїдйомна тенденція цього показника, а низька інтенсивність використання дитячих лїжок у 2017 р. зумовлена низькою зайнятістю їх у Запорїзькій (270,48), Луганській (285,48), Одеській (290,86), Полтавській (298,7) областях і м. Києві (277,68). Задовільною можна оцїнити зайнятість роботи дитячих лїжок (> 320 днїв) лише у Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, миколаївській, Сумській, Хмельницькій і Черкаській областях.

В цїлому упродовж останніх рокїв самї низькї показники роботи лїжок вїдмїчалися вїдносно використання туберкульозних лїжок (середня зайнятість – 281, 28днїв у 2013 р. і 258,44 у 2017 р. при середньому перебуванні на лїжку 81,02 і 88,76,днїв), лїжок торакальної хїрургїї 265,26 і 270,97 та 9,39 і 9,34), нейрохїрургїчних лїжок (289,52 і 251,46 та 7,67 і 6,97).

Низькою залишається і зайнятість інфекційних лїжок, що може бути зумовлено сезонністю захворюваності дїтей інфекційними хворобами і потреби в госпїталїзацїї. Протягом

останніх п'яти років в середньому по Україні зайнятість інфекційних ліжок для дітей становила 282,59–277,73 дні при зменшенні середньої тривалості перебування хворих із 7,24 у 2017 р. до 6,63 у 2017 р. У 2017 р. більш інтенсивно, > 300 днів на рік працювали інфекційні ліжка лише у Львівській (352,98), донецькій (320,37), Хмельницькій (311,12) і Житомирській (303,55) областях. Недостатньо були навантажені (робота ліжка < 250 днів) дитячі інфекційні ліжка м. Києві (220,59), Запорізькій (233,13), Чернівецькій (245,12), Херсонській (246,29), Закарпатській (247,15) областях.

Недостатньою залишається і зайнятість при спадній динаміці педіатричних соматичних ліжок – 317,89днів у 2013 р. і 304,71 у 2107 р. при середньому перебуванні на ліжку 9,73 дні і 8,98 відповідно. Більш інтенсивно (робота ліжка  $\geq 320$  днів,) працювали педіатричні соматичні ліжка у Кіровоградській (345,48), Миколаївській (339,31), Рівненській (324,37 і Чернігівській (324,1) областях. Недостатньо інтенсивно, при середній зайнятості ліжка < 300 днів, працювали педіатричні соматичні ліжка у Запорізькій 253,9), Полтавській (278,1), Донецькій (286,1), Харківській (295,41), Луганській (291,6) областях та м. Києві (274,26).

Наближалася до нормативної у 2017 р. лише робота гастроентерологічних, гематологічних, гнійної хірургії, травматологічних, ортопедичних, неврологічних, офтальмологічних, отоларингологічних, дерматовенерологічних ліжок, наднормативною залишається робота – онкологічних ліжок (табл.4.5.25).

Таблиця.4.5.25

**Динаміка інтенсивності роботи дитячих ліжок у розрізі спеціальностей у 2013, 2017 рр.**

Профіль ліжок	Середнє число днів роботи ліжка			Середнє перебування на ліжку		
	2013 р.	2017р.	2017/2013, %	2013 р.	2017р.	2017/2013, %
<b>Усі дитячі ліжка, у т.ч.:</b>	<b>316,61</b>	<b>309,49</b>	97,75	<b>9,57</b>	<b>8,92</b>	93,21
– педіатричні соматичні	317,89	304,71	95,85	9,73	8,98	92,29
– кардіоревматологічні	316,20	311,21	98,42	10,37	9,53	91,90
– ревматологічні	314,14	253,63	80,74	8,77	5,75	65,56
– пульмонологічні	324,64	317,06	97,67	10,49	9,79	93,33
– гастроентерологічні	321,39	320,92	99,85	11,60	10,77	92,84
– алергологічні	311,82	317,56	101,84	10,84	10,02	92,44
– ендокринологічні	309,72	318,1	102,71	10,92	10,1	92,49
– гематологічні	318,85	323,22	101,37	16,95	17,36	102,42
– нефрологічні	329,63	305,03	92,54	12,25	11,63	94,94
– інфекційні	282,59	277,73	98,28	7,24	6,63	91,57
– хірургічні	309,70	310,78	100,35	6,30	5,92	93,97
– нейрохірургічні	289,52	251,46	86,85	7,67	6,97	90,87
– торакальної хірургії	265,26	270,97	102,15	9,39	9,34	99,47
– гнійної хірургії	314,63	321,62	102,22	7,35	7,63	103,81
– травматологічні	344,46	334,78	97,19	11,07	10,12	91,42
– ортопедичні	330,40	333,98	101,08	13,12	11,56	88,11
– урологічні	321,86	310,47	96,46	8,00	7,37	92,13
– стоматологічні	313,48	289,4	92,32	6,79	5,19	76,44
– онкологічні	387,32	385,17	99,44	16,13	16,55	102,60
– неврологічні	340,90	336,89	98,82	11,41	10,71	93,87
– психіатричні	316,12	316,42	100,09	26,48	24,14	91,16
– офтальмологічні	337,35	340,4	100,90	7,00	6,92	98,86
– отоларингологічні	335,80	322,17	95,94	7,23	6,55	90,59
– дерматовенерологічні	305,84	348,6	113,98	16,35	16,52	101,04
– відновного лікування	329,38	329,45	100,02	14,82	14,39	97,10
– туберкульозні	281,28	258,44	91,88	81,02	88,76	109,55

Загально визнано, що потреба в стаціонарній допомозі та госпіталізації дітей залежить від рівня поширеності хвороб. На тлі зменшення поширеності хвороб, особливо у дітей раннього віку, частота госпіталізації дітей до лікарняних стаціонарів зменшилася з 236,30 на 1000 дітей у 2013 р. до 204,91 у 2017 р. і збільшився показник співвідношення поширеності захворювань та рівня госпіталізації дітей з 8,08 до 8,53 відповідно. Проведений нами аналіз співвідношення поширеності хвороб дитячого населення та частоти госпіталізації дітей до лікарняних стаціонарів засвідчив суттєві коливання цього показника від < 7,5 у Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Сумській і Херсонській областях до > 10,0 у Івано-Франківській, Київській, Рівненській областях та м. Києві при середньому по Україні 8,53 (табл. 4.5.26).

Таблиця 4.5.26

**Поширеність хвороб дитячого населення та рівні госпіталізації дітей до лікарняних стаціонарів у розрізі регіонів за 2013,2017рр. (на 1000 дітей)**

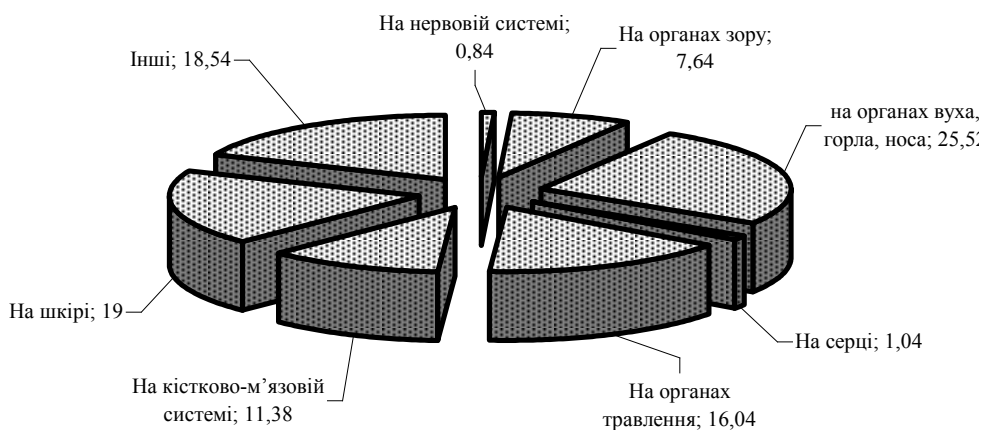
Адміністративно-територіальна одиниця	Рівень госпіталізації		Поширеність захворювань		Співвідношення поширеності захворювань та рівня госпіталізації дітей	
	2013 р.	2017 р.	2013 р.	2017 р.	2013 р.	2017 р.
<b>Україна</b>	<b>237,30</b>	<b>204,91</b>	<b>1 920,34</b>	<b>1 747,67</b>	<b>8,09</b>	<b>8,53</b>
<i>Область</i>						
Вінницька	226,02	220,86	2 095,34	1 958,85	9,27	8,87
Волинська	200,69	180,87	1 835,54	1 780,87	9,15	9,85
Дніпропетровська	225,35	221,56	1 879,58	1 967,68	8,34	8,88
Донецька	235,89	185,67	2 063,38	1 826,62	8,75	9,84
Житомирська	263,97	248,83	2 033,17	2 050,45	7,70	8,24
Закарпатська	188,13	176,03	1 360,74	1 265,11	7,23	7,19
Запорізька	250,44	233,28	1 683,09	1 732,03	6,72	7,42
Івано-Франківська	201,20	186,70	2 130,97	2 082,25	10,59	11,15
Київська	231,94	206,64	2 410,53	2 471,80	10,39	11,96
Кіровоградська	264,13	251,00	1 760,80	1 807,30	6,67	7,20
Луганська	273,65	228,31	1 840,08	1 667,94	6,72	7,31
Львівська	213,53	209,22	1 889,88	1 842,64	8,85	8,81
Миколаївська	270,04	260,86	1 599,92	1 721,60	5,92	6,60
Одеська	218,50	212,29	1 709,99	1 605,96	7,83	7,56
Полтавська	243,17	234,02	1 801,94	1 720,60	7,41	7,35
Рівненська	203,45	188,38	1 992,41	2 013,21	9,79	10,69
Сумська	276,10	272,58	1 609,23	1 663,36	5,83	6,10
Тернопільська	227,89	222,76	1 824,02	1 853,09	8,00	8,32
Харківська	277,20	260,49	2 125,49	1 968,17	7,67	7,56
Херсонська	234,08	218,99	1 573,09	1 493,61	6,72	6,82
Хмельницька	254,34	234,29	1 861,40	1 812,06	7,32	7,73
Черкаська	268,91	254,48	2 041,46	1 923,66	7,59	7,56
Чернівецька	217,70	201,42	1 653,30	1 709,58	7,59	8,49
Чернігівська	279,32	253,69	2 161,76	2 108,63	7,74	8,31
м. Київ	226,74	204,94	2 473,71	2 156,64	10,91	10,52

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 за рахунок вище пересічного по Україні рівня госпіталізації і нижче середнього рівня захворюваності (Пуганська, Миколаївська, Полтавська, Сумська і Херсонська області) і проведення в них аналізу доцільності наявних рівнів госпіталізації в розрізі окремих захворювань.

При цьому рівень госпіталізації дітей першого року життя в цілодобові стаціонари збільшився з 611,4 на 1000 дітей відповідного віку у 2014 р. до 627,77 у 2017 році.

Важливе значення, особливо в період воєнних дій на сході України і частих екстремальних ситуацій, має забезпечення хірургічної допомоги дітям. Усього за 2017 р. в стаціонарних умовах проведено 225 849 операцій у дітей, що становило 29,66 на 1000 дитячого населення проти 276 165 і 34,56 відповідно у 2013 р. Охоплення оперативним втручанням дитячого населення коливалося в розрізі регіонів від 47,78 на 1000 дитячого населення в м Києві, 43,0 у Дніпропетровській, 38,1 у Сумській 37,3 і у Чернівецькій областях до 18,73 у Закарпатській, 19,2 у Київській областях. Зменшення охоплення дитячого населення хірургічним втручанням в умовах цілодобових стаціонарів відбулося у подавляючій більшості регіонів при найбільш інтенсивному зменшенні цього показника у Луганській ( 36,23 у 2013 р. і 22,41 у 2017 р.), Донецькій (36,22 і 26,8 відповідно), Харківській ( 44,29 і 34,18 відповідно).

У структурі оперативних втручань у стаціонарних умовах у 2017р. провідні місця посіли операції на органах вуха, горла, носа (25,52%), шкірі (19,0%), органах травлення (16,04%), кістково-м'язовій системі (11,38%), (рис.4.5.25).



**Рис.4. 5.25 Структура проведених операцій у стаціонарах у 2017 р.,**

Останніми роками частота післяопераційної летальності в середньому по Україні становила 0,13–0,15%. У 2017 р. не зареєстрована післяопераційна летальність в стаціонарах Донецької Луганської областей, відносно низькому рівні (0,03–0,05%) утримувалися показники післяопераційної летальності у Закарпатській, Кіровоградській, Сумській, Чернігівській областях. Високі показники післяопераційної летальності у Львівській (0,19%) Одеській (0,29%), областях та м. Києві (0,27%) утримуються за рахунок операцій на серці які мають потенційно високу летальність. Потребують вивчення причини високого рівня післяопераційної летальності у Запорізькій (0,23%), Вінницькій (0,14) і Хмельницькій (0,14%) областях.

Одним з показників ефективності стаціонарної допомоги є лікарняна летальність. У 2017 р. в лікарнях України загинуло 3134 дитини у віці 0–17 років, проти 4297 у 2013 р. В цілому за аналізований період число померлих дітей у стаціонарах скоротилося на 27,1%. Найбільше число випадків смерті дітей приходилося на дітей у віці першого року життя, частка яких становила 79,38% у 2013р і 75,8% у 2017 р. Число дітей, які померли у віці до року життя, з 2013 р, скоротилося з 3411 до 2367 осіб (на 30,8%).

Зниження лікарняної летальності дітей у віці 0–17 років з 0,23% у 2013 р. до 0,2% у 2017 р. відбулося за рахунок зниження її у більшості регіонів, за виключенням Закарпатської, Кіровоградської, Луганської, Черкаської і Чернівецької областей, де зафіксована підйомна тенденція цього показника. Слід зазначити, що найбільш інтенсивними темпи відбулося зниження летальності у Миколаївській області (у 2 рази) і у м. Києві (-24,24%). Інші тенденції відзначалися щодо лікарняної летальності дітей першого року життя – тенденція до зниження в цілому в Україні з 0,97% у 2013 р. до 0,96% у 2017 р. за рахунок спадної тенденції її у її лише у 11 регіонах при зростанні у 14 регіонах. Більш інтенсивними темпами зростала летальність дітей до 1-го року у Луганській (+73,17%), Черкаській (+36,51%), Кіровоградській (+35,14%) і Чернівецькій (+32,41%) областях (табл. 4.5.27).

Звичайно, така різниця показників летальності в розрізі регіонів зумовлена і якістю медичної допомоги, і частотою вибухливих пацієнтів із хворобами, яким притаманна висока летальність.

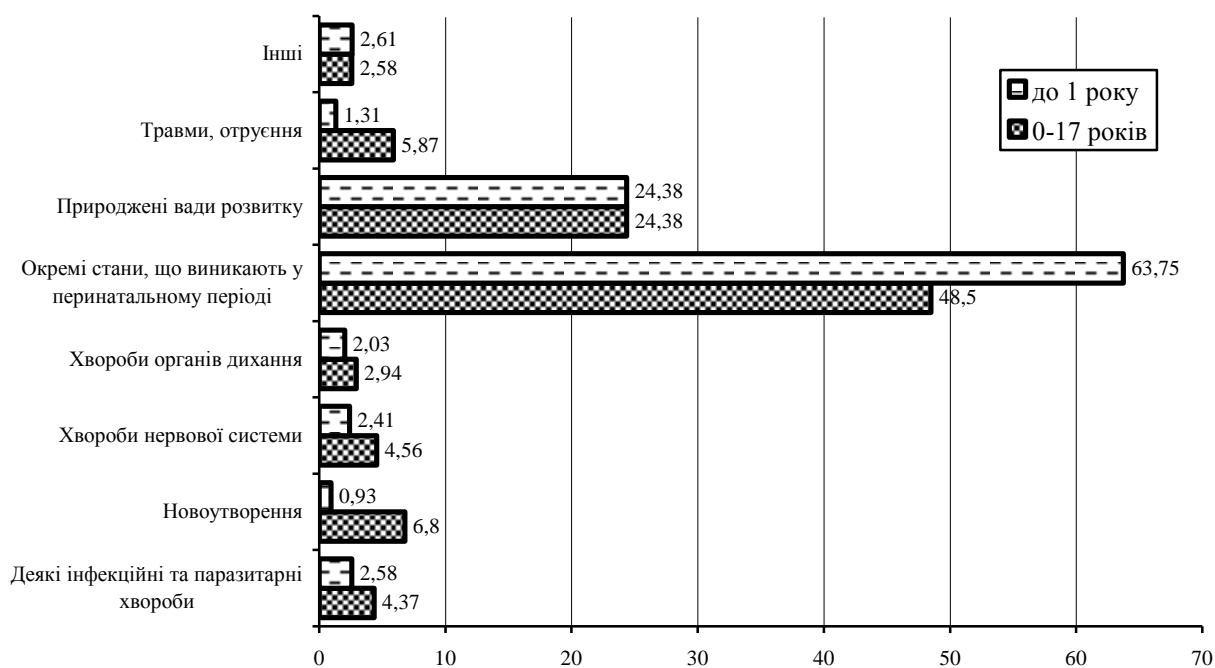
Таблиця 4.5. 27

**Характеристика госпітальної летальності дітей у 2013, 2017рр.  
(на вибухливих дітей відповідного віку)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Загальна летальність			Летальність до 1 року		
	2013р.	2017р.	2017р./2013р.,%	2013р.	2017р.	2017р./2013р.,%
<b>Україна</b>	<b>0,23</b>	<b>0,20</b>	<b>86,96</b>	<b>0,97</b>	<b>0,96</b>	<b>98,97</b>
<i>Область</i>						
Вінницька	0,20	0,16	80,00	0,83	0,73	87,95
Волинська	0,22	0,20	90,91	0,79	0,80	101,27
Дніпропетровська	0,23	0,21	91,30	1,06	1,01	95,28
Донецька	0,29	0,23	79,31	1,31	1,42	108,40
Житомирська	0,20	0,16	80,00	0,72	0,63	87,50
Закарпатська	0,34	0,35	102,94	0,92	1,10	119,57
Запорізька	0,23	0,19	82,61	0,93	0,80	86,02
Івано-Франківська	0,22	0,19	86,36	1,06	0,97	91,51
Київська	0,17	0,15	88,24	0,71	0,70	98,59
Кіровоградська	0,23	0,24	104,35	1,11	1,50	135,14
Луганська	0,19	0,22	115,79	0,82	1,42	173,17
Львівська	0,28	0,24	85,71	1,37	1,40	102,19
Миколаївська	0,20	0,10	50,00	0,89	0,50	56,18
Одеська	0,28	0,24	85,71	0,97	0,96	98,97
Полтавська	0,14	0,12	85,71	0,57	0,46	80,70
Рівненська	0,27	0,26	96,30	1,01	1,19	117,82
Сумська	0,15	0,14	93,33	0,62	0,75	120,97
Тернопільська	0,19	0,17	89,47	1,22	1,16	95,08
Харківська	0,18	0,19	105,56	0,90	1,02	113,33
Херсонська	0,25	0,19	76,00	1,09	0,90	82,57
Хмельницька	0,17	0,20	117,65	0,75	0,93	124,00
Черкаська	0,15	0,16	106,67	0,63	0,86	136,51
Чернівецька	0,23	0,26	113,04	1,08	1,43	132,41
Чернігівська	0,17	0,14	82,35	0,78	0,70	89,74
м. Київ	0,33	0,25	75,76	1,36	0,94	69,12



У 2017р. як і в попередні роки, у цілому показники летальності серед дітей віком 0–17 років у стаціонарах сформувалися за рахунок померлих від окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (48,5%), уроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних порушень (24,38%), новоутворень(6,8%), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (5,87%), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (4,37%), хвороб органів дихання (2,94), (рис.4. 5.26).



**Рис.4. 5.26 Структура летальності за основними причинами хвороб у стаціонарах серед дітей в до 1 року життя та 0-17років в Україні у 2017 рр., %**

Так як лікарняна летальність дитячого населення визначається в основному загибеллю дітей першого року життя, то перші місця в структурі летальності дітей до 1-го року також займали окремі стани перинатального періоду (63,75%) і вроджені аномалії розвитку (24,38%). На третьому місці стабільно знаходяться деякі інфекційні та паразитарні хвороби на четвертому – хвороби нервової системи (2,41%) і на п'ятому – хвороби органів дихання (2,03

Таким чином, в цілому на до госпітальному етапі вдалося забезпечити достатню доступність медичної допомоги дитячому населенню, її профілактичну спрямованість, досягти достатньо повне охоплення дітей до 3-х і 6-ти місяців грудним вигодовуванням (72,5% і 44,1%), зберегти достатнє охоплення лікуванням хворих дітей в умовах денних стаціонарів (16,43 на 1000 захворювань). Характерний також високий показник охоплення профілактичними оглядами дитячого населення всіх вікових груп (97,27-98,4%).

Стаціонарна допомога дитячому населенню України має як позитивні, так і негативні тенденції. Скорочується число госпіталізованих хворих, реєструється низький рівень використання ліжкового фонду та обсягів стаціонарної допомоги зменшується охоплення дитячого населення оперативним втручанням. Разом з цим, зниження середнього числа днів перебування дітей в стаціонарі супроводжується збільшенням обігу ліжка. Збільшується рівень госпіталізації дітей першого року життя, знижується лікарняна летальність дітей у всіх вікових групах дитячого населення.

#### **4.5.4. Діяльність будинків дитини**

Негативні наслідки стрімких соціально-економічних перетворень в останні роки, тривалі воєнні дії і пов'язана з ними трансформація моральних і етичних цінностей значної частини населення боляче відбилася на дітях у вигляді бездоглядності та соціального сирітства, які стали однією з найбільш тривожних характеристик сучасного суспільства, Курс України на європейську інтеграцію вимагає перегляду державної політики у сфері охорони дитинства, впровадження успішних підходів із світової практики захисту прав дітей, які базуються на забезпеченні прав і найкращих інтересів дитини, спрямовуються на підтримку сім'ї, створення умов для виховання та розвитку дітей у сім'ї або середовищі, максимально наближеному до сімейного.

У 1991 р. Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права дитини та визнала, що сім'я є найкращим середовищем для виховання дитини, її розвитку та становлення особистості. Серед основних засад державної політики щодо соціального захисту дітей визначено створення умов для реалізації права кожної дитини на виховання в сім'ї, забезпечення пріоритету сімейних форм влаштування дитини. Разом з тим не кожна дитина в Україні має можливість зростати в сприятливому сімейному оточенні.

Національна система інституційного догляду та виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківської піклування, включає заклади МОЗ, МОН та Міністерств молоді спорту, 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. Існуюча система інституційного догляду та виховання дітей є не лише затратною, а також неефективною та шкідливою як для самої дитини, так і для її сім'ї та суспільства в цілому. Особливо негативними є наслідки такого догляду та виховання для дітей віком до трьох років, у яких найбільше спостерігається затримка фізичного та психоемоційного розвитку,

Тому в розвинених країнах у середині ХХ століття стартував процес реформування інституційного догляду та виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківської піклування, який полягав у поступовій відмові від великих дитячих інституцій, одночасно з розвитком усиновлення, нових (як правило, сімейних) форм тимчасового влаштування дітей та послуг з підтримки вразливих сімей. На сьогодні ця модель стала загальноприйнятною для розвинених країн: абсолютна більшість сиріт виховуються в родині родичів або усиновлені, завдяки розвиненим доступним послугам у громадах стало не прийнятним віддавати дітей в інституції. Більше того, практика міжнародного усиновлення показує, що сім'ї з країн Заходу приймають до себе дітей навіть із інвалідністю й важкими ураженнями здоров'я.

Успішний міжнародний досвід і випробувані моделі функціонування системи підтримки дітей та сімей з дітьми були використані при розробці затвердженої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 р. № 526-р Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки. Метою Стратегії є зміна системи інституційного догляду та виховання дітей на систему, яка забезпечує догляд і виховання дитини в сімейному або наближеному до сімейного середовищі.

Станом на 01.01.2018 р. в системі охорони здоров'я функціонувало 38 будинків дитини на 3 342 місця, в т.ч. 34 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.

Упродовж останніх років зменшилася кількість дітей-сиріт, що може бути зумовлено значним скороченням дітей, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах (табл.4.5.28).

Таблиця 4.5.28

**Динаміка кількості і частоти дітей, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах в Україні у 2013–2017 рр.**

Рік	Народилось живими	Діти, від яких відмовились батьки	Частота на 1000 народжених живими
2013	496979	456	0,92
2014	444873	372	0,84
2015	399313	352	0,88
2016	379098	388	1,02
2017	347835	342	0,99

За період 2013–2017 рр. кількість дітей, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах при народженні скоротилась на 114 осіб, проте частота цих контингентів новонароджених залишається високою –0,92 на 1000 народжених живими у 2013 р. і 0,99 2017 р. Як і в попередні роки, у 2017р. частіше відмовлялися від новонароджених батьки в акушерських стаціонарах Донецької (2,44), Одеської (2,2), Херсонської (2,2), Дніпропетровської (1,64), Запорізької (2,03) областей (табл.4.5.29).

Таблиця 4.5.29

**Характеристика дітей, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах, 2017р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість народжених живими	Кількість дітей, від яких відмовились батьки	Частота на 1000 народжених живими
<b>Україна</b>	<b>347835</b>	<b>342</b>	<b>0,99</b>
<i>Область</i>			
Вінницька	14020	1	0,08
Волинська	12047	2	0,17
Дніпропетровська	26926	44	1,64
Донецька *	12716	31	2,44
Житомирська	11952	14	1,18
Закарпатська	14539	3	0,21
Запорізька	13841	28	2,03
Ів.-Франківська	13573	2	0,15
Київська	15125	24	1,59
Кіровоградська	7626	5	0,66
Луганська *	4033	7	1,74
Львівська	24556	5	0,21
Миколаївська	9868	7	0,71
Одеська	24631	54	2,20
Полтавська	11136	10	0,90
Рівненська	14732	1	0,07
Сумська	7978	9	1,13
Тернопільська	9261	3	0,33
Харківська	21208	15	0,71
Херсонська	9092	20	2,20
Хмельницька	11421	0	0,00
Черкаська	9552	7	0,74
Чернівецька	9384	2	0,22
Чернігівська	7625	10	1,32
м. Київ	30993	38	1,23

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 2013 р. до 38 у 2017 р., кількості місць (4438 і 3342) у них та вихованців ( 2725 і 2644 відповідно), (табл.4.5.30 )

Таблиця 4.5.30

**Діяльність будинків дитини в Україні за 2013–2016 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
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
2017	38	3342	2644	1410	37,39	33,74

Незначне збільшення кількості дітей к будинках дитини у 2017 р. в порівнянні з 2014 р. (2644 та 2265) може бути зумовлено воєнними діями на сході України.

Нині подавляюча кількість будинків дитини мають карантинні відділення та ізолятори для хворих дітей, за виключенням будинків дитини Волинської і Івано-Франківської та Луганської областей, де відсутні ліжка в ізоляторі. У 2017 р. функціонувало 290 ліжок в ізоляторах будинків дитини (8,68% від загальної кількості ліжок) та 335ліжок в карантинних відділеннях (10, 2% від загальної кількості ліжок).

Проведення заходів державної політики щодо захисту прав дітей, реалізації Конвенції ООН про права дитини сприяли забезпеченню повернення 33,74% дітей із загальної кількості вибулих до біологічних батьків, а 37,39% було усиновлено. Відомо, що в разі ефективності зазначених заходів та отримання позитивного результату реабілітації дитина отримує більший шанс на усиновлення. У більшості випадків саме здорових дітей усиновляють та беруть на утримання в прийомні сім'ї та будинки сімейного типу. Зниження питомої ваги усиновлення (з 41,04% у 2013 р. до 37,39% у 2017 р.) може бути зумовлено зменшенням дітей-сиріт та тих, що залишилися без батьківського піклування ( 1548 і 1410 відповідно).

На сьогодні відмову від усиновлення дитини спричиняють природжені вади розвитку, хвороби нервової системи та останнім часом ВІЛ-інфекція. Остання проблема потребує співпраці усіх міністерств та відомств, медичної та немедичної спільноти для забезпечення дотримання прав дитини з ВІЛ.

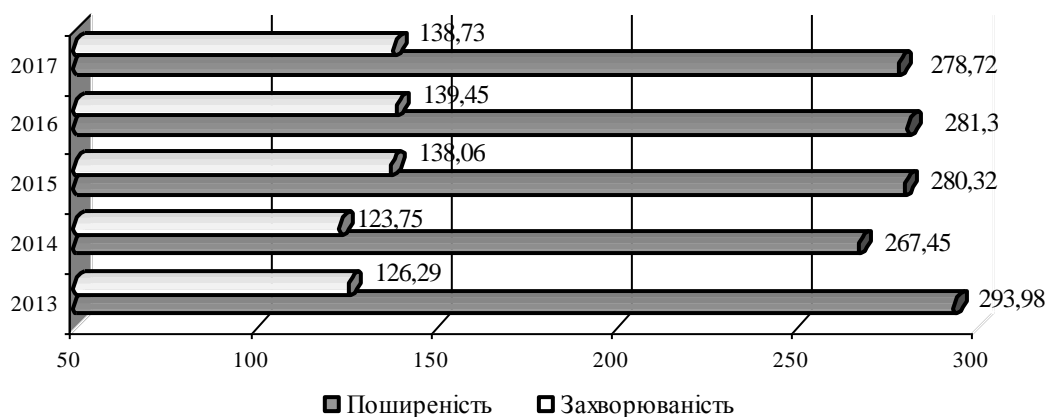
У 2017 р. у будинках дитини перебувало 75 дітей з хворобою, зумовленою ВІЛ. Найбільша кількість дітей з хворобою, зумовленою ВІЛ, зафіксована в будинках дитини Донецької, Дніпропетровської, Миколаївської, Одеської областей, і м. Києва.

Крім того, серед вихованців виявлені діти з незавершеним тестом на ВІЛ за віком, кількість яких у 2017 р. становила 83 особи, найбільша кількість яких зафіксована у будинках дитини Одеської, Херсонської та Черкаської областей.

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).



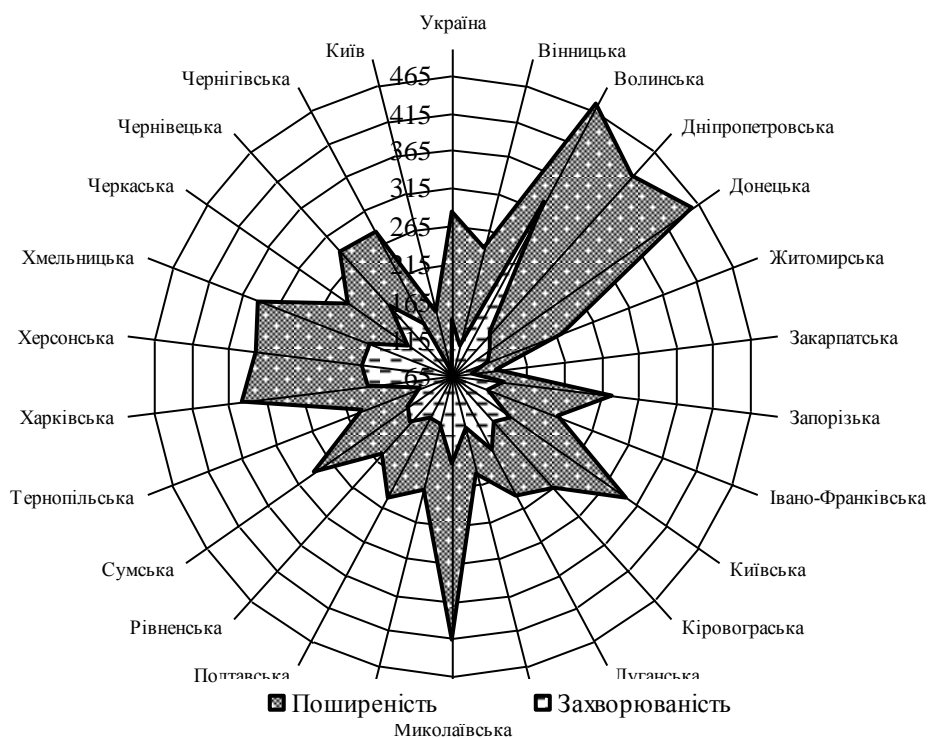
**Рис.4.5. 27. Динаміка поширеності хвороб та захворюваності вихованців будинків дитини в Україні за 2013–2017 рр. (на 100 вихованців)**

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 – 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 2016р. поширеність хвороб нервової системи вихованців будинків дитини становила 60,05 на 100вихованців і у 19,4 разу перевищила таку серед відповідної групи дітей загальної популяції, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій – 37,32 і у 11,4 разу відповідно.

Як і в попередні роки, у 2017р. відмічалися значні коливання захворюваності і поширеності хвороб вихованців будинків дитини різних регіонів (рис. 4.5.28).

Найбільш високі 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 рівень захворюваності вихованців будинків дитини в цілому в Україні вперше був нижче аналогічного показника серед відповідної групи загальної популяції дітей (1394,5 на 1000відповідного населення і 1465,4 відповідно).

Найвищі рівні поширеності хвороб у 2015 р. серед вихованців будинків дитини зареєстровано 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 2017 р. (на 100 вихованців)**

Все 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 тяжко 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 (2013 р. – 0,66%, 2016 р. – 0,0,82%, 2017р.–0,58% ). При цьому в будинках дитини Вінницької, Волинської, Івано-Франківської, Тернопільської, Чернівецької, Чернігівської упродовж останніх 5-ти років, у будинках дитини Луганської – упродовж останніх 4-х а Херсонської областей – упродовж останніх 3-х років випадки смерті вихованців не зареєстровані. Високі рівні смертності вихованців будинків дитини упродовж усіх років аналізу. зафіксовано у будинках дитини Донецької, Дніпропетровської, Полтавської областей і м. Києва (табл. 4.5.31).

Таблиця 4.5.31

**Динаміка смертності вихованців будинків дитини у 2013-2017рр, %**

Адміністративно-територіальна одиниця	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
<b>Україна</b>	<b>0,66</b>	<b>0,6</b>	<b>0,57</b>	<b>0,82</b>	<b>0,58</b>
<i>Область</i>					
Вінницька	0,00	0,47	0,00	0,00	0,00
Волинська	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Дніпропетровська	0,87	1,49	0,29	1,13	0,77

Адміністративно-територіальна одиниця	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
<i>Область</i>					
Донецька	1,16	1,39	0,00	1,85	1,87
Житомирська	0,76	0,00	0,00	0,43	1,23
Закарпатська	0,69	0,00	0,00	1,47	0,64
Запорізька	0,48	0,25	0,49	0,74	0,00
Івано-Франківська	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Київська	1,17	0,00	1,09	1,52	0,00
Кіровоградська	0,68	0,76	0,00	1,41	0,69
Луганська	0,46	0,00	0,00	0,00	0,00
Львівська	0,00	0,76	0,68	0,00	0,60
Миколаївська	0,00	0,00	0,00	0,76	0,67
Одеська	0,00	0,63	0,87	0,43	0,89
Полтавська	0,65	1,53	1,53	1,41	2,70
Рівненська	0,00	0,00	0,00	1,85	0,00
Сумська	0,59	0,00	0,00	0,70	0,60
Тернопільська	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Харківська	1,67	1,27	1,60	1,08	0,00
Херсонська	0,94	1,02	0,00	0,00	0,00
Хмельницька	1,52	0,00	1,45	0,62	0,00
Черкаська	0,73	0,73	0,83	1,48	0,00
Чернівецька	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Чернігівська	0,00	0,00	0,00	1,68	0,00
м. Київ	0,87	1,34	1,67	0,77	1,56

Таким чином, у дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, існують значні проблеми зі здоров'ям. Залишається низьким рівень здоров'я цього контингенту, особливо дітей раннього віку, значна поширеність нервових, психічних хвороб, дисгармонійного фізичного розвитку. Це спричинене у т.ч. своєчасним виявленням хронічних хвороб, поширеність яких за цей період залишається високою зокрема, природжених вад розвитку, інших тяжких 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, 11,59% визнано інвалідами. Серед вихованців будинків дитини, які мають проблеми зі здоров'ям, 60% дітей потребують ретельного обстеження, лікування, у т.ч. хірургічного, інтенсивної реабілітації.

На вирішення цих проблем спрямована затверджена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 р. № 526-р Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки.

#### **4.6. Стан функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги**

З 1 січня 2013 р. із набранням чинності Закону України «Про екстрену медичну допомогу» в Україні розпочато реформування системи екстреної медичної допомоги.

Закон визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги.

За цей період реалізовано ряд заходів, а саме:

– Кабінетом Міністрів України та Міністерством охорони здоров'я України на виконання Закону України «Про екстрену медичну допомогу» розроблено відповідну (за напрямком діяльності) нормативно-правову базу;

– створені та зареєстровані як самостійні юридичні особи Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – ЦЕМД та МК) в адміністративно-територіальних одиницях України;

– проведено передачу усього майна швидкої медичної допомоги на обласний рівень;

– змінено принципи фінансування (фінансування із державного та обласного бюджетів);

– створено національний стандарт на автомобілі швидкої медичної допомоги;

– розпочато заміну спеціалізованого санітарного транспорту;

– виділені приміщення для оперативно-диспетчерських служб;

– розроблені та затверджені схеми розташування пунктів базування бригад екстреної медичної допомоги на території кожної області;

– в адміністративно-територіальних одиницях України затверджені довгострокові плани реформування екстреної медичної допомоги.

Станом на 1 січня 2018 р. в Україні функціонує 25 ЦЕМД та МК в усіх регіонах України.

### ***Стан готовності та функціонування оперативно-диспетчерських служб системи екстреної медичної допомоги***

За досвідом останніх 5 років після прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу» очевидно, що одним із головних завдань системи екстреної медичної допомоги є створення оперативно-диспетчерської служби (далі – ОДС) ЦЕМД та МК.

Досвід регіонів, в яких створено оперативно-диспетчерську службу, переконливо доказує її переваги.

Не розпочаті (станом на 1 січня 2018 р. роботи по створенню ОДС у Житомирській, Кіровоградській, Луганській та Черкаській областях. Не виділені приміщення для розміщення ОДС в Черкаській та Луганській областях. В той же час Луганському ЦЕМД та МК запропоновано приміщення для розміщення ОДС, яке потребує процесу переоформлення, а в подальшому проведення ремонтних робіт.

Кіровоградський ЦЕМД та МК поновлює проектно-кошторисну документацію на добудову виділеного приміщення для ОДС. Відсутні кошти на повноцінний ремонт приміщень у Житомирській області. Черкаському ЦЕМД та МК виділені кошти на розробку проектно-кошторисної документації.

Працюють в штатному режимі ОДС, з підключенням фіксованого зв'язку та мобільних операторів, ЦЕМД та МК в областях: Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Херсонській та у м. Києві.

Однією з проблем, яка має місце під час впровадження ОДС, є проблема комутації фіксованого телефонного зв'язку місцевих мереж, які знаходяться у власності «УкрТелекому».



МОЗ України ініційовано розробку та введення корпоративного цифрового радіозв'язку на території України, що дасть змогу отримати незалежну диспетчеризацію засобами конвекційного зв'язку.

Станом на 01 січня 2018 р. екстрену медичну допомогу в Україні надають 2941 бригада (в 2016 р. – 2945 бригад (- 4) з них:

*лікарських загальнопрофільних* – 972, що становить 33%, (в 2016 р. – 997 (34%);

*фельдшерських* – 1850, що становить 63%, (в 2016 році – 1812 (61%);

*спеціалізованих* – 119, що становить 4%, (в 2016 році – 136 (5 %).

Діяльність системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у 2017 р. забезпечували 2706 одиниць спеціалізованого санітарного транспорту (у 2016 р. – 3118), з них:

– типу «В» – 2489 (75% від нормативу), 2016 р. – 2895 (80% від нормативу);

– типу «С» – 217 (29% від нормативу), 2016 р. – 223 (28 % від нормативу).

– Спеціалізований санітарний транспорт за терміном експлуатації розподіляється:

– до 5 років – 50% від наявних (2016 р. – 56%);

– від 5-10 років – 25% (2016 р. – 19%);

– понад 10 років – 25% (2016 р. – 23%);

– підлягають капітальному ремонту – 12% (2016 р. – 10%);

– підлягають списанню – 13% (2016 р. – 11%).

Укомплектованість бригад екстреної медичної допомоги (далі – бригад ЕМД), медичними виробами в різному обсязі.

Забезпеченість бригад ЕМД медичною апаратурою та виробами медичного призначення згідно з табелем оснащення складає:

– ЕКГ – 100% (2016 р. – 100%);

– дефібриляторами – 88% (2016 р. – 81,7%);

– комплектами дихальної апаратури – 81,3% (2016 р. – 82,4%);

– відсмоктувачами – 83% (2016 р. – 79,2 %);

– інтубаційними наборами – 42% (2016 р. – 48 %);

– комплектами вакуумних шин – 82% (2016 р. – 88%).

Кількість посад системи екстреної медичної допомоги за штатним розписом складає 51 619 (у 2016 р. – 52 102), з них:

– лікарі – 7727(14,9%), (2016 р. – 7868,75 (15%);

– молодші спеціалістів з медичною освітою – 22 220 (43%), (2016 р. – 18 759,75 (42%)), в тому числі:

– фельдшери та медичні сестри 19 319 (37%), (2016 р. – 18 760 (36%);

– молодший медичний персонал – 5796 (11%), (2016 р. – 5852 (11%);

– інший персонал – 15 875 (31%), (2016 р. – 16 458,75 (32%)), у тому числі:

– водії – 11 952 (23%), (2016 р. – 12 498 (24%).

Укомплектованість працівниками системи екстреної медичної допомоги в 2017 році складала 81% (в 2016 р. – 88,8%), з них:

– лікарі – 62,%, (2016 р. – 77%);

– молодші спеціалісти з медичною освітою – 86%, (2016 р. – 92%);

– фельдшери та медичні сестри 83,5%, (2016 р. – 92%);

– молодший медичний персонал – 84%, (2016 р. – 89%);

– інший персонал – 82%, (2016 р. – 91%);

– водії – 85%, (2016 р. – 93%).

За стажем роботи особовий склад екстреної медичної допомоги розподіляється таким чином:

Зі стажем роботи до 3 років всього 5676 осіб – 13% (в 2016 р. – 13%), в тому числі:

– лікарів – 17,2% (в 2016 р. – 17,2%);

– молодших спеціалістів з медичною освітою – 15,2% (в 2016 р. – 15,1%) від загальної кількості працівників.

Осіб пенсійного віку всього 7269 осіб – 17,4% (в 2016 р. – 16,6%), в тому числі лікарів – 30,4% (в 2016 р. – 29%).

Серед працівників закладів системи екстреної медичної допомоги мають кваліфікаційні категорії 17 137 – 71,6% (в 2016 р. – 17 271 осіб – 72,4%), з них:

– вищу категорію – 68% (в 2016 р. – 68%);

– першу категорію – 17,8 % (в 2016 р. – 18,4%);

– другу категорію – 14 % (в 2016 р. – 14%).

За результатами атестування лікарів мають кваліфікаційні категорії 3 375 осіб – 70%, (в 2016 році – 3 468 (70,6%) від загальної кількості лікарів), з них:

– вищу категорію – 63,6 % (в 2016 р. – 63%);

– першу категорію – 24,3% (в 2016 р. – 25,3%);

– другу категорію – 12% (в 2016 р. – 12%).

Категорії молодших спеціалістів з медичною освітою склали 13 762 осіб (80,3%) (в 2016р. – 13 803 (72,9%) від загальної кількості молодших спеціалістів з медичною освітою), з них:

– вищої категорії – 69,4 % (в 2016 р. – 69%);

– першої категорії – 16,2% (в 2015 р. – 16,7%);

– другої категорії – 14,4% (в 2015 р. – 14,4%).

Кількість звернень за екстреною медичною допомогою в 2017 р. склала 9465 137 (в 2016 р. – 10 091 801 – зменшення на 626 664), з них:

– 604 539 (6,4%) – відмовлених необґрунтованих викликів (в 2016 р. – 554 072 (5,5%);

– 459 828 (4,8%) – кількість осіб, яким надана допомога при амбулаторних зверненнях (в 2016 році – 554 312 (5,5%).

Характеристика виїздів бригад ЕМД за викликами наведена в табл. 4.6.1.

Таблиця 4.6.1

**Виїзди бригад ЕМД за викликами**

Найменування показника	2017 р.		2016 р.	
	Кількість (абс.)	%	Кількість (абс.)	%
Загальна кількість виїздів, у т.ч.:	8 400 770		8 983 417	
Нещасні випадки, травми та отруєння	751 053	8,9	737 276	8,2
Раптові захворювання та стани	6 329 193	75,3	6 853 318	76,3
Виїзди до хронічних хворих	313 954	3,7	293 046	3,3
Виїзди на непрофільні виклики	232 031	2,8	273 682	3,0
Позалікарняні пологи та патологія вагітності	44 686	0,5	49 574	0,6
Перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів і травм-пунктів	329 305	3,9	357 854	4,0
Безрезультатні виїзди	281 137	3,3	299 510	3,3
Технологічні виїзди	119 411	1,4	11 9157	1,3

У 2017 р. кількість виїздів бригад ЕМД на випадки, що закінчилися летально становила 126 462 – 1,3% (в 2016 р. – 136 192 – 1,5%) від загальної кількості викликів), з них:

- смерть до приїзду бригади ЕМД – 11 8045 (93%), в 2016 р. – 128 110 (94%) від кількості випадків, що закінчилися летально;

- смерть у присутності бригад ЕМД – 8417 (7%), в 2016р. – 8082 (6%) від кількості випадків, що закінчилися летально.

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 бригади ЕМД у 2017 р. за часом склав:

- до 10 хвилин з моменту звернення – 90% (2016 р. – 91,6%);

- до 20 хвилин з моменту звернення – 85,2% (2016 р. – 88,8%).

- За причинами (обставинами) виїзди розподілились:

- перше місце займають виїзди на раптові захворювання та стани – 75,3% (в 2016 р. – 76,3%);

- друге місце – нещасні випадки, травми та отруєння – 8,9% (в 2016 році – 8,2%);

- третє місце – перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів та травм пунктів – 3,9% (в 2016 р. – 4%).

### ***Особливості надання екстреної медичної допомоги в луганській та донецькій областях***

#### *Луганська область*

Загальна чисельність населення Луганської області, за даними Головного управління статистики у Луганській області і Департаменту соціального захисту ЛОДА, у 2017 р. складала 994 283 осіб (у 2016 р. – 977 284 осіб). Кількість внутрішніх переселенців, за даними Департаменту соціального захисту населення становить 296 284 осіб (у 2016 р. – 250 481 осіб), тобто збільшення кількості населення відбувається за рахунок внутрішньої міграції.

На території Луганської області працюють самостійні чотири заклади ЕМД, кожен з яких є юридичною особою, а саме:

- КЗ «Луганський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» (м. Северодонецьк);

- Луганська міська станція швидкої медичної допомоги (м. Старобільськ);

- Лисичанська комунальна лікувально-профілактична установа станція швидкої медичної допомоги (м. Лисичанськ);

- Станція швидкої медичної допомоги (м. Рубіжне).

Організаційно-штатна структура порівняно з 2016 р. не змінилась. Штатна чисельність закладів ЕМД на кінець 2017 р. становила 1106,75 посад. В мережі закладів працюють 827 фізичних осіб. Чисельність лікарів складає 42 особи. Чисельність молодших спеціалістів з медичною освітою складає 385 осіб (у 2016 р. – 376 осіб). Збільшення відбулось за рахунок прийняття молодших спеціалістів з медичною освітою після закінчення медучилищ.

Із загальної кількості лікарів (42 особи) – 13 осіб пенсійного віку (30,9%). В порівнянні з 2016 р. кількість лікарів зменшилась, та зріс відсоток осіб пенсійного віку (з

29,5% до 30,9%). Це обумовлено відсутністю молодих фахівців з лікарською спеціальністю «медицина невідкладних станів».

Кількісні показники рівня професійної кваліфікації збільшилися у всіх працівників ЕМД області за рахунок збільшення кількості передатестаційних навчальних циклів післядипломної освіти, введенню, починаючи з 2017 р., курсів спеціалізації молодших спеціалістів з медичною освітою за фахом «медицина невідкладних станів», плановій роботі атестаційних комісій Департаменту охорони здоров'я Луганської ОДА.

Загальна кількість виїздів у 2017 р. склала 157 514 (161 701 виїзд – у 2016 р.). Незначне зменшення показника на 4187 виїздів відбулося за рахунок зменшення звернень за екстреною медичною допомогою.

В структурі виїздів бригад ЕМД (за причинами, обставинами) перше місце займають виїзди у зв'язку з раптовими захворюваннями, кількість яких у 2017 р. становила 131 616, або 83,56% (132 057 виїздів, або 85,90 % – у 2016 р.).

Значна кількість виїздів – це виїзди на нещасні випадки та травми, їх у 2017 р. виконано 9785 – 6,20% від загальної кількості виїздів (9583 виїзди – 6,27% у 2016 р.) тобто показник практично не змінився.

У 2017 р. виїзди з приводу інших захворювань значно, майже в 2 рази, скоротилося:

– до хронічних хворих становили 1005, або 0,63% від загальної кількості виїздів (1934, або 1,26% у 2016 р.);

– виїзди на непрофільні виклики склали 901, або 0,57% (1991, або 1,30% у 2016 р.).

Покращення цього показника відбулося за рахунок покращення спадкоємності і наступності роботи з іншими ЗОЗ, в першу чергу – ЦПМСД.

З приводу перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів було здійснено 7534 виїзди – 4,78% від загальної кількості виїздів, із яких ургентні перевезення склали 5771 – 76,59%. У 2016 р. здійснено 7368 перевезень – 4,55%, з яких ургентні перевезення склали 5 510 – 74,78%, тобто є невелика позитивна динаміка.

Кількість звернень за швидкою медичною допомогою у 2017 р. склала 169 065, відмов через необґрунтованість – 1 632 (0,96 %). У 2016 році отримано 181 520 звернень, з них у 967 випадках (0,53%) відмовлено через необґрунтованість.

До важливих показників роботи бригад ЕМД відноситься своєчасність прибуття на місце виклику. Цей показник поліпшився в 2017 р. і склав:

– в містах до 10-ти хвилин 85,84% (79,30% у 2016 р.);

– у сільській місцевості прибуття бригад на місце до 20-ти хвилин склав 85,80% (82,80% у 2016 р.).

Питома вага виїздів, виконаних в межах нормативу транспортної доступності, склала 85,82% (81,05% – у 2016 р.) – збільшення на 4,77%.

Кількість осіб, яким надана медична допомога під час виїздів склала 151 638, з них у сільській місцевості – 60 301 або 39,76% (153 833 у 2016 р., з них у сільській місцевості – 60 862 або 39,56%), тобто практично не змінилася.

Кількість осіб, яким надана допомога при амбулаторних зверненнях склала у 2017 р. – 9919 тобто 5,86% від всіх звернень (у 2016 р. амбулаторна допомога надана – 18 852 особам (10,38% від всіх звернень)).

Кількість хворих та постраждалих доставлених до стаціонару у 2017 р. склала 33 235 осіб, або 85,2% від кількості осіб, яким надавалася екстрена допомога. У 2016 році цей показник становив 33 194 особи, або 85,70 %, тобто показник відбору на госпіталізацію практично не змінився.

Показники випадків, які завершилися летально, зменшилися в 2017 р., в тому числі зменшився показник летальності в присутності бригад. Це пов'язано з покращенням оперативних показників діяльності служби – збільшенням відсотку нормативного прибуття бригад в межах 10 (20) хвилин з моменту звернення за допомогою.

Кількість виїздів бригад ЕМД з приводу ДТП у 2017 році склала 293 (у 2016 р. – 316 виїздів). Кількість потерпілих при цих ДТП становить – 428, із яких 352 особи – 82,24% були госпіталізовані (у 2016 році кількість потерпілих осіб склала 423, із яких 316 – 74,70% були госпіталізовані). Кількість летальних випадків у 2017 лишилася незмінною (в абсолютних цифрах) – 16 випадків. При зменшенні виїздів на ДТП на 23 випадки у 2017 році, кількість потерпілих та госпіталізованих осіб збільшилось за рахунок випадків з великою кількістю постраждалих при ДТП. Так, протягом 2017 р. на автошляхах Луганської області сталося 6 ДТП, в яких постраждало 40 осіб (в 2016 р. – 2 ДТП, 16 постраждалих).

Екстрену медичну допомогу хворим та постраждалим у Луганській області в 2017 році надавали 63,5 бригад ЕМД, з них: лікарських – 11,25, фельдшерських – 52,25. Така ж кількість бригад працювала і в 2016 р. – 63,5 бригад, але, при цьому, лікарських – 13,00, фельдшерських – 50,50. Лікарські бригади надали медичну допомогу 16 586 особам (10,93%) від загальної кількості, із них у сільській місцевості – 4132 особам (6,85%). В 2016 р. лікарські бригади надали допомогу 21 279 особам (13,83%), із них 5305 – 8,71% у сільській місцевості. Зменшення питомої ваги надання медичної допомоги лікарськими бригадами на 2,90 % у 2017 році відбулося за рахунок зменшення чисельності лікарів на 2 особи, що спричинило зменшення на 1,75 кількості лікарських бригад.

Фельдшерські бригади надали медичну допомогу 135 052 особам (89,00%) із загальної кількості осіб, яким надавалася допомога, із них у сільській місцевості – 56 169 особам (93,14%). В 2016 р. фельдшерські бригади надали допомогу 132 554 особам (86,17%), з них 55 557 (91,28%) у сільській місцевості. Зростання обсягу надання медичної допомоги фельдшерськими бригадами на 2,80%, в тому числі у сільській місцевості на 1,86%, зумовлене зменшенням кількості лікарських бригад ЕМД.

Кількісні показники забезпечення бригад ЕМД медичними виробами майже не змінилися. Є досить велика кількість медичного обладнання, що відпрацювало встановлені терміни і потребує оновлення.

Керівництвом закладів ЕМД Луганської області в 2017 р. здійснювалися заходи з доукомплектування бригад ЕМД. Так, Луганська СШМД придбала кисневі концентратори, електричні відсмоктувачі, телеметричні кардіографи. КЗ «Луганський обласний ЦЕМД та МК» придбав набори ларингоскопів, електрокардіографи, вакуумні носі (матраси). Отримувалося обладнання також за кошти благодійників: комплекти дихальної апаратури, пульсоксиметри, тонометри тощо.

На станціях ЕМД відсутні автоматизовані системи управління. Основним засобом зв'язку є мобільні телефони. Зв'язок з бригадами частково здійснюється за рахунок власних мобільних телефонів працівників. Незважаючи на відносно задовільне оснащення комп'ютерною технікою, через відсутність спеціалізованого програмного забезпечення

(АСУ) для збереження та аналізу даних, інформація зберігається виключно на паперових носіях. Оперативний пошук та аналіз можливий лише з використанням ручної обробки носіїв, що звичайно є вкрай застарілим механізмом управління.

В повсякденній діяльності станції ЕМД використовують 98 автомобілів. Сучасним вимогам відповідають лише 50 автомобілів, які сертифіковані згідно з ДСТУ 7032:2009 «Автомобілі швидкої медичної допомоги та їхнє устаткування». Служба ЕМД області має 30 автомобілів типу «В» і всього 2 автомобілі типу «С». 18 автомобілів мають сертифікат типу «А<sub>2</sub>» (дооснащені). Вони частково пристосовані для використання службою ЕМД, бо мають електрокардіографи, дефібрилятори, частково – іммобілізаційне обладнання. Решту автомобілів складають не сертифіковані, частково обладнані автомобілі.

Із загальної кількості санітарних автомобілів 58 одиниць знаходяться в гаражах, 40 одиниць – на відкритих стоянках.

Незважаючи на деяке покращення оперативних показників повсякденної діяльності служби ЕМД Луганської області (територія підконтрольна Україні), як області яка межує з зоною проведення антитерористичної операції, є низка проблем, які потребують найскорішого вирішення. Це перш за все:

- організаційна структура системи ЕМД області потребує зміни шляхом злиття існуючих закладів ЕМД (станцій екстреної медичної допомоги) в єдину службу підпорядковану обласному ЦЕМД та МК;

- потребує створення потужної, єдиної оперативно-диспетчерської служби (ОДС), оснащеної сучасними технологіями і засобами зв'язку з оперативним підпорядкуванням бригад ЕМД, і виїзної консультативної служби (санітарної авіації) єдиній ОДС;

- найскоріше відновлення системи радіозв'язку як резервного каналу зв'язку для забезпечення взаємодії всіх екстрених служб в єдиному інформаційному просторі;

- вирішення питання забезпечення відповідно до нормативу (у т. ч. + 25% резерву) спеціалізованими транспортними засобами (автомобілями типу «В» – 110 одиниць, типу «С» – 10).

#### *Донецька область*

У Донецькій області під керівництвом органів місцевої влади та Департаменту охорони здоров'я продовжується робота щодо реалізації положень Закону України від 5 липня 2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу».

У рамках виконання законодавчих актів, актів КМУ, нормативно-правових актів МОЗ України в сфері служби екстреної медичної допомоги в області створено ЦЕМД та МК, як самостійний комунальний заклад охорони здоров'я – юридична особа, який зареєстровано в Єдиному державному реєстрі.

В усіх адміністративно-територіальних одиницях області, які підконтрольні Україні, визначено розташування 7 станцій швидкої медичної допомоги, як відокремлених структурних підрозділів ЦЕМД та МК (м. Волноваха, смт. Велика Новосілка, м. Краматорськ, м. Костянтинівка, м. Маріуполь, м. Мирноград і м. Слов'янськ), 25 підстанцій та 47 пунктів базування бригад ЕМД.

Служба екстреної медичної допомоги регіону в повному обсязі забезпечена лікарськими засобами, витратними матеріалами та предметами медичного призначення.

Цілодобово працюють 179 бригад ЕМД. Бригади забезпечені 203 сертифікованими автомобілями швидкої медичної допомоги (11 автомобілів категорії «А», 185 категорії «В» і 7 категорії «С») і 168 не сертифікованими. Згідно Держспоживстандарту (ДСТУ 7032:2009) забезпеченість сертифікованими автомобілями складає 0,97 автомобіля на 10 тис. населення. Бригади забезпечені необхідним медичним обладнанням.

До ЦЕМД та МК входить відділ виїзної консультативної спеціалізованої екстреної медичної допомоги.

У 2017 р. бригадами ЕМД виконано 419 830 викликів. Своєчасність прибуття бригад на виклик 88,36% у місті, 84,3% у сільській місцевості.

Мережа екстреної медичної допомоги ЦЕМД та МК представлена вищезазначеними 7 станціями ШМД, як відокремленими структурними підрозділами центру 25 підстанціями та 47 пунктами базування бригад.

У 2017 р. завершено створення єдиної автоматизованої диспетчерської служби. З огляду на фактично військове положення в області і пов'язані з цим ризики порушення комунікацій, як в цілому по області, так і в окремих районах, було вирішено єдину диспетчерську службу розташувати територіально таким чином: у місті Краматорськ створено Центральну диспетчерську. Резервна диспетчерська, яка зможе у разі необхідності взяти на себе керування розташована у місті Маріуполь. На кожній станції знаходяться робочі місця диспетчерів напрямку. Всього створено 34 цілодобових диспетчерських постів (робочих місць) – 5 у Центральній диспетчерській, 29 – диспетчерів напрямку на станціях:

Протягом 2017 р. продовжувалась робота з удосконалення системи для обробки викликів та ведення пацієнтів, моніторингу та управління автомобілями швидкої медичної допомоги на базі системи GPS, ведення бухгалтерської системи і системи обліку витрат матеріалів. Передбачено створення програмного забезпечення системи електронного документообігу та корпоративної пошти, а також управління інформаційною інфраструктурою.

У 2017 р. бригади ЕМД брала участь в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, як приклади:

– 26.03.2017 р. біля села Малинівка (траса Харків – Довжанський) сталася катастрофа гвинтокрила в якій загинуло 5 військових. На протязі 6 діб було організовано чергування однієї фельдшерської бригади підстанції ШМД м. Бахмут;

– 22.09.2017 р. біля села Новоянісоль на військових складах з боєприпасами почалась пожежа, яка привела до вибухів боєприпасів. До закінчення ліквідації наслідків пожежі та вибухів (23.10.2017р.), було організовано щоденне чергування однієї фельдшерської бригади СШМД м. Маріуполь.

У зв'язку з ліквідацією наслідків надзвичайних ситуацій всього здійснено у 2017 р. 463 виїзди, з них, пов'язаних з травмами – 415.

На транспортні аварії у 2017 р. було здійснено 1272 виїзди. Постраждала 1471 особа, загинилих 59 осіб, (2016р. – 1246 випадків, постраждало 1573, загинилих 69 осіб).

Спільно з спецпідрозділами (відповідного спрямування) міст і районів області у 2017 р., згідно з розпорядженнями органів місцевого самоврядування, проводилися сумісні навчання з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій: витоку газу з підземного газопроводу, викид хлору на місцевій водоочисній станції. Разом з лікувальними закладами та СЕС адміністративних одиниць, щорічно проводяться спільні навчання з попередження та

розповсюдження холери, в ході яких відпрацьовуються алгоритми оповіщення всіх зацікавлених відомств при виявленні осіб, підозрілих на захворювання холерою та іншими особливо небезпечними інфекціями. Відповідні схеми оповіщення та взаємодії знаходяться на підстанціях у диспетчера.

Матеріально технічне забезпечення бригад ЕМД відповідає нормам, затвердженим наказом МОЗ України від 05.02.2014 р. № 101 «Про затвердження Примірною табеля (Переліку) оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги».

У зв'язку з проведенням в регіоні антитерористичної операції відпрацьовані варіанти взаємодії бригад ШМД з надання медичної допомоги постраждалим, а також подальшого їх транспортування в лікувальні заклади.

Налагоджена тісна взаємодія з амбулаторіями Центрів ПМСД розташованих на адміністративній території обслуговування станцій. При цьому, щоденно передаються дані про хворих, які потребують активного догляду лікаря загальної практики та сімейної медицини, також передаються дані про хворих з хронічними захворюваннями і про осіб що часто звертаються за медичною допомогою до станцій ШМД.

Основними напрямками удосконалення та розвитку екстреної медичної допомоги в області є:

1. Подальший розвиток структурних підрозділів ЦЕМД та МК, а саме:

- об'єднання дрібних підстанцій з метою покращення якості надання екстреної медичної допомоги населенню;
- створення (переміщення) підстанції в районах з великою щільністю населення;
- створення нових пунктів базування бригад ЕМД з метою наближення екстреної медичної допомоги до населення.

2. Вдосконалення єдиної інформаційної мережі (єдина медична інформаційна система), бухгалтерської системи і системи обліку витрат матеріалів, програмного забезпечення системи електронного документообігу та корпоративної пошти, програмного забезпечення управління інформаційною інфраструктурою.

3. Модернізація, капітальні та поточні ремонти будівель (службових приміщень) ЦЕМД та МК, будівництво технічних приміщень в Центрі ЕМД та МК і його відокремлених підрозділах з метою поліпшення умов для роботи працівників, виконання нормативів умов зберігання медикаментів, засобів медичного призначення.

4. Оновлення автопарку спеціалізованого санітарного транспорту.

5. Постійне підвищення професійного рівня працівників служби ЕМД.

### ***Проблемні питання системи екстреної медичної допомоги в Україні та шляхи їх вирішення***

• Основні проблемні питання:

- не у всіх регіонах створені дієві оперативно-диспетчерські служби;
- різне програмне забезпечення оперативно-диспетчерських служб регіонів унеможливорює інтеграцію в єдину оперативно-диспетчерську службу України;
- низька забезпеченість та незадовільний технічний стан спеціалізованого санітарного транспорту;



- недостатня укомплектованість служби ЕМД працівниками та високий відсоток осіб пенсійного віку (17,4%);
- висока плинність кадрів із-за низького рівня оплати праці;
- незадовільний стан приміщень структурних підрозділів ЦЕМД та МК;
- відсутність сучасного радіозв'язку;
- навчально-тренувальні відділи центрів не забезпечені необхідною матеріально-технічною базою;

- Шляхи вирішення:

1. Розробити та затвердити державну цільову програму розвитку системи екстреної медичної допомоги, в якій, зокрема, передбачити:

- придбання не менше 600 санітарних автомобілів класу «В» і «С» в щорічно;
- продовження створення дієвих єдиних оперативно-диспетчерських служб;
- придбання спеціального одягу та нагрудних відеореєстраторів;
- укомплектування санітарних автомобілів GPS-трекерами;
- придбання засобів радіозв'язку;
- придбання обладнання для навчальних класів ЦЕМД, станцій ЕМД, кафедр медицини невідкладних станів для проведення симулятивного навчання (тренінгів);
- інші заходи.

2. Видатки на екстрену медичну допомогу планувати та відображати в державному бюджеті в розрахунку видатків на охорону здоров'я окремою статтею, по окремо розробленій формулі згідно нормативу забезпеченості, розрахованого з врахуванням структури видатків на екстрену медичну допомогу.

3. Переглянути та удосконалити програму підготовки лікарів та фельдшерів медицини невідкладних станів на передатестаційних циклах та курсах тематичного удосконалення.

4. Внести зміни до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», а саме, доповнити новою статтею за змістом:

- бригада екстреної медичної допомоги є одиницею системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, яка надає екстрену медичну допомогу людині, що перебуває у невідкладному стані, безпосередньо на місці події та під час перевезення такої людини до закладу охорони здоров'я;

- бригади створюються у розрахунку не менше 1,0 на десять тисяч населення.

5. Внести зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 27 березня 2013 р. № 199 «Деякі питання оплати праці медичних працівників системи екстреної медичної допомоги» за змістом:

- медичним працівникам системи екстреної медичної допомоги виплачується надбавка за особливий характер праці у розмірі 50 відсотків посадового окладу (з підвищеннями), надбавка за особливі умови праці у розмірі 50 відсотків посадового окладу (з підвищеннями), матеріальна допомога для вирішення соціально-побутових питань у розмірі одного посадового окладу на рік. Зазначені надбавки виплачуються медичним працівникам щомісяця за фактично відпрацьований час за основним місцем роботи, а також тим, що працюють за сумісництвом.

6. Внести зміни до спільного наказу Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України № 308/519 від 05.10.2005 «Про

впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» за змістом:

– Посади: старші лікарі, та фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою виїзних бригад, водії та молодші медичні сестри бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та виїзних консультативних бригад.

– Порядок виплати надбавок: з першого року до 3 років безперервної роботи – 20 відсотків, від 3 до 5 років – 40 відсотків, понад 5 років – 60 відсотків посадового окладу.

– За лікарями бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги та відділень швидкої медичної допомоги у складі лікарень, які перейшли на посади лікарів консультативно-інформаційного відділу, консультативно-телеметричного центру, навчально-тренувального відділу Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, а також за працівниками з числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, які перейшли, фельдшера консультативно-телеметричного центру, навчально-тренувального відділу, фельдшера (медичної сестри) пункту поповнення виїзних бригад зберігається надбавка за тривалість безперервної роботи у розмірах, що відповідають стажу роботи у бригадах екстреної (швидкої) медичної допомоги.

7. Посилити законодавчі заходи кримінальної відповідальності за напади на працівників системи екстреної медичної допомоги при виконанні ними службових обов'язків.

#### **4.7. Організація, стан надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні**

##### *Загальні положення*

Актуальність проблеми надання паліативної та хоспісної допомоги населенню (ПХД) суттєво зросла вже у другій половині, а особливо – наприкінці ХХ сторіччя у зв'язку із значним зростанням кількості людей, що вмирають від хронічних, важких, невиліковних хвороб. Кожен рік у світі вмирає понад 60 млн. осіб. Встановлено, що десятки мільйонів хворих людей щорічно вмирають у важких фізичних та моральних стражданнях. Зокрема, щорічно, близько п'яти мільйонів вмирають від онкологічних захворювань (раку), страждаючи від важкого больового синдрому та психічної депресії. В Україні це близько 80 тис. осіб ( у 2017 р. померло від новоутворень 78 324 особи, в тому числі 275 осіб із складу дитячого населення віком до 17 років – за даними державної служби статистики України).

У світі, починаючи з кінця ХХ ст., відбуваються глибокі демографічні та соціальні зміни, які є характерними для більшості постіндустріальних країн світу, у тому числі (в останні десятиріччя) і для України. Ці зміни полягають у постарінні населення із значним накопиченням в популяціях осіб похилого та старечого віку і пов'язаними із цим суттєвими зрушеннями в структурі захворюваності та смертності, особливо серед осіб похилого і старечого віку.

З постарінням населення збільшуються важкість та тривалість хвороб, від яких страждають особи похилого та (особливо) старечого віку і змінюється розподіл нозологічних форм захворювань, від яких люди йдуть із життя. Це вже сьогодні накладає нові складні організаційні та фінансові проблеми на всі національні системи охорони здоров'я країн, яких це стосується. Особи, старші за 70 років, вмирають від хронічних невиліковних хвороб, що

тягнуться роками, а саме: гіпертонічної хвороби, наслідків інфаркту міокарду та інсульту, злоякісних пухлин, важкої патології легеневої системи, цукрового діабету, дегенеративних уражень головного мозку, і супроводжуються (тільки із суто медичної точки зору) як важкими фізичними і психологічними стражданнями самих пацієнтів, так і, в багатьох випадках, психологічними порушеннями, аж до розвитку виражених депресивних станів членів їх родин.

За оцінками міжнародних експертів, з приблизно 150 000 осіб що вмирають у світі щоденно, близько двох третин, тобто близько 100 000 осіб кожен день, вмирають від хвороб, зв'язаних із старінням, у першу чергу – серцево-судинних та онкологічних захворювань. У промислово розвинених країнах ця частка досягає 90 %. Згідно з прогнозами експертів Європейського регіонального бюро ВООЗ на 2020 рік, ранжовані причини смерті будуть розподілятися наступним чином: ішемічна хвороба серця – 1 (прогнозоване місце в ранжованому переліку); порушення мозкового кровообігу, включаючи інсульти – 2; хронічні обструктивні захворювання легень – 3; інфекції нижніх дихальних шляхів – 4; рак легенів, трахеї та бронхів – 5. На думку експертів ВООЗ, 60 % осіб старше 60 років, що потерпають на невиліковні хвороби, потребують високоспеціалізованої, професійної паліативної допомоги.

Окремим, соціально важливим сегментом паліативної та хоспісної медицини, що потребує на початку XXI ст. все більших фінансових, організаційних та інтелектуальних ресурсів, є медична та соціальна допомога хворим на пізніх стадіях ВІЛ/СНІДу.

Особливостями медико-демографічної ситуації в Україні протягом останніх десятиліть є швидке постаріння населення, високий рівень захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень і тяжких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань, значне поширення захворюваності на хвороби зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ/СНІД), туберкульоз і ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, вірусні гепатити В і С, інш. Це зумовлює високий рівень смертності в Україні.

У 2017 р. в Україні померло (за даними Державної служби статистики України) 574 тис. 123 особи, із них у віці 70 років і старше 349 094 особи (60,8%). Як і раніше, перші п'ять місць в ієрархії причин смерті займають: хвороби системи кровообігу, новоутворення, зовнішні причини смерті, хвороби органів травлення, хвороби органів дихання. Дані щодо кількості померлих від різних причин, включаючи найбільш поширені та соціально значимі захворювання наведено в табл. 4.7.1.

Таблиця 4.7.1.

**Кількість померлих в Україні за причинами смерті у 2017 р.  
(за даними Державної статистичної служби України)**

Найменування показників	2017 р.	
	абс. число (тис. осіб)	%, від заг. кількості померлих
Чисельність населення (усього)	42584,5	
Померло за рік (від усіх причин), в т.ч.:	574,12	100,00
за причинами окремих соціально-значущих класів (нозологічних форм) хвороб, а саме:		
хвороби системи кровообігу	384,81	60,03
новоутворення	78,32	13,64
хвороби органів травлення	21,99	3,83
хвороби органів дихання	12,17	2,12
туберкульоз	3,74	0,65
ВІЛ-інфекція/СНІД	3,77	0,66
Крім того, від зовнішніх причин смертності	31,19	5,43

Тенденція швидкого постаріння населення України, яка має місце в останнє десятиліття, зумовлює високий рівень захворюваності на соціально значущі хвороби. Понад 6 млн громадян України мають вік 65 років і старше. У значній частині літніх людей суттєво знижується якість життя – вони страждають через хронічний невгамований біль, тяжкі порушення функцій органів і систем унаслідок ускладнення 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.

Постаріння населення є одним із вагомих чинників, що зумовлює зростання потреби у ПХД.

Наступним чинником, що зумовлює потребу населення у ПХД, є те, що велика кількість хворих онкологічного профілю перебувають на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я через захворювання на злоякісні новоутворення. На кінець 2017 р. кількість таких хворих в Україні становила 1004,9 тис осіб, серед яких 6,0 тис. дітей у віці до 17 років (за даними Центру медичної статистики МОЗ України).

Лікування та догляд за пацієнтами, які потребують ПХД, – це одна із найактуальніших проблем сьогодення. Відповідно до сучасних міжнародних підходів, цілеспрямованих резолюцій і концептуальних підходів ВООЗ паліативна медицина має бути невідомою, інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної опіки і входить в структуру національних систем охорони здоров'я.

### ***Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні***

З перших днів отримання Україною незалежності перед державою постали важливі та нелегкі питання практичного впровадження в медико-соціальну роботу ПХД, оскільки в країні діяла застаріла пострадянська модель опікування людей похилого та старечого віку і невиліковних хворих.

Вагомий внесок в побудову, розвиток ПХД внесли авторитетні організатори охорони здоров'я, вчені, такі як В.М. Князевич (міністр охорони здоров'я України 2007–2010 рр.), Ю.В. Вороненко (ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика), Ю.І.Губський (завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика) та ряд інших. В.М. Князевич був першим із міністрів охорони здоров'я України, який вказав на розвиток ПХД в Україні, як один із пріоритетів діяльності на цій посаді.

Законодавчою базою для розвитку системи ПХД населенню в нашій державі є насамперед Конституція України і Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ від 19.11.1992 р. (зі змінами і доповненнями).

У 2011 році вперше за роки незалежності нашої держави в Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я України щодо вдосконалення надання медичної допомоги» № 3611-VI від 07.07.2011 р. у розділі V (стаття 35-4) якого паліативну допомогу визначено як окремий вид медичної допомоги на рівні з екстреною, первинною, вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою) та медичною реабілітацією.

В Законі 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 закладу охорони здоров'я, 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 у сфері охорони здоров'я.»

Нинішній стан організації надання ПХД в Україні через ряд всім відомих об'єктивних і суб'єктивних чинників залишається незадовільним. В той же час МОЗ України, останніми роками, приділяє увагу питанням розвитку системи ПХД. Починаючи практично з 2009 р., розроблені та введені в дію ряд наказів МОЗ України, які певною мірою (комплексно) врегульовують питання організації надання ПХД. Слід окремо зазначити про наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», який зареєстрований в Міністерстві юстиції України 7 лютого 2013 р. за № 229/22761. Цей нормативно-правовий акт певною мірою забезпечує юридично-правовий супровід організації надання паліативної допомоги. Наказом, зокрема, затверджено Порядок надання паліативної допомоги та Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги.

Україна, ставши на шлях інтеграції у Європейське співтовариство, повинна в умовах реформування національної системи охорони здоров'я враховувати досвід розвинутих країн включаючи при цьому вимоги міжнародних нормативно-правових документів в частині, що стосується становлення та розвитку ПХД. При цьому слід зазначити, що сучасна європейська модель ПХД – це високоспеціалізована складова охорони здоров'я і потребує висококваліфікованих кадрів зі спеціальною професійною підготовкою, високотехнологічного обладнання та сучасних вискоефективних лікарських засобів і відповідного фінансування.

З метою створення сучасної вітчизняної системи ПХД за європейськими стандартами МОЗ України в 2016 р. розроблений проект «Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року» та відповідний план заходів щодо її реалізації (далі – Стратегія).

Цим документом передбачається створення соціально-медичних центрів, які будуть надавати комплекс послуг паліативним пацієнтам та членам їх родин.

Відомо, що в Україні зростає потреба у наданні якісної паліативної допомоги. Кількість населення, що її потребує, складає понад 600 тисяч пацієнтів щорічно, члени їх родин також потребують супроводу та підтримки. За підрахунками авторів Стратегії щорічно, понад 1,5 млн населення потребують паліативної допомоги.

Станом на початок 2017 р. в Україні функціонувало 2 центри, 7 хоспісів та понад 60 самостійних відділень паліативної допомоги, що забезпечує доступ до 1500 стаціонарних паліативних ліжок. Крім того, функціонує 7 виїзних служб надання паліативної допомоги вдома для дорослих та дітей. Та за оцінками експертів, потреба у паліативній допомозі в Україні задоволена лише на 15%.

Стратегія передбачає системне врегулювання організаційних основ надання паліативної допомоги, зокрема, розробку правових та організаційних механізмів, що сприятимуть ефективній діяльності сфери охорони здоров'я в цьому напрямку.

Стратегія також передбачає розвиток кадрових ресурсів для роботи стаціонарних і виїзних служб паліативної допомоги, створення системи мотивації та заохочення для залучення кадрів, які надають паліативну допомогу, проведення наукових досліджень щодо нозологічних, соціальних, психологічних та інших особливостей паліативного стану дітей та внесення відповідних змін у чинні медичні стандарти і клінічні протоколи, розробку нових медичних стандартів і клінічних протоколів.

Громадське обговорення проекту розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року» триває.

Планом заходів з реалізації Стратегії передбачалось підготовка та подання у 2018 р. на розгляд Кабінету міністрів України проекту Закону України «Про паліативну допомогу».

Окрім того, планом передбачається створення дієвого механізму залучення громадськості до надання паліативної допомоги і, зокрема, ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги». Але, на жаль, до цього часу Стратегія Урядом не схвалена.

Слід зазначити, що важливу роль в формуванні і реалізації державних заходів, які стосуються медико-соціальної сфери українського суспільства на сучасному етапі реформ відіграють громадські організації.

В Україні у грудні 2010 р. створена ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» (далі – Ліга). Головою правління Ліги є В.М. Князевич. Основна мета діяльності Ліги – це всебічне сприяння розвитку ПХД в Україні. На сьогодні до складу Ліги входить 24 обласні організації та одна в м. Києві. Наприкінці грудня 2017 р. відбулося підсумкове засідання Ліги. У жовтні 2018 р. планується проведення III-го Національного конгресу з паліативної допомоги. За інформацією голови правління Ліги В.М. Князевича на конгресі планується поглиблено проаналізувати стан справ з надання ПХД та окреслити конкретні завдання як для державних інституцій, так і для громадянського суспільства. До участі в конгресі запрошуються представники МОЗ України, Мінсоцполітики, НАМН України, НМАПО ім. П.Л. Шупика, а також міжнародні експерти та громадські організації, що опікуються питаннями паліативної та хоспісної допомоги.

Фахівцями ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» в квітні – травні 2018 року опрацьовані інформаційно-довідкові матеріали, які надійшли від органів управління охорони здоров'я обласних та м. Києва державних адміністрацій і відображають стан справ з надання ПХД на регіональному та місцевому рівнях.

Відповідна коротка характеристика стану справ із зазначеного напрямку в ряді окремих регіонів наводиться нижче.

### ***Місто Київ***

На сьогодні питання створення у місті Києві сучасної, доступної та ефективної служби ПХД є надзвичайно актуальним. Ситуація, що склалася в Україні, та безпосередньо в м. Києві, характеризуються постарінням населення, постійним зростанням кількості пацієнтів (дорослих і дітей), що страждають на тяжкі невиліковні хвороби з обмеженим прогнозом життя – онкологічні, серцево-судинні, нейропсихічні захворювання, включаючи хворобу Альцгеймера та інші нейродегенеративні хвороби, травматичні і дегенеративні ураження головного і спинного мозку, периферичної нервової системи і опорно-рухового апарату, СНІД і туберкульоз, і пов'язані з цим хронічний больовий синдром та інші важкі розлади життєдіяльності.

В місті Києві функціонують чотири відділення для надання спеціалізованої ПХД хворим:

- паліативне відділення на 30 ліжок Київської міської клінічної лікарні № 2;
- хоспісне відділення на 70 ліжок Київської міської клінічної лікарні № 10;
- хоспісне відділення на 20 ліжок Київського міського клінічного госпіталю ветеранів війни;
- відділення паліативної медицини на 25 ліжок Київського міського клінічного онкологічного центру з патронажною службою.

На базі дитячого відділення Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні планується створити Центр паліативної допомоги дітям м. Києва на 10 ліжок, за умови виділення коштів у сумі 45 млн грн з врахуванням проектної документації, що є першим етапом початку діяльності Центру паліативної допомоги дітям м. Києва. З 1 червня 2017 р. на базі зазначеної лікарні відкрито амбулаторну мобільну бригаду для забезпечення паліативних послуг дітям вдома. На обліку перебувало 33 сім'ї, здійснено 62 виїзди.

З метою наближення медичної допомоги до мешканців міста Києва розпочато роботу амбулаторної мобільної бригади паліативної допомоги в Подільському районі столиці (здійснено 193 виїзди).

Департаментом охорони здоров'я видано наказ від 25.10.2017 № 606 «Про організаційні заходи щодо надання паліативної допомоги в м. Києві», відповідно до якого визначені завдання щодо організації надання паліативної допомоги на рівні амбулаторних закладів охорони здоров'я, а саме:

- визначення відповідальної особи за організацію зазначеного напрямку роботи та взаємодію з територіальними центрами соціального захисту м. Києва при наданні паліативної допомоги пацієнтам;
- забезпечення роботи амбулаторної служби щодо відбору і направлення пацієнтів до відділень паліативної допомоги;
- забезпечення створення та належного ведення електронних реєстрів пацієнтів, що потребують паліативної допомоги;
- забезпечення пацієнтів, які потребують знеболення, рецептами на придбання відповідних знеболюючих препаратів.

На засіданнях підготовчої групи з розробки проекту Програми розвитку паліативної допомоги в м. Києві за участю представників Департаменту охорони здоров'я, Департаменту соціальної політики, Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини та благодійного фонду «Епіона.Укр» 7 вересня, 4 жовтня, 3 листопада та 8 грудня 2017 р. розглядалися низка питань, серед яких: шляхи та порядок взаємодії між соціальною службою та закладами охорони здоров'я міста Києва при наданні паліативної допомоги пацієнтам, питання перейменування існуючих хоспісних відділень закладів охорони здоров'я у відділення паліативної допомоги, можливість створення та введення в дію виїзних мобільних бригад на базі відділень паліативної допомоги, можливість перепрофілювання ліжок у спеціалізованих закладах охорони здоров'я для надання паліативної допомоги профільним пацієнтам (ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, хворим, які потребують

психіатричної допомоги), організація роботи амбулаторної служби щодо відбору та направлення пацієнтів до відділень паліативної допомоги.

Видано спільний наказ Департаменту соціальної політики та Департаменту охорони здоров'я від 20.11.2017 № 350/716 «Про організаційні заходи щодо взаємодії закладів охорони здоров'я та соціального захисту територіальної громади міста Києва при наданні паліативної допомоги».

У 2017 р. Департаментом охорони здоров'я спільно з представниками КП «Фармація» були організовані та проведені навчання лікарів первинної ланки щодо виписки рецептів на наркотичні засоби з метою безперебійного забезпечення ними хворих, які потребують знеболення. У січні 2018 року Департаментом охорони здоров'я проведено підсумковий аналіз отриманої від Центрів первинної медико-санітарної допомоги інформації щодо ведення відповідної первинної облікової документації.

Протягом 2017 р. Департаментом охорони здоров'я проведено закупівлю памперсів на суму 4 491 556,8 грн з метою забезпечення паліативних хворих.

У 2017 р. було проведено капітальний ремонт санітарних кімнат 1 та II поверху хоспісного відділення Київської міської клінічної лікарні № 10 на загальну суму 290 тис. грн, проведені поточні ремонти трьох палат.

Перспективою розвитку відділень паліативної допомоги є орієнтація на створення виїзних мультидисциплінарних бригад для надання допомоги паліативним хворим поза межами відділень та визначення необхідності стаціонарного перебування.

16.01.2018 Департаментом охорони здоров'я проведено спільну з кафедрою паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика нараду за участю Міжнародного фонду «Відродження» з головними лікарями та їх заступниками з медичної та економічної частини закладів охорони здоров'я, які мають в своїй структурі відділення паліативної допомоги та які планують їх створити. Під час засідання розглядалися методичні підходи до організації надання в стаціонарних умовах паліативної допомоги населенню м. Києва, а також основні положення будівельних норм і вимог до проектування будівель і приміщень, в яких будуть розташовані паліативні відділення (ДБН В.2.2-9-99), з урахуванням при цьому досвіду Європейських країн та вітчизняного.

29.01.2018 проведено спільну з фахівцями кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика та Міжнародного фонду «Відродження» нараду з керівниками Комунальних некомерційних підприємств «Центр первинної медико-санітарної допомоги» (далі – КНП «ЦПМСД»), Амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (далі – АЗПСМ), їх заступниками з медичних питань, та особами, визначеними відповідальними за надання паліативної допомоги населенню і особами, які підписують спеціальні рецептурні бланки форми Ф-3 на опіодні анальгетики, на якій було проаналізовано стан організації роботи з надання паліативної допомоги населенню (в тому числі пацієнтам з хронічним больовим синдромом) із відпрацюванням низки документів. На нараді було роз'яснено порядок виписування спеціальних рецептурних бланків форми Ф-3, правильність їх заповнення та підпису.

З метою удосконалення організації надання паліативної допомоги населенню м. Києва, в тому числі пацієнтам з хронічним больовим синдромом та відповідно до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», від 25.04.2012 № 311 «Про затвердження та впровадження медико-



технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі» Департаментом охорони здоров'я видано наказ від 02.02.2018 № 104 «Про удосконалення організації надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом», на виконання якого керівникам КНП «ЦПМСД» та АЗП-СМ надано наступні доручення:

- розробити, затвердити наказом та впровадити у підпорядкованих закладах охорони здоров'я Локальний протокол (Маршрут пацієнта) надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом з врахуванням вимог та положень законодавства щодо зазначеного питання;

- забезпечити проведення з лікарями навчання з прийняттям заліків щодо надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом відповідно до Локального протоколу (Маршруту пацієнта) надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом;

- забезпечити надання лікарями підпорядкованих закладів охорони здоров'я якісної, своєчасної медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом, відповідно до Локального протоколу (Маршруту пацієнта) надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом;

- визначити наказом по закладу охорони здоров'я осіб, відповідальних за облік, обрахування потреби, знищення (недійсних) спеціальних рецептурних бланків форми Ф-3 на опіоїдні аналгетики та їх підписання;

- забезпечити видачу рецептів спеціальних рецептурних бланків форми Ф-3 на опіоїдні аналгетики та їх підписання безпосередньо в АЗПМСМ, якщо останні віддалені від КНП «ЦПМСД»;

- заключити угоди з аптеками, які безкоштовно відпускають опіоїдні аналгетики за спеціальними рецептурними бланками форми Ф-3;

- забезпечити проведення розрахунку потреби знеболюючих препаратів для паліативних пацієнтів та пацієнтів з хронічним больовим синдромом на 2018 рік.

Перспективою розвитку відділень паліативної допомоги на 2018 рік являється орієнтація на створення виїзних мультидисциплінарних бригад для надання допомоги паліативним хворим поза межами відділень та визначення необхідності стаціонарного перебування.

Обсяг коштів, затверджений Міською цільовою програмою «Здоров'я киян» на 2017–2019 роки» відповідно до рішення Київської міської ради від 22.12.2016 № 3781/1785 (із змінами рішенням Київської міської ради від 28.11.2017 № 552/3559) на виконання заходів розділу ІХ «Хоспісна та паліативна допомога» у 2018 році становить 8,18 млн грн. Бюджетом м. Києва на 2018 рік передбачено 5,0 млн грн на придбання засобів догляду за важкохворими на амбулаторному етапі та під час їх перебування в діючих хоспісах та паліативних відділеннях.

У 2018 р. передбачено кошти для проведення капітального ремонту відділення паліативної допомоги в Київській міській клінічній лікарні № 2 в сумі 4 000,0 тис. грн та в Київській міській клінічній лікарні № 10 – 5 200,0 тис. грн.

Вказані об'єкти включено до проекту розпорядження про затвердження адресного переліку об'єктів для виконання робіт з капітального ремонту в межах бюджетних

призначень на 2018 р., що встановлені Департаменту охорони здоров'я виконавчим органом Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). Наразі проект розпорядження перебуває на погодженні в структурних підрозділах Київської міської державної адміністрації. Відповідно до проекту зазначеного розпорядження у 2018 р. передбачено кошти на проведення капітального ремонту приміщень для створення відділення паліативної допомоги на 15 ліжок в Київській міській клінічній лікарні № 6 в сумі 2 308,0 тис. грн та для створення відділення паліативної допомоги на 10 ліжок в Київській міській клінічній лікарні № 18 в сумі 7 400,3 тис. грн.

В той же час для покращення показників, що характеризують здоров'я населення столиці, в місті забезпечено реалізацію міських цільових галузевих програм: Програми «Здоров'я киян» на 2017–2019 роки» (рішення від 22.12.2016 № 781/1785), Програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017 – 2021 роки (рішення від 08.12.2017 № 537/1541), Програми протидії ВІЛ-інфекції на 2017– 2021 роки» (рішення від 08.12.2016 № 538/1542). В означених нормативних документах відображений і ряд заходів що стосується ПХД.

Слід зазначити, що в столиці нашої держави м. Києві органи місцевого самоврядування, медична спільнота та громадські організації здійснюють на належному рівні діяльність, яка спрямована на удосконалення та розвиток системи організації надання ПХД населенню міста.

### ***Івано-Франківська область***

Івано-Франківська область є однією з піонерів та лідерів паліативної служби в Україні. В області поступово створюється цілісна система надання паліативної допомоги дорослим та дітям.

Основним лікувальним та організаційним центром є Обласний клінічний центр паліативної допомоги, м. Івано-Франківськ, (далі – ОКЦПД) зі стаціонаром на 30 ліжок. У жовтні 2017 р. відзначено 20-річчя з дня його створення.

На базі ОКЦПД функціонує навчально-методичний центр (поза штатним розкладом), який тісно співпрацює з Івано-Франківським Національним медичним університетом та базовим Медичним коледжем.

ОКЦПД, окрім надання спеціалізованої стаціонарної допомоги інкурабельним хворим, здійснює організаційно-методичну координацію ПХД в регіоні на всіх рівнях медичного забезпечення, а також здійснює навчання медичних працівників з питань організації і надання паліативної допомоги.

В області створений перший в Україні дитячий паліативний стаціонар (дитячий хоспіс) – паліативне відділення на базі Надвірнянського будинку дитини на 15 ліжок, яке працює за різними програмами паліативної допомоги.

Всього мережа паліативних відділень та паліативних ліжок в лікувальних закладах області на кінець 2017 р. складає 135 ліжок, із них 120 – для дорослих і 15 – для дітей.

На початок 2018 р. в стаціонарному відділенні ОКЦПД надано допомогу 282 хворим. Частка сільських жителів склала близько 30%. Частка жителів м. Івано-Франківська залишається постійно високою і в 2017 р. склала 66% (це обумовлює необхідність здійснення перерозподілу бюджету).

З березня 2013 р. в області почало функціонувати виїзне консультативне відділення. Але однією із проблем забезпечення його повноцінної діяльності залишається проблема транспорту. Відділення має лише 1 автомобіль, через що створюються труднощі в організації

виїздів до пацієнтів. В даний час благодійна організація «Благодійний фонд допомоги невиліковно хворим «Мати Тереза»» вишукує можливість виділення коштів на придбання другого автомобіля для зазначеного відділення (для порівняння: Варшавський дитячий хоспіс, який працює виключно в домашніх умовах пацієнта, має 20 автомобілів).

В ході реформ, які здійснюються в регіоні на даний час, планується створення паліативних стаціонарних відділень (чи інших форм надання паліативної допомоги) у кожному з 5-ти госпітальних округів області та однієї мобільної бригади для надання допомоги дорослим та дітям вдома в кожному районі.

Незважаючи на труднощі, обумовлені як об'єктивними так і суб'єктивними факторами, керівництво Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, органи місцевого самоврядування та громадські організації певною мірою спрямовують зусилля на розвиток системи ПХД в регіоні.

На цей час в їх діяльності, зазначеного спрямування, залишаються пріоритетними напрямками, в першу чергу – це розширення можливостей існуючої мережі закладів (підрозділів) ПХД для забезпечення в ній зростаючої потреби населення; розширення (формування) мобільних бригад з надання паліативної допомоги надому; створення регіонального центру реабілітації і паліативної допомоги для дітей у м. Надвірна; продовження реалізації завдань Комплексної програми «Здоров'я населення Прикарпаття 2013–2020 рр.» в частині, що стосується розвитку системи ПХД та інших регіональних цільових програм, координатором виконання яких є Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації в частині, що стосується розвитку ПХД.

### ***Рівненська область***

З метою розвитку ПХД в Рівненській області затверджена Обласна програма розвитку паліативної та хоспісної допомоги на 2015–2020 роки (рішення Рівненської обласної ради від 12.06.2015 № 1472 «Про Обласну програму розвитку паліативної допомоги та догляду в Рівненській області на 2015–2020 роки»).

Наказами по Управлінню охорони здоров'я Рівненської облдержадміністрації призначений головний позаштатний спеціаліст з питань надання паліативної та хоспісної допомоги, затверджений склад групи експертів за напрямом «Паліативна та хоспісна допомога. Геріатрія» у складі 5 спеціалістів.

З питань надання ПХД заклади охорони здоров'я області активно співпрацюють з громадськими організаціями та благодійними фондами. 27.04.2017 представники міських та обласних лікувально-профілактичних закладів взяли участь в інформаційній кампанії «Знімай Рожеві Окуляри», організованої за підтримки МФ «Відродження» в партнерстві з БО «Мережа 100% життя Рівне», МБФ «Соборність», БФ допомоги невиліковним хворим «Мати Тереза», ГО «Українські правові ініціативи». В ході кампанії обговорювалися права паліативних хворих на адекватне знеболення, а також проведений семінар для медичних працівників щодо правових аспектів паліативної допомоги.

17.05.2017 в Рівненській області відбувся конкурс на залучення бюджетних коштів (60,0 тис.грн.) для надання соціальних послуг ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД.

В рамках місячника паліативної та хоспісної допомоги у медичних коледжах та училищах області пройшли тематичні лекції з надання ПХД на теми: «Основні принципи паліативної та хоспісної допомоги», «Функції сімейної медсестри щодо невиліковних хворих», «Хоспіс вдома» та ін.

В закладах охорони здоров'я м. Рівне працюють цілодобово 3 виїзні бригади, що забезпечують паліативним хворим адекватне знеболення протягом доби.

В області функціонує одне відділення паліативної медицини (хоспіс) ВКНЗ «Дубенського медичного коледжу» Рівненської обласної ради на 35 ліжок, де надається паліативна допомога важкохворим пацієнтам області, яка включає соціальну, медичну, психологічну та духовну складову.

Функціонування закладу здійснюється за рахунок бюджетних асигнувань та позабюджетних коштів. Бюджетне забезпечення на одного хворого у 2017 р. склало 315 грн, в тому числі 95 грн на медичне забезпечення, плюс 33 грн за рахунок позабюджетних асигнувань, в цілому – 128 грн. Відділення укомплектоване 3-ма комп'ютерами підключеними до Інтернет-мережі.

Протягом 2017 року у відділення паліативної медицини (хоспіс) поступило 67 хворих, які страждали переважно на онкопатологію, хвороби органів кровообігу, органів дихання, нервової системи (у тому числі 30 сільських жителів), з них померло – 40. Хворими проведено 9967 ліжко-днів (у тому числі сільськими жителями – 6308). Наркотичні знеболюючі препарати було призначено для 17 хворих. В 2017 р. померло на дому від онкопатології 20 хворих, 9 з яких отримували наркотичні знеболюючі препарати.

При відділенні створена виїзна служба для обслуговування мешканців м.Дубна. На обслуговуванні виїзної служби протягом року знаходилося 62 пацієнти, 66 % з них – з онкопатологією.

В області створений Відокремлений підрозділ «Рівненська обласна організація» ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» яка, станом на 25.12.2017 р. налічує 30 осіб. Протягом 2017 р. було проведено 3 засідання членів Відокремленого підрозділу, на яких розглядалися актуальні питання ПХД, в тому числі, план заходів присвячених Всесвітньому дню паліативної та хоспісної допомоги та план роботи на 2018 рік.

У вересні 2017 р. сформовано Дубенський міський осередок Відокремленого підрозділу «Рівненська обласна організація» ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», який налічує 17 осіб. Проведено збори, на яких розглянуто питання обрання керівного складу осередку, стану паліативної допомоги у м. Дубно, затвердження напрямків діяльності міського осередку та проведено 1 засідання, на якому розглянуто питання розбудови міської організації та план заходів на 2018 рік.

Робота ВП «Рівненська обласна організація» ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» у 2017 р. здійснювалась, в цілому, відповідно до затвердженого плану.

У лютому-березні 2017 р.у на базі ВКНЗ «Дубенський медичний коледж» організовано виїзний цикл тематичного удосконалення Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика за напрямом «Організація та надання паліативної та хоспісної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах» для лікарів закладів охорони здоров'я області.

Спільно з асоціацією медичних сестер в області проведено конференцію для старших та головних медичних сестер закладів охорони здоров'я області на тему «Стан та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги на Рівненщині».

Завдяки співпраці з Департаментом соціального захисту населення було проведено навчання для молодших медичних сестер КЗ «Дубенський будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів» Рівненської обласної ради за 36-годинною програмою.

Завдяки співпраці з БО «Скарбниця Надії» Рівненська обласна організація активно долучилася до заходів щодо створення дитячого хоспісу в області. Направлені звернення до депутатів Рівненської обласної ради, до Управління охорони здоров'я Рівненської облдержадміністрації. Видано відповідний наказ про створення дитячого хоспісу.

В рамках місячника ПХД було розроблено план заходів Рівненської обласної організації та здійснені наступні заходи:

- підготовлені флаєри та буклети для проведення просвітницької роботи;
- студентами-волонтерами підготовлені анкети та проведено анкетування з метою моніторингу стану обізнаності населення про ПХД;
- підготовлено прес-реліз та проведена прес-конференція із залученням представників Департаменту соціального захисту, благодійних організацій, депутатів на тему: «Проблемні питання паліативної та хоспісної допомоги в Рівненській області»;
- організовано тематичний лекторій для членів родин пацієнтів щодо проблем важкохворих та шляхів їх вирішення;
- проведено просвітницькі заходи серед населення області з метою поширення інформації про паліативну та хоспісну допомогу;
- проведено благодійну акцію «Добро починається з тебе» по збору коштів для пацієнтів Дубенського хоспісу у м. Дубно. Зібрано 4765 гривень;
- проведено благодійну виставу «Оскар та рожева пані» у Рівненському ляльковому театрі. Зібрані кошти 8460 гривень призначені для лікування онкохворої дитини Марії Шелях з смт. Володимирець;
- проведено навчальний семінар для медичних сестер «Паліативна та хоспісна допомога в закладах охорони здоров'я та соціального захисту населення»;
- проведені тематичні лекції для студентів на тему: «Основні принципи паліативної та хоспісної допомоги» та слухачів відділення післядипломної освіти на тему: «Організація паліативної та хоспісної допомоги вдома» у Рівненському базовому медичному коледжі;
- надіслано звернення до голів районних рад щодо необхідності вивчення та розгляду питань в Госпітальних радах щодо стану та перспектив покращення ПХД в госпітальних округах, які створюються.

Представники «Рівненської обласної організації» ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» прийняли активну участь у науково-практичній конференції «Практична паліативна допомога у Євразійському регіоні» та Другому Національному Форумі з дитячої паліативної допомоги а також науково-практичній конференції з міжнародною участю «Проблеми та перспективи сімейної медицини в Україні».

Протягом 2017 р. в області на відповідних циклах підвищення кваліфікації серед молодших медичних сестер пройшли тематичне удосконалення 853 особи при ВКНЗ «Дубенський медичний коледж» та на базі Рівненського базового медичного коледжу. 21 лікар ПМСД, закладів охорони здоров'я другого і третього рівнів та закладів паліативної та хоспісної допомоги пройшов тематичне удосконалення на циклі «Організація та надання

паліативної і хоспісної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах» на базі кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика.

На 2018 р. заплановано відкриття відділення паліативної допомоги на 12 ліжок у Дядьковицькій районній лікарні Рівненського району. На капітальний ремонт лікарні з районного бюджету виділено 850 тис. грн, на придбання меблів – 81 тис. грн, також отримано благодійну допомогу (функціональні ліжка) на суму 15 тис. грн.

### **Херсонська область**

Паліативна допомога хворим Херсонської області надається на всіх рівнях медичної допомоги та в КЗ «Обласна лікарня «ХОСПС».

Порядок надання паліативної допомоги визначено наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 20.03.2013 р. за № 156.

Залежно від стану пацієнта паліативна допомога надається вдома медичними працівниками первинної ланки, а також рідними хворого, які пройшли спеціальне навчання за темою: «Основи догляду за людьми, які потребують постійної сторонньої допомоги», на базі обласної лікарні «ХОСПС».

Відповідно до рішення колегії Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 08.11.2010 № 522 для визначення потреби в паліативній допомозі в міських та центральних лікарнях створений та щоквартально оновлюється реєстр паліативних хворих. На теперішній час 6000 хворих зареєстровано в реєстрі.

Спеціалізовану паліативну службу населенню області надає КЗ «Обласна лікарня «ХОСПС» обласної ради.

Госпіталізація хворих до КЗ «Обласна лікарня «ХОСПС» регламентована діючим наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 05.04.2007 № 145 «Про порядок відбору хворих на госпіталізацію до обласної лікарні «ХОСПС».

Для отримання спеціалізованої паліативної допомоги направляються пацієнти зі складними потребами, які не можуть бути адекватно вирішені на первинному рівні надання медичної допомоги.

Лікарня «ХОСПС» в плановому порядку приймає пацієнтів в термінальних стадіях онкологічних захворювань та терапевтичних хворих у стадії декомпенсації.

Стаціонар лікарні розраховано на 50 ліжок, розташований у двоповерховому будинку, має 21 палату, три сестринські пости, маніпуляційний кабінет, приймальний покій.

Основна категорія хворих, які поступають на лікування до КЗ «Обласна лікарня «ХОСПС», це хворі з хворобами системи кровообігу (до 80%), онкологічні хворі (19%).

Найбільша кількість хворих пролікованих в обласній лікарні «ХОСПС», це хворі, які мешкають в м. Херсоні (80%). Серед мешканців області найбільша кількість хворих з Білозерського, Голопристанського, Цюрупинського, Бериславського, Каховського, Скадовського районів. У 2017 р. до лікарні стали поступати хворі Іванівського, Чаплинського, Каланчацького, Новотроїцького, Високопільського районів. Низький рівень звернень та госпіталізації мешканців області до лікарні «ХОСПС» пояснюється проблемами, які виникають з транспортуванням хворих до міста Херсона (відстань до ряду населених пунктів більше 200 км, ін.).

В подальшому, з метою покращення надання ПХД населенню області, планується: відкриття відділень паліативної допомоги зі стаціонаром на 50 ліжок в кожному із 4-х госпітальних округів; створення виїзних бригад паліативної допомоги; поглиблення

співпраці медичних працівників з соціальними службами із спрямуванням на підвищення рівня доступності та якості медико-соціальної допомоги хворим та членам їх родин.

### ***Полтавська область***

На виконання рекомендацій круглих столів, проведених Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, на теми «Розвиток дитячої паліативної допомоги в Україні» (27.04.2016), «Сучасний стан надання паліативної допомоги дорослому населенню, міжнародний досвід та перспективи розвитку в Україні» (23.06.2016) та враховуючи актуальність служби ПХД в області розроблений і затверджений «План заходів Полтавської обласної державної адміністрації щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги на 2016-2020 роки» та проводиться робота щодо організації надання відповідної допомоги населенню.

Загальна кількість ліжкомісць у закладах охорони здоров'я Полтавської області для надання паліативної допомоги хворим становить 172 ліжка. Первинну паліативну допомогу надають 35 Центрів ПМСД.

В області функціонує 35 аптек Полтавського обласного комунального підприємства «Полтавафарм», які проводять ліцензовану діяльність у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. Аптеки розміщені при кожній ЦРЛ, а також в містах Полтава, Кременчук, Горішні Плавні, Лубни, що дає змогу забезпечити конституційне право кожного громадянина на медичну допомогу, неухильне виконання затверджених в установленому порядку протоколів надання медичної допомоги паліативним хворим.

Фінансування поховання осіб без постійного місця проживання та реєстрації, а також одиноких, які перебували у відділеннях паліативної допомоги, проводиться за рахунок місцевого бюджету.

З метою організації взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду щорічно проводяться засідання круглого столу з нагальних питань надання паліативної та хоспісної допомоги із залученням громадських організацій, релігійних конфесій, представників органів місцевого самоврядування.

В 2017 р. Департаментом праці та соціального захисту населення спільно з головним позаштатним спеціалістом Департаменту охорони здоров'я з паліативної та хоспісної допомоги проведений тренінг для медичних працівників області за напрямком «Догляд за паліативними хворими. Наша допомога». Також відбувся навчальний тренінг з надання допомоги паліативним пацієнтам для сімейних лікарів, волонтерів, соціальних працівників, медичних сестер, який проведений фахівцями навчально-методичного центру Івано-Франківського обласного клінічного центру паліативної допомоги, за участю психологів, представників релігійних конфесій.

В листопаді 2017 р. проведений круглий стіл «Обговорення проекту форми медичної статистичної звітності з паліативної допомоги у рамках її апробації у пілотному регіоні» сумісно з Українським центром суспільних даних та менеджером Програмної ініціативи "Громадське здоров'я", Міжнародний фонд «Відродження».

Полтавським базовим Медичним коледжем розроблені програми та проводяться курси з удосконалення та спеціалізації по циклу «Паліативна та хоспісна допомога» для молодших медичних спеціалістів та волонтерів. Проведений навчальний тренінг для працівників та волонтерів паліативного відділення Лохвицької та Миргородської центральних районних лікарень.

Щорічно проводяться спільні акції волонтерського загону «Турбота» та волонтерів громадської організації «Світло надії» «Паліативна допомога. Почни робити, що необхідно...».

У рамках реалізації розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №1013-Р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України», 05.09.2017 р. відбулися установчі збори госпітальної ради Східного госпітального округу. При формуванні перспективного плану розвитку зазначеного госпітального округу буде сформована чітка функціональна структура закладів охорони здоров'я, серед яких передбачається і заклад паліативної допомоги в м. Полтаві.

На сьогодні в області продовжуються реформи медичної галузі з метою наближення доступності та покращення якості обслуговування пацієнтів, розширення спектру надання медичних послуг населенню, в тому числі пацієнтам, які потребують ПХД, створення ефективної системи фінансування галузі на регіональному та місцевому рівнях.

### ***Висновки***

Аналіз стану справ з надання ПХД в означених адміністративно-територіальних одиницях засвідчує позитивні зрушення в організації ПХД як на регіональному так і місцевому рівнях. Це, в цілому, характерно для більшості регіонів України. В той же час продовжують мати місце проблемні питання які потребують розв'язання як на державному так і на регіональному та місцевому рівнях. Насамперед, це:

- відсутність національної програми розвитку ПХД (розроблений в 2016 р. проект «Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року» та план заходів з її реалізації до цього часу не схвалені Урядом);

- недосконалість нормативно-правової бази (численні невідповідності в нормативно-правових актах) яка б врегульовувала надання ПХД в амбулаторних умовах (вдома), в стаціонарних закладах охорони здоров'я, у тому числі у закладах та установах різної форми власності і підпорядкування, з наближенням при цьому положень нормативно-правових актів до міжнародних і європейських стандартів;

- низький рівень міжвідомчої та міжсекторальної координації заходів, взаємодії та співпраці з надання ПХД закладів охорони здоров'я і соціального захисту, як на центральному так і на місцевому рівнях (підвідомче розмежування закладів охорони здоров'я та соціального захисту ускладнює формування комплексу необхідних медичних та соціальних заходів, які передбачає ПХД);

- відсутність цілеспрямованої системи підготовки, спеціалізації та підвищення кваліфікації медичних та соціальних працівників з питань надання ПХД;

- недосконалість системи інформування громадськості з питань ПХД (лише 3% населення, в тому числі фахівців та державних службовців розуміють поняття «паліативна допомога»). Низький рівень поінформованості є причиною низької активності недержавних організацій та благодійників щодо участі в реалізації завдань ПХД, навчанні, наданні психологічної і соціальної підтримки хворим і їх рідним, та ін.

Наведені інформаційно-довідкові дані щодо стану організації ПХД як на регіональному (місцевому) рівнях так і в Україні у цілому, вищезазначені основні проблемні питання стверджують невідкладну необхідність державної підтримки удосконалення (розвитку) системи ПХД із забезпеченням при цьому адекватного фінансування на всіх рівнях її надання.



## **5. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ СКЛАДОВИХ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ ЇЇ ПОДАЛЬШОГО РЕФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ**

### **5.1. Формування організаційно-методичних основ та розвиток системи громадського здоров'я**

Збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення повноцінного життя людей є одними з найважливіших цілей світової спільноти. Недарма вони знайшли своє відображення у засадах європейської політики «Здоров'я — 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», в Європейському плані дій зі зміцнення потенціалу та поліпшення послуг системи громадського здоров'я (ЄПД) тощо.

Метою Стратегії сталого розвитку «Україна — 2020», схваленою Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5, є впровадження в Україні європейських стандартів життя та вихід України на провідні позиції у світі. Україна визнала досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення, а також реформування національної системи охорони здоров'я на засадах громадського здоров'я, які є частиною зобов'язань у рамках «Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони». Урядом України затверджений відповідний План заходів із виконання Угоди про асоціацію.

Система громадського здоров'я, згідно визначенню приведеного в Концепції розвитку системи громадського здоров'я – це комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

Мета розбудови системи громадського здоров'я в Україні полягає насамперед в переорієнтуванні від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я населення, попередження надзвичайних ситуацій, профілактика епідемій і захворювань, у скороченні несправедливості щодо здоров'я по всьому соціальному градієнту, запровадження інтегрованого підходу до розв'язання проблем громадського здоров'я з метою раціонального використання наявних людських та матеріальних ресурсів тощо, що сприятиме як зниженню рівня загальної захворюваності, інвалідності та смертності населення, зниженню рівня передчасної смертності від ХНІЗ тощо, так й збільшенню середньої тривалості життя населення України, продовження активного та працездатного віку та, як результат, зменшення економічного навантаження на бюджет охорони здоров'я.

Громадське здоров'я – це єдина система, що успішно зарекомендувала себе у всьому світі із запровадження нових ідей та інноваційних рішень для розробки стратегій у галузі охорони здоров'я, а також виявлення та вирішення проблем зі здоров'ям населення.

В Україні створення системи громадського здоров'я, яке відбувається в останні 2–3 роки, здійснюється відповідно до наступних нормативно-правових актів:

- Концепції розвитку системи громадського здоров'я (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р) (далі по тексту – Концепція);

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 2.09.2015 р. № 909-р «Питання Міністерства охорони здоров'я» ( дозволило Міністерству охорони здоров'я утворити у сфері його управління державну установу «Центр громадського здоров'я»);
- Наказ МОЗ України від 18.09.2015 р. «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я України»;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 серпня 2017 р. № 560-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я» (далі по тексту – План) тощо.

Хоча розробка таких важливих нормативно-правових документів як Концепція та План здійснювалося з врахуванням міжнародного досвіду у цій сфері, тим не менш окремі важливі нароби з цієї проблеми не знайшли своє відображення в названих документах. Так, джерела фінансування системи громадського здоров'я, що передбачаються цими документами, мають бути багатоканальними, що цілком закономірно, проте обмежуються звичними фінансовими механізмами: за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються на відповідний рік, благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством. В той же час досвід різних країн світу щодо додаткових джерел фінансування охорони здоров'я залишилися не затребуваними як, наприклад, використання з цією метою різноманітних податків: виділення частини доходів від оподаткування тютюну на цілі, пов'язані з охороною здоров'я (запроваджено у 28 країнах, ВООЗ, 2009 р.), відсоток від додаткових доходів бюджету, певний відсоток від акцизів на алкогольну і тютюнову продукцію, певний відсоток надбавки до акцизного податку на алкоголь і тютюн, спеціальні податки («солодкі», «жирні») на певні продукти харчування (наприклад, вершкове масло, молоко, сир, піцу, м'ясо, олію і оброблені харчові продукти, якщо вони містять більше 2,3 % насичених жирів, як це запровадила Данія) тощо. Показники ефективності реалізації Концепції сформульовані нечітко, не конкретно (по суті накреслені лише загальні тенденції їхнього виконання), тому будь-які позитивні результати, навіть мізерні, можуть бути зараховані як позитивні. В Концепції практично не знайшли своє втілення реалізація стратегії ВООЗ «Здоров'я через освіту» тощо. Загалом слід враховувати той факт, що акцент в ній зроблено на профілактику інфекційних захворювань, та шкідливого впливу ХНІЗ на здоров'я населення.

Як в Концепції, так і в Плані по її реалізації не передбачені з ряду заходів контрольні цифри, наприклад, щодо розвитку кадрових ресурсів в системі громадського здоров'я. Тим самим виникає ризик і загроза його невиконання або розтягування термінів на невизначений час.

Слід також зазначити, що впровадженню системи громадського здоров'я гальмує той факт, що розробка низки нормативно-правових актів, затвердження відповідних програм підготовки, окремих стратегій з питань громадського здоров'я тощо передбачених у Плані на 2018–2019 рр., але на сьогодні вони ще незатверджені. Як приклад – заплановано затвердження Комунікаційної стратегії з пріоритетних питань громадського здоров'я (I квартал 2018 р.), розробка та затвердження Порядку функціонування державної мережі лабораторій для реагування на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я не нижче другого рівня біологічної безпеки (II квартал 2018 р.), розробка та впровадження спеціалізованої програми з підвищення кваліфікації епідеміологів (2017—2018 рр.) тощо. Але до цього часу ці заходи невиконані.

Незважаючи на вище зазначене в 2016–2017 рр. зроблені перші кроки щодо розбудови системи громадського здоров'я.

Майнові комплекси лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України передано до Міністерства охорони здоров'я, проводиться їх аудит та оптимізація.

Проведено пілотування електронної інформаційної системи спостереження за захворюваннями. До впровадження проекту залучили Київську, Львівську, Одеську, Дніпропетровську області та місто Київ.

Розроблено проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення стратегії розвитку національної системи крові».

В стадії розробки знаходиться проект Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку тощо.

З 2016 р. почалося створення вертикалі управління системи громадського здоров'я.

В травні 2016 року Міністерством охорони здоров'я України було зареєстровано у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – ЦГЗ МОЗ України), на якого були покладені функції із супроводження управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, зокрема із створення та підтримки єдиної інформаційно-аналітичної системи медичної інформації, методичного керівництва лабораторною та аналітичною роботою регіональних центрів громадського здоров'я тощо. У жовтні 2016 року виконавча рада International Association of National Public Health Institutes затвердила Центр громадського здоров'я України національним членом Асоціації. Тим самим міжнародна спільнота офіційно визнала ЦГЗ МОЗ України та його входження у систему європейського світогляду з точки зору побудови нової системи громадського здоров'я в Україні – системи профілактики та запобігання захворювань.

ЦГЗ МОЗ України почав реалізацію проектів у міжнародному партнерстві, які спрямовані на посилення національних зусиль у протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу, туберкульозу тощо. Поступово налагоджується збір даних та моніторинг за інфекційними і неінфекційними захворюваннями, що дуже важливо для захисту громадського здоров'я. Без знання поточної ситуації і масштабів проблеми неможливо формувати стратегію профілактики хвороб та лікування хворих.

Майже одночасно зі створенням Центру громадського здоров'я МОЗ України на місцях почалося створення аналогічних регіональних Центрів громадського здоров'я (ЦГЗ). У жовтні 2017 р. на нараді з керівниками структурних підрозділів охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій було обговорено питання їх створення.

Регіональні ЦГЗ, як вважає МОЗ України, можуть утворюватися двома способами: об'єднанням наявних комунальних установ та створенням нової установи. Щодо основних функцій регіональних ЦГЗ рекомендувано наступне:

- епіднагляд за хворобами та оцінка стану здоров'я населення;
- виявлення пріоритетних проблем охорони здоров'я та загроз для здоров'я;
- забезпечення готовності та планування на випадок надзвичайних подій;
- профілактика захворювань;
- зміцнення здоров'я;

- планування кадрових ресурсів;
- стратегічне керівництво;
- комунікація в інтересах громадського здоров'я тощо.

Тим не менш наразі не повністю вирішеними залишаються питання щодо їхньої структури, функцій, примірного штатного розпису, індикаторів ефективності діяльності, кадрового забезпечення фахівцями тощо. Адже розробленого примірного статуту (положення) регіональних ЦГЗ, як це передбачається Планом заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я України, досі немає.

Окремі функції охорони громадського здоров'я наразі виконують різноманітні профілактичні структури закладів охорони здоров'я, насамперед, ЦЗ, відділення профілактики, кабінети здорової дитини, кабінети антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги. Однак замість того, щоб створювати вертикальну інтеграцію громадського здоров'я на різних рівнях надання медичної допомоги, мережа цих профілактичних структур за винятком кабінетів здорової дитини та відділень профілактики невпинно скорочується. Кабінети антиалкогольної пропаганди залишилися лише в деяких областях, міські центри здоров'я – лише у Дніпропетровській, Запорізькій, Одеській та Харківській областях, а обласних ЦЗ вже немає у Житомирській, Миколаївській, Сумській, Херсонській, Чернігівській областях. В той же час реалізація функцій громадського здоров'я потребує об'єднання та оптимізування всіх наявних ресурсів в регіонах.

Впровадження системи громадського здоров'я в Україні неможливо вирішити без сучасної системи підготовки фахівців із громадського здоров'я та підвищення їх кваліфікації. Тому кадрове забезпечення відповідними спеціалістами наразі є одним із пріоритетних завдань галузі охорони здоров'я.

Донедавна часу таких спеціалістів, в незначній кількості (10–15 осіб на рік), готували лише в НУ «Києво-Могилянська академія» на факультеті соціальних наук і соціальних технологій за магістерською програмою «Менеджмент організацій і адміністрування (в охороні здоров'я)». Проте останнім часом в Україні з врахуванням зарубіжного досвіду почалося вирішення цієї проблеми шляхом організації кафедр громадського здоров'я, які повинні стати постійно діючим інструментом підготовки і безперервного професійного розвитку фахівців цього напрямку. Наприклад, в Ужгородському національному університеті, НМАПО ім. П.Л. Шупика (з 1 червня 2017 р.) та в Національному університеті «Острозька академія» (у липні 2017 року створена кафедра громадського здоров'я на базі факультету політико-інформаційного менеджменту, яка здійснює підготовку фахівців за кваліфікаційно-освітнім рівнем: бакалавр за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я»). Більш того, в НМАПО ім. П.Л. Шупика планують у подальшому створити Інститут громадського здоров'я (на зразок аналогічних шкіл, які існують у структурах провідних університетів світу).

Слід врахувати, що підготовка таких спеціалістів висуває підвищені вимоги до їхніх знань, вмінь та навиків, зокрема щодо соціології, інформатики, психології, епідеміології, біоекономіки, основи права, інноваційного менеджменту, екології, основи безпеки життєдіяльності, лабораторної практики тощо. Ось тому Концепція передбачає запровадження як спеціальності, так й спеціалізації «Громадське здоров'я» для забезпечення триступеневої підготовки (бакалаврату, магістратури та доктора філософії) та безперервного професійного розвитку.

Вирішення проблеми кадрових ресурсів з громадського здоров'я потребує розробки та затвердження відповідних освітньо-кваліфікаційних характеристик, створення відповідних освітньо-професійних програм для підготовки фахівців тощо. Перший крок у вирішенні цієї кадрової проблеми вже зроблено. Постановою Кабінету Міністрів України від 1 лютого 2017 р. № 53 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266» до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затвердженому зазначеною постановою, позиція «22 Охорона здоров'я» доповнена «229.Громадське здоров'я».

Обґрунтування моделі спеціаліста у сфері громадського здоров'я в Україні повинно враховувати світовий досвід у підготовці таких фахівців.

Враховуючи, що кадри з громадського здоров'я конче необхідні зараз, в НМАПО ім. П.Л. Шупика вперше в Україні ініціювали створення циклу тематичного вдосконалення фахівців цього напрямку, який відповідає європейським стандартам, як сертифікаційна програма. Він розрахований на термін навчання від 2 тижнів до 1,5 місяця, а може бути й тривалішим. Завдання тематичного циклу – в короткий термін зорієнтувати слухачів як у колі питань, якими опікується система громадського здоров'я, так і в базових поняттях наукової складової цієї системи.

За результатами роботи більше 150 експертів громадського здоров'я в рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні», яка відбулася в Ужгороді 24-26 травня 2017 року за підтримки проекту USAID «Реформа ВЛІ послуг у дії», надані пропозиції до МОЗ України щодо налагодження системи підготовки кадрів для громадського здоров'я, а саме:

- підготувати п'ятирічний план потреби в фахівцях та обґрунтувати пропозиції до державного замовлення на обсяги підготовки фахівців для системи громадського здоров'я;
- розробити та надати до МОН України для затвердження і подальшого впровадження паспорт спеціальності «Громадське здоров'я», з одночасним збереженням спеціальності «Соціальна медицина»;
- освітній стандарт за спеціальністю «Громадське здоров'я» (з його попереднім експертним та громадським обговоренням).

Становлення системи громадського здоров'я в Україні повинно здійснюватися на основі відповідного закону, який досі не розроблений, та в подальшому (з його прийняттям) нормативно врегулює профілактичну стратегію в охороні здоров'я та забезпечить принцип пріоритетності здоров'я в усіх сферах життя. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» містить низку положень щодо охорони громадського здоров'я, які мають загальний, декларативний характер, відносно системи охорони громадського здоров'я та її функцій, і не забезпечує нормативно повною мірою розбудову сучасної системи охорони громадського здоров'я в Україні.

Крім Закону «Про громадське здоров'я» потрібна низка різних відповідних нормативно-правових актів. Відсутність до цього часу необхідної нормативно-правової бази ускладнює здійснення стратегічного управління в інтересах здоров'я, створення стійких організаційних структур з громадського здоров'я та забезпечення їх фінансування, вирішення проблеми забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами тощо. Слід також враховувати той факт, що відсутність такого закону ускладнює реалізацію одну з головних оперативних функцій громадського здоров'я – виконання інформаційно-

роз'яснювальної діяльності (адвокації) та мобілізації в інтересах здоров'я, а також внесення змін (розширення, доповнення) до профілактичної складової цільових програм, стандартів та клінічних протоколів, навчання медичних кадрів основам адвокаційно-комунікаційній діяльності тощо.

Досягнення результатів у сфері громадського здоров'я безпосередньо залежить від поінформованості та обізнаності населення. Саме тому при розбудові системи громадського здоров'я в Україні гостро стоїть питання необхідності широкої адвокації останньої серед широких верств населення. Наразі населення України, реформування охорони здоров'я яке сьогодні відбувається, його розглядає скоріше як другорядний захід. Так, за даними соціологічної служби Центру Разумкова (2017 р.), серед політичних подій в Україні, яку можна було назвати подією 2017 р., респонденти медичну реформу (1,6%) поставили лише на 8-е місце (без врахування відповіді «Важко відповісти» – 20,6%). Більш того, опитанні респонденти загалом негативно оцінили стан справ в охороні здоров'я (табл. 5.1.1).

Таблиця 5.1.1

**Як протягом року змінилося становище в охороні здоров'я України ? (% респондентів)**

Змінилося на краще		Змінилося на гірше		Не змінилося		Важко відповісти		Баланс*	
2016 грудень	2017 грудень	2016 грудень	2017 грудень	2016 грудень	2017 грудень	2016 груд.	2017 груд.	2016 груд.	2017 груд.
3,6	4,6	53,6	61,3	35,9	26,9	6,9	7,2	-50,0	-56,7

\*Різниця між варіантами відповіді «Зміни на краще» та «Зміни на гірше»

Тому комунікація у сфері охорони здоров'я повинна бути як діяльністю з двостороннього обміну інформацією, так й максимально прозорою для суспільства.

**Висновки**

Альтернативи створенню системи громадського здоров'я в Україні немає.

Розбудова системи громадського здоров'я в Україні повинна відбуватися на підставі відповідного Закону України «Про громадське здоров'я», який до цього часу не прийнятий. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» через різні недоліки не здатен повною мірою законодавчо забезпечити розбудову сучасної системи охорони громадського здоров'я в Україні. Через це можуть виникнути штучні препони до її формування.

Формування системи громадського здоров'я в Україні тільки розпочинається, джерела її фінансування обмежується звичними для країни фінансовими механізмами, міжнародний досвід щодо додаткових джерел фінансування системи громадського здоров'я залишається незатребуваним.

Вертикаль управління системою громадського здоров'я створюється з 2016 р. Тим не менш багато питань щодо структури, функцій, примірного штатного розпису, індикаторів ефективності діяльності, кадрового забезпечення фахівцями ЦГЗ МОЗ України, регіональних ЦГЗ залишаються не вирішеними до цього часу.

В Україні відчувається гострий дефіцит спеціалістів з громадського здоров'я, що потребує вирішення означеної проблеми шляхом удосконалення до- та післядипломної підготовки відповідних працівників. Перші кроки щодо вирішення цієї проблеми вже зроблено: спеціальність «229. Громадське здоров'я» затверджена постановою Кабінету

Міністрів України, почали функціонувати перші кафедри громадського здоров'я, організовані перші короткострокові цикли тематичного удосконалення для фахівців системи громадського здоров'я.

Населення України негативно оцінює стан справ в сфері охорони здоров'я, тому необхідна перманентна широка адвокація щодо розбудови громадського здоров'я.

## **5.2. 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 науково-технічних розробок за пріоритетними напрямками розвитку науки і техніки та пріоритетними тематичними напрямками наукових досліджень і науково-технічних розробок та їх практичне застосування у розрізі напрямів бюджетного фінансування*

У Україні стартувала реформа охорони здоров'я України, яка започаткована Програмою економічних реформ, закріплена законодавчо та підтверджена низкою урядових актів. Реформа здійснюється комплексно і дотична до всіх рівнів та етапів надання медичної допомоги. Важливим напрямком реформи є запровадження принципово нових сучасних механізмів фінансування закладів охорони здоров'я.

Комплексний підхід до проведення реформи охорони здоров'я потребуватиме її наукового обґрунтування, наукового прогнозування наслідків прийняття управлінських рішень та можливих ризиків, впровадження системи комунікацій на підтримку проведення реформи.

Провідні галузеві наукові установи повинні долучатися до створення наукового підґрунтя для зміни сфери охорони здоров'я. Медична наука повинна стати запорукою реформ охорони здоров'я, започаткованих в Україні, що спрямовані на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити сучасний рівень екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги всім верствам населення України.

Нова система охорони здоров'я потребує й нових лікарів — освічених, озброєних управлінськими знаннями та комунікативними навичками, залучених до міжнародного наукового й дослідницького простору. У світлі цього виклику надзвичайної важливості та актуальності набуває освіта для управлінців від медицини, побудована за високими світовими стандартами.

Необхідно продовжити адаптацію наукового та навчального процесу до європейських норм. Велика увага має бути приділена післядипломній підготовці фахівців – від резидентури до безперервного післядипломного навчання.

Ухвалена Урядом Концепція реформи фінансування започатковує поступовий (до 2020 року) 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 закладів охорони здоров'я.

Медична реформа потребуватиме комплексних структурних перетворень організації системи організації та функціонування галузевої медичної науки (академічних, галузевих

інституцій і наукових підрозділів вищої освіти), створення ефективної інноваційної системи взаємодії «наука – освіта – медична практика – інновації».

Імплементация законів України «Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про вищу освіту», внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, посилення автономізації закладів охорони здоров'я дозволить сконцентрувати ресурси і кошти на пріоритетних напрямках державного і галузевого рівня, 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 прогнозних 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 залишаються 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 2017 р. знаходилося 20 науково-дослідних установ, наукові підрозділи 14 вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів та 3 закладів післядипломної освіти.

Діяльність науково-дослідних установ та наукових підрозділів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів та закладів післядипломної освіти 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 вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти здійснюється також відповідно до законів України «Про вищу освіту» та «Про освіту».

Законом України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» напрям «науки про життя, нові технології профілактики та лікування найпоширеніших захворювань» визначений пріоритетним до 2020 року.

Законом України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні», яким визначаються правові, економічні та організаційні засади формування цілісної системи пріоритетних напрямів інноваційної діяльності, одним із стратегічних пріоритетних напрямів на 2011–2021 роки є «впровадження нових технологій та обладнання для якісного медичного обслуговування, лікування, фармацевтики».

Відповідно до законів України «Про наукову і науково-технічну діяльність», 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» та з метою формування наукової тематики на 2017 рік в 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» наказом МОЗ України від 24.11.2016 № 1277 «Про планування наукової тематики на 2017 рік» оголошувався конкурс проектів наукових досліджень і розробок у сфері клінічної та профілактичної медицини, які плануються до виконання науково-дослідними установами (далі – НДУ) і вищими медичними (фармацевтичним) навчальними закладами та закладами післядипломної освіти МОЗ України (далі – ВМНЗ) у 2017 р. за рахунок коштів Державного бюджету України. Формування тематики досліджень і розробок здійснювалося відповідно до Закону України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки».

Проекти замовлення на виконання НДР подавалися у рамках пріоритетних тематичних напрямів наукових досліджень і науково-технічних розробок на період до 2020 року, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 07.09.2011 № 942, середньострокових пріоритетних напрямів інноваційної діяльності.

Наказом МОЗ України від 14.02.2017 № 128 затверджений Перелік наукових досліджень і розробок, що виконувались у 2017 році за рахунок коштів Державного бюджету України.

У 2017 р. 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 2017 р. науковцями НДУ та ВМНЗ МОЗ України, були спрямовані на теоретичне та експериментальне вивчення патогенетичних механізмів розвитку найбільш поширених патологічних станів людини.

У 2017 р. виконувалося 26 фундаментальних наукових досліджень у сфері профілактичної та клінічної медицини, із яких 6 НДР завершено. Результати фундаментальних досліджень висвітлені у 11 монографіях, 4 підручниках, 240 наукових статтях, 185 тезах наукових медичних форумів, 3 методичних рекомендаціях, 9 інформаційних листах, отримано 713 охоронних документа на об'єкти промислової власності. Подано 19 пропозицій 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 2017 році:*

- «Морфофункціональні та цитогенетичні особливості органів і тканин при йододефіцитних станах, гіпотиреозі»;
- «Вивчити механізми розвитку кардіоміопатії при цукровому діабеті 1 типу та оптимізувати схему фармакологічної корекції»;
- «Вивчення еволюції природних вогнищ горячки Західного Нілу та інших особливо небезпечних трансмісивних емерджентних і реемерджентних інфекцій у сучасній екологічній ситуації та оптимізація епідеміологічного нагляду»;
- «Морфофункціональні особливості життєвоважливих органів при артеріальній гіпертензії у віковому аспекті та можливості фармакологічної корекції (експериментально-клінічне дослідження)»;
- «Фізіологічні основи гігієни водозабезпечення людини»;
- «Клітинно-молекулярні механізми запалення асоційованого із хронічним запаленням».

Перехідні фундаментальні дослідження присвячені вивченню клінічних, морфофункціональних, молекулярно-генетичних, метаболічних, імунологічних чинників у формуванні серцево-судинних, онкологічних, ендокринних, інфекційних захворювань, ревматоїдного артриту, уражень центральної і периферійної нервової системи тощо.

Результати ряду завершених у 2017 р. фундаментальних НДР:

- НДР *«Морфофункціональні та цитогенетичні особливості органів і тканин при йододефіцитних станах, гіпотиреозі»* (Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0114U005624).

Запропонований новий метод поєднання йододефіциту із споживанням природних струмогенів в експерименті.

Вперше за допомогою комплексу гістологічних та електронномікроскопічних методів досліджено структурні компоненти органів опорно-рухового апарату, серцево-судинної, травної, сечовидільної систем на 60 та 90 - ту доби йододефіциту.

Вперше за допомогою комплексу гістологічних та електронномікроскопічних методів досліджено структурні компоненти органів опорно-рухового апарату, серцево-судинної, травної, сечовидільної систем на 60 та 90-ту доби йододефіциту із споживанням природних струмогенів.

Вперше за допомогою комплексу гістологічних та електронномікроскопічних методів досліджено структурні компоненти органів опорно-рухового апарату, серцево-судинної, травної, сечовидільної систем на 14, 21 та 28-му доби мерказоліл-індукованого гіпотиреозу.

Вперше проведений цитогенетичний аналіз хромосомного апарату у дітей старшої вікової категорії за умов поєднання легкого йододефіциту з латентним лізодефіцитом.

На підставі результатів дослідження розроблено, обґрунтовано та апробовано моделювання йододефіцитних станів на основі базової дієти та з додаванням струмогенних речовин, а також моделювання мерказоліл – індукованого гіпотиреозу.

У процесі виконання дослідження за допомогою комплексу сучасних методів встановлено, що недостатність гормонів щитоподібної залози призводить до значного зменшення діаметру артерій та артеріол та достовірного потовщення судинної стінки в всіх досліджуваних органах. Дані гістологічного дослідження підтверджується електронномікроскопічним методом. У ендотеліоцитах спостерігаються набрякові зміни в ендотеліоцитах: ядро збільшене в розмірах, із звивистими обрисами каріолеми, просвітлення матриксу та де формацію гребенів в мітохондріях, розширення структур апарату Гольджі та гранулярній ендоплазматичній сітці. Базальна мембрана в окремих ділянках є розширеною. Описані зміни спричиняють порушення кровообігу, що призводить до гіпоксії.

Запропонований новий метод поєднання йододефіциту із споживанням природних струмогенів в експерименті наближає до реальних умов і дає можливість екстраполяції отриманих результатів на людину. За допомогою комплексу сучасних загальних і спеціальних гістологічних, цитогенетичних та субмікроскопічного методів будуть вивчені в динаміці закономірності розвитку структурних змін досліджуваних органів і тканин в умовах йододефіциту, при споживанні природних струмогенів, при індукованому гіпотиреозі.

Одержані результати вікової трансформації структурних елементів органів і тканин можуть послужити морфологічним підґрунтям у практичній медицині. Виявлені структурні

особливості та їх морфометрична оцінка можуть використовуватися в подальших наукових роботах. Отримані нові дані можуть використовуватися в ендокринології, стоматології, травматології, кардіології, гастроентерології, нефрології. Теоретичні та практичні узагальнення роботи можуть бути використані у навчальному процесі на кафедрах анатомії людини, фізіології, патологічної анатомії, ендокринології, стоматології, терапії медичних ВНЗ.

Виявлені морфофункціональні зміни слугуватимуть мотивацією дотримання принципів здорового способу життя, харчування та сприятимуть моніторингу, попередженню і ранній ідентифікації йододефіцитних станів, гіпотиреозу. Очікується зниження частоти цієї патології, і, як наслідок, її інвалідизуючих ускладнень, що становлять медико-соціальну проблему, зменшаться економічні витрати в результаті застосування своєчасних заходів корекції, лікування, а також, що вкрай важливо, профілактики.

За результатами НДР опубліковано 61 наукова праця (33 статті у фахових наукометричних базах вітчизняних та закордонних видань, 20 тезах конференцій з міжнародною участю), отримано 8 патентів на корисну модель («Спосіб гістологічної ідентифікації гладких міоцитів судинної стінки шляхом модифікації забарвлення за Маллорі», «Спосіб ранньої діагностики уражень нирок у хворих на гіпотиреоз із метаболічним синдромом», «Спосіб гістологічної ідентифікації острівців підшлункової залози шляхом модифікації забарвлення аніліновим синім-оранж», «Спосіб моделювання йододефіцитних станів з додаванням струмогенних продуктів», «Спосіб профілактики розвитку післяопераційного гіпопаратиреозу при операціях на щитоподібній залозі», «Спосіб профілактики і лікування післяопераційного гіпопаратиреозу», «Спосіб одномоментного активного мультифокального дренивання післяопераційної рани при тиреоїдектомії»), захищено 1 докторську дисертацію, 3 кандидатські дисертації подано до офіційного захисту, виконується 10 кандидатських дисертацій. Матеріали дослідження висвітлені у 2 монографіях («Патоморфологія та гістологія: атлас», «Методики морфологічних досліджень»).

Результати роботи використовуються у оновлених курсах лекцій та практичних занять на кафедрах оперативної хірургії з топографічною анатомією та нормальної анатомії Львівського національного медичного університету імені Д.Галицького, кафедри патологічної анатомії ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», кафедрі анатомії людини Харківського національного медичного університету, кафедрі анатомії Одеського національного медичного університету.

• НДР *«Морфофункціональні особливості життєвоважливих органів при артеріальній гіпертензії у віковому аспекті та можливості фармакологічної корекції (експериментально-клінічне дослідження)»* (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U000912).

За даними досліджень в експерименті та клініці проаналізовано процес ремоделювання міокарда та судин при артеріальній гіпертензії (АГ) залежно від віку. Доведено роль низькоінтенсивного запалення внаслідок оксидативного стресу як при гіпоксичних, так і геморагічних ускладненнях АГ. У експерименті визначено, що вже у молодому віці розвивається судинна (ендотеліальна) дисфункція. При виконанні НДР визначено, що при геморагічному інсульті на відміну від ішемічного ушкодження тканини

мозку відбувається переважно за механізмами некрозу і прогресує при артеріальній гіпертензії.

При виконанні НДР були виявлені механізми розвитку захворювання у віковому аспекті являють собою мішені для фармакологічної корекції, яка може бути ефективною для переривання ланцюга і профілактики артеріальної гіпертензії. Залежно від стадії судинних змін-судинна дисфункція-ремоделювання судин-гіпоксичні чи геморагічні цереброваскулярні ускладнення запропоновані різні фармакологічні напрями впливу і оцінено їх ефективність. Визначено, що при геморагічному інсульті на тлі АГ ушкодження нейронів відбувається переважно за механізмами некрозу, прогресує при артеріальній гіпертензії.

Результати проведених експериментальних та клінічних досліджень надали можливість сформулювати власну концепцію механізмів розвитку захворювання у віковому аспекті.

Морфологічні зміни в судинах міокарду та мозку щурів в онтогенезі доводять той факт, що вже у молодих щурів розвивається судинна (ендотеліальна) дисфункція, а переважання апоптозу над некрозом при гіпертензивних змінах викликають фіброз міокарду і стінки судин. Вивчення ролі активних форм кисню (АФК) в механізмах нейродегенерації при ускладненні АГ, показало, що при геморагічному інсульті на відміну від ішемічного ушкодження тканини мозку відбувається переважно за механізмами некрозу і прогресує при артеріальній гіпертензії

Виявлені механізми розвитку захворювання у віковому аспекті являють собою мішені для фармакологічної корекції, яка може бути ефективною для переривання ланцюга і профілактики артеріальної гіпертензії. Залежно від стадії судинних змін - судинна дисфункція – ремоделювання судин - гіпоксичні чи геморагічні цереброваскулярні ускладнення запропоновані різні фармакологічні напрями впливу і оцінено їх ефективність. При найтяжкому стані - геморагічному інсульті на тлі АГ ушкодження нейронів відбувається переважно за механізмами некрозу, прогресує при артеріальній гіпертензії. Найбільш ефективний вплив препаратів нейропротекторної дії BDNF, сульфату магнію, кверцетину і торасеміду при лікуванні геморагічного крововиливу у щурів з АГ виявлений лише при їх комбінованому введенні.

У ході дослідження вивчені ультраструктурні зміни серця при артеріальній гіпертензії на різних етапах онтогенезу; та ультраструктурні зміни мозку при артеріальній гіпертензії в експерименті на щурах. Встановлені критерії патоморфологічної, морфофункціональної, фізіологічної діагностики змін життєвоважливих органів при артеріальній гіпертензії в експерименті. Визначені ефективність та побічні ефекти використання антигіпертензивних препаратів при мозковому інсульті на тлі гіпертензії у щурів.

Спостереження стану підлітків в клініці, а також виконані молекулярно-генетичні дослідження дозволили виявити, який з існуючих факторів є вирішальним та найбільш небезпечним в розвитку АГ. Отримані дані надали можливість обґрунтувати нові підходи до запобігання й лікування артеріальної гіпертензії.

Глибоке вивчення психологічних характеристик, які лежать в основі поведінкових факторів дозволить розробити заходи із профілактики та корекції психологічних передумов кардіометаболічних захворювань.

Практична цінність результатів фундаментальної НДР: експериментальні та клінічні дослідження надали можливість сформулювати концепцію щодо механізмів розвитку захворювання у віковому аспекті, що дозволить у подальшому розробити адекватні схеми фармакокорекції та профілактики артеріальної гіпертензії.

Отримані дані впроваджуються у навчальний процес на кафедрах теоретичного профілю, і у лікувальний процес на клінічних кафедрах, що дає змогу покращити методи діагностики, лікування хворих та знання студентів.

Результати НДР впроваджено в діяльність Дитячої клінічної лікарні №6 м. Києва (оцінка тяжкості порушень мозкової гемодинаміки у підлітків із підвищеним артеріальним тиском у віковому аспекті, оцінки тяжкості перебігу артеріальної гіпертензії у підлітків за рівнем середньодобового пульсового артеріального тиску).

Отримані дані увійшли в роботу розробки нормативних документів МОЗ України: Настанова надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги Державного експертного центру «Дефіцит мієлопероксидази фагоцитів», «Герпетична інфекція». Матеріали НДР увійшли у монографію «Розлади спектру аутизму у дітей с дефіцитом фолатного циклу».

За результатами виконаної НДР опубліковано 35 статей у журналах, що входять до наукометричних баз даних та переліку фахових видань, підготовлені до друку методичні рекомендації «Методи діагностики та корекції судинної жорсткості при артеріальній гіпертензії».

Отримано 9 патентів України на корисну модель: «Спосіб оцінки ефективності лікування артеріальної гіпертензії», «Спосіб оцінки впливу деяких антиоксидантів на жирнокислотну формулу ліпідів тканин експериментальних щурів», «Спосіб оцінки ефективності корекції ліпідних порушень у ліпідах серця щурів за коразолової моделі судомного синдрому», «Спосіб оцінки порушень ліпідного метаболізму в елементах крові у хворих з ішемічною хворобою серця», «Спосіб оцінки ефективності корекції ліпідних порушень при експериментальній рубоміцинової кардіопатології», «Спосіб визначення критерію значимості порушень ліпідного метаболізму крові у хворих з артеріальною гіпертензією», «Спосіб оцінки порушень ліпідного метаболізму в лімфоцитах у хворих з ішемічною хворобою серця», «Спосіб оцінки рівня здоров'я у школярів старших класів», «Спосіб прогнозування паталогічного стану у дітей», «Спосіб оцінки ефективності лікування щурів при рубоміцинової кардіопатології».

• НДР *«Вивчення еволюції природних вогнищ гарячки Західного Нілу та інших особливо небезпечних трансмісивних емерджентних і ремерджентних інфекцій у сучасній екологічній ситуації та оптимізація епідеміологічного нагляду» Державна установа «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України», строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U002141).*

Сформульовані концептуальні положення еволюції природних вогнищ гарячки Західного Нілу (ГЗН), виходячи з отриманих результатів комплексних досліджень, на підставі чого запропоновано заходи з оптимізації епідеміологічного нагляду, лабораторної діагностики та екстреної неспецифічної профілактики.

Створено базу даних природних вогнищ ГЗН, розроблено критерії визначення ступеня їх активності та визначення територій з ризиком інфікування, що ґрунтуються на показниках

природної зараженості арбовірусами основних переносників та резервуарів, рівнях серопозитивності сукупного населення.

Розроблена оптимальна тактика епідеміологічного розслідування та єдиного алгоритму лабораторної діагностики гарячки Західного Нілу на основі епідеміологічних даних, за клінічними ознаками та на підставі даних лабораторних обстежень (виділення вірусу ГЗН з клінічного матеріалу: крові, ліквору), виявлення нуклеїнової кислоти вірусу ГЗН у клінічному матеріалі: крові, спинномозковій рідині тощо, значне зростання титрів антитіл у двох зразках клінічного матеріалу відібраних з інтервалом в один тиждень, шляхом проведення імуоферментного аналізу, виявлення специфічних антитіл до вірусу ГЗН у сироватці крові або спинномозковій рідині, визначення індексу авідності антитіл до вірусу гарячки Західного Нілу класу IgG).

Проведена апробація виготовлених тест-систем для діагностики гарячки західного Нілу (ГЗН) в реакції непрямой імуофлюоресценції (РНІФ). Розроблена аналітична нормативна документація на діагностику вірусу Західного Нілу.

На основі отриманих даних та з урахуванням кліматичних, географічних, фауно-флористичних факторів створено епідеміологічну базу даних та карту зон епідемічного ризику, що дозволяє оцінювати епідемічний процес даної нозології у просторовому і часовому вимірах, візуалізувати та аналізувати дані на різних ландшафтно-географічних територіях з метою визначення ризиків та виявлення провісників епідемічних ускладнень.

Розроблена стратегія удосконалення екстреної неспецифічної профілактики природно-вогнищевих комариних вірусних інфекцій з комбінованим застосуванням вітчизняних етіопатогенетичних медикаментів на основі результатів досліджень, проведених на експериментальній моделі ГЗН з використанням музейних штамів, що відносяться до наукових об'єктів, що становлять Національне надбання України.

Розроблений спосіб приготування тест-системи для лабораторної діагностики гарячки Західного Нілу методом непрямой імуофлюоресценції дозволив провести апробацію 2 експериментальних партій антигенного діагностикуму із 40 культуральних препаратів.

Підготовлені до видання методичні рекомендації «Оптимізація епідеміологічного нагляду за небезпечними трансмісивними емерджентними та ре-емерджентними інфекціями з урахуванням проведеного типування природних вогнищ гарячки Західного Нілу» та інформаційні листи «Можливості геоінформаційних систем у моніторингу та запобіганні поширення гарячки Західного Нілу» і «Уніфікований алгоритм імуно-серологічної діагностики особливо небезпечних інфекцій»).

За тематикою НДР: опубліковано 6 наукових робіт, зроблено 4 доповіді на наукових форумах (у т.ч. 1 за кордоном); отримані патенти України («Спосіб приготування тест-систем для діагностики гарячки Західного Нілу методом імуофлюоресценції», «Спосіб неспецифічної профілактики та лікування гарячки Західного Нілу», «Спосіб приготування тест-систем для діагностики кліщового вірусного енцефаліту», «Спосіб ранньої експрес-діагностики гранулоцитарного анаплазмозу людини», «Штам вірусу Західного Нілу (*Virus Nili Occidentalis*) для виготовлення специфічних імунобіологічних препаратів»; підготовлено інформаційно-аналітичний огляд «Іксодові кліщові бореліози (хвороба Лайма) в Україні»; виконана кандидатська дисертація «Гранулоцитарний анаплазмоз людини: клініко-епідеміологічна характеристика та алгоритм діагностики (на прикладі Волинської та Львівської областей)». Два

наукові повідомлення включено до Переліку наукової (науково-технічної продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я.

Використання результатів НДР в практиці закладів охорони здоров'я підтверджено 23 актами впровадження.

*Прикладні дослідження та розробки*, що виконувалися НДУ та ВМНЗ МОЗ України у 2017 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 (в тому числі військовослужбовців);

– 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.

Всього у 2017 р. виконувалося 133 прикладних НДР (завершено – 41), які фінансувалися за рахунок коштів державного бюджету.

Результати їх виконання висвітлені у 29 монографіях, 26 підручниках та посібниках, 1034 наукових статтях, 925 тезах наукових форумів, 30 методичних рекомендаціях, 69 інформаційних листах, отримано 121 охоронних документів на об'єкти промислової власності. Подано 89 пропозицій до Переліку для впровадження.

Результати деяких прикладних НДР:

• *НДР «Розробка технології створення нових інноваційних лікарських засобів на основі спрямованого дизайну біологічно активних речовин антигіпертензивної та антиішемічної дії» (Запорізький державний медичний університет, строки виконання: 2015–2017 роки, № держреєстрації 0115U003471).*

На підставі комплексних технологічних, фізико-хімічних, біофармацевтичних, реологічних, мікробіологічних і фармакологічних досліджень вперше науково обґрунтовано й експериментально підтверджено склад і технологію високоефективних і стабільних апікаційних м'яких лікарських форм дилтіазему (ректальних супозиторіїв і гелю назального) для кардіологічної практики.

Вперше всебічно вивчені фізико-хімічні, технологічні, мікробіологічні та біофармацевтичні властивості розроблених м'яких апікаційних лікарських форм дилтіазему (ректальних супозиторіїв і гелю назального) та запропоновано методики їх стандартизації.

На підставі фармакологічних досліджень експериментально встановлено специфічну активність і доведено біологічно нешкідливість розроблених аплікаційних м'яких лікарських форм дилтіазему для ректального і назального введення.

Вивчено умови зберігання, температурний режим, стабільність і терміни придатності розроблених композицій.

Розроблено основи і технології для двох нових м'яких аплікаційних лікарських форм дилтіазему – супозиторіїв ректальних на ліпофільній основі і гелю назального на гідрофільній основі для терапії артеріальної гіпертензії, стабільної та нестабільної стенокардії, тахікардії.

За результатами досліджень опубліковано 26 наукових статей (з яких 7 у міжнародних виданнях, 19 у фахових) та 17 тез доповідей; видано 3 інформаційні листи («Виготовлення супозиторіїв з діючою речовиною дилтіазем в умовах аптеки», «Виготовлення гелю назального антигіпертензивної та антиангінальної дії в умовах аптеки», «Виготовлення мазі назальної з діючою речовиною вазопресин в умовах аптеки»); захищено 2 кандидатські дисертації («Розробка складу й технології м'яких лікарських засобів антигіпертензивної й антиангінальної дії з дилтіаземом», «Розробка складу та технології м'яких лікарських форм із вінпоцетином для терапії цереброваскулярної патології») та 6 магістерських робіт; виконується 1 докторська дисертація та 3 кандидатські дисертації.

Матеріали НДР висвітлені у навчальних посібнику «Технологія виготовлення порошків» та підручниках «Біофармація. Підручник для фармацевтичних вищих навчальних закладів і факультетів», «Фармацевтична ароматологія».

Рецептура та технологія розроблених двох нових м'яких аплікаційних лікарських форм дилтіазему – супозиторіїв ректальних на ліпофільній основі і гелю назального на гідрофільній основі для терапії артеріальної гіпертензії, стабільної та нестабільної стенокардії, тахікардії запропонована для аптек з екстемпоральним виготовленням лікарських засобів та впроваджена в практику Дніпропетровського ОКП «Фармація», Миколаївського ПКВО «Фармація», ОКП «Ліки Херсонщини», КП «Примула» (м. Запоріжжя). Нові теоретичні і практичні положення використовуються в науково-педагогічному процесі кафедри промислової фармації Національного фармацевтичного університету, кафедри організації і економіки фармації і технології ліків ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедри фармацевтичної технології і біофармації Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, кафедри загальної і клінічної фармації ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

- *НДР «Удосконалення діагностики та профілактики розвитку ускладнень у хворих на артеріальну гіпертензію на основі визначення рівня про- та антиатерогенних цитокінів, реєстрації сигнальних молекул і розробки методів корекції системного імунного запалення, ендотеліальної дисфункції, жорсткості артерій» (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U000914).*

Під час виконання НДР встановлено, що у пацієнтів із артеріальною гіпертензією, не залежно від наявності супутньої патології, наявна висока сироваткова концентрація розчинних молекул адгезії в поєднанні із підвищеною експресією рецепторів адгезивних молекул на активованих лімфоцитах периферичної крові.

Виявлено, що у пацієнтів із метаболічним синдромом виявлено підвищений вміст прозапальних цитокінів сироватки крові, асоційований із тяжкістю артеріальної гіпертензії та



рівнем дизліпідемії. Активація лейкоцитів та клітин ендотелію із підвищенням експресії CD54 асоціювалась із посиленням адгезії, ендотеліальною дисфункцією.

Доведено, що у хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану із хронічним обструктивним захворюванням легень, порівняно із хворими на ізольовану артеріальну гіпертензію, виявлено збільшення індексу маси тіла, тяжчі прояви дизліпідемії, частіше розвиток хронічної серцевої недостатності I-II функціонального класу та висока сироваткова концентрація прозапальних цитокінів, а також знижений рівень протизапальних цитокінів.

Вперше встановлено, що при наявності стадії С хронічного обструктивного захворювання легень виявлено високий ступінь інфікування вірусами родини герпесу (вірусу простого герпесу 1 типу та цитомегаловірусу) з переважання проявів імунодефіциту Т-клітинної ланки та НК-клітин.

Виявлено, що при наявності у пацієнтів із метаболічним синдромом артеріальної гіпертензії II стадії, на відміну від пацієнтів із артеріальною гіпертензією I стадії, товщина каротидного комплексу інтима-медіа була достовірно більшою.

У дітей підліткового віку залежно від статі із інтегральною артеріальною жорсткістю асоціюється середньодобовий пульсовий артеріальний тиск >55 мм рт. ст. у хлопчиків та >52 мм рт. ст. у дівчаток.

Після курсу аторвастатину виявлено зменшення відносного вмісту активованих субпопуляцій лімфоцитів, тенденцію до зменшення ТКІМ та показника судинної жорсткості.

За результатами виконаної НДР у 2017 році видано 2 інформаційних листа: «Оцінка ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану із цукровим діабетом 2 типу та дисліпідемією»; «Оцінка тяжкості перебігу артеріальної гіпертензії, поєднаної з метаболічним синдромом».

До Переліку для впровадження включено 13 нововведень: «Спосіб контролю ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з метаболічним синдромом»; «Спосіб контролю ефективності лікування хворих на бронхіальну астму при персистенції Chlamydia pneumoniae»; «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з метаболічним синдромом»; «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану із цукровим діабетом та дисліпідемією»; «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане із метаболічним синдромом»; «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане із метаболічним синдромом»; «Спосіб оцінки тяжкості перебігу артеріальної гіпертензії, поєднаної з метаболічним синдромом»; «Спосіб оцінки ефективності лікування генералізованого пародонтиту»; «Спосіб визначення імуноотропної дії біомаси гриба Ganoderma lucidum»; «Спосіб оцінки впливу різних доз біомаси гриба Ganoderma lucidum на гуморальну імунну відповідь»; «Спосіб оцінки імунотоксичної дії водного розчину міцелію гриба Ganoderma lucidum»; «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень»; «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, із метаболічним синдромом та рецидивуючою герпетичною інфекцією».

Отримано 6 патентів України на корисну модель та 6 свідоцтв про реєстрацію авторського права на твір: «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на хронічне

обструктивне захворювання легень»; «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, із метаболічним синдромом та рецидивуючою герпетичною інфекцією»; «Спосіб профілактики стоматологічних захворювань у підлітків»; «Спосіб оцінки впливу різних доз біомаси гриба *Ganodermalucidum* на гуморальну імунну відповідь»; «Спосіб оцінки імунотоксичної дії водного розчину міцелію гриба *Ganodermalucidum*»; «Спосіб визначення імунотропної дії біомаси гриба *Ganodermalucidum*»; «Роль герпетичної інфекції в прогресуванні поєднаної соматичної патології: хронічного обструктивного захворювання легень та метаболічного синдрому»; «Роль цитокінів та адгезивних молекул в патогенезі системного запалення у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане із метаболічним синдромом (аналіз літературних даних та власні дослідження)»; «Імунологічні аспекти артеріальної гіпертензії»; «Рівень цитокінів у вагітних жінок із залізодефіцитною анемією та генералізованим пародонтитом»; «Стан системного імунітету та цитокінового статусу у невагітних жінок із залізодефіцитною анемією та супутнім генералізованим пародонтитом»; «Features of humoral immunity in pregnant women with or without some dental disease and iron deficiency anemia».

Опубліковано 57 наукових статей (2 – у виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз даних, 18 – у зарубіжних виданнях); 51 тезу (4 закордоном); зроблено 29 доповідей.

Ефективність: соціальна – покращення якості життя хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з коморбідною патологією; медична – нові способи оцінки ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з коморбідною патологією, покращення існуючих методів діагностики, скорочення строків лікування хворих з артеріальними гіпертензіями на 15-20%; економічна – скорочення строків перебування хворих на артеріальну гіпертензію в стаціонарі на 15-20%. Зменшення витрат на лікування хворих.

- НДР «Удосконалення діагностики, прогнозування перебігу та лікування системних ревматичних захворювань на основі вивчення патогенетичної ролі імунобіохімічних маркерів запалення та ураження судинної стінки» (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U000909).

При виконанні НДР вперше встановлено, що у хворих на вузликаний поліартеріїт рівень еластину в сироватці крові можна вважати диференційно-діагностичним критерієм вузликового поліартеріїту.

Вперше обґрунтовано доцільність визначення рівня фактору активації В-лімфоцитів у хворих на первинні системні васкуліти (ПСВ) з метою визначення активності захворювання.

Вперше запропоновано та впроваджено в клінічну практику критерії прогнозування відповіді на терапію лефлуномідом у хворих на псоріатичний артрит. Так, отримання відповіді на терапію лефлуномідом найточніше передбачається за рахунком болючих суглобів. При виконанні НДР було визначено, що серед лабораторних показників для прогнозування відповіді на терапію має значення лише підвищення рівня матриксної металоротеїнази-3  $\geq 17,3$  нМоль/л. Було уточнено дані щодо клінічного ефекту та антидеструктивної дії неомилюваних сполук олій авокадо та сої хворих на остеоартроз

колінних суглобів. Доведено, що лікування з їх використанням призводить до значущого покращення клінічного стану та сповільнення деградації суглобового хряща.

Результати дослідження впроваджені у практику роботи ревматологічних відділень Олександрівської клінічної лікарні м. Києва та Київської міської клінічної лікарні №3, а також в відділенні кардіоревматології клініки кардіології Національного військово-медичного клінічного центру “Головний військовий клінічний госпіталь” Міністерства оборони України.

За результатами виконаної НДР видано 2 методичні рекомендації: «Псоріатичний артрит: клініко-лабораторна діагностика та фармакотерапія», «Немедикаментозне та медикаментозне лікування остеоартрозу на засадах доказової медицини».

До Переліку для впровадження включено 3 нововведення: «Спосіб прогнозування відповіді на лікування лефлуномідом щодо ураження суглобів у хворих з псоріатичним артритом», «Спосіб прогнозування відповіді на лікування лефлуномідом щодо псоріатичного ураження шкіри у хворих з псоріатичним артритом», «Спосіб ранньої діагностики атеросклерозу у хворих на системний червоний вовчак».

Результати досліджень висвітлені у монографії «The spectrum of clinical manifestation and survival of patients with primary systemic vasculitis», довідниках «Лікарські засоби для застосування в раціональній ревматології», «Практична ревматологія: сучасні акценти (2-е видання)».

Отримано 3 патенти України на корисну модель: «Спосіб диференційної діагностики вузликів поліартеріїту та АНЦА-асоційованих васкулітів», «Спосіб визначення активності первинного системного некротизивного васкуліту», «Спосіб діагностики первинного системного некротизивного васкуліту», опубліковано 22 наукові статті (6 – у виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз даних, 4 – у зарубіжних виданнях).

Медична ефективність: досягнення ремісії захворювання у ревматологічних хворих. Оптимізація оцінки ефективності лікування хворих з системними ревматичними захворюваннями шляхом оцінки динаміки імунобіохімічних маркерів.

- НДР «Дослідження фармакологічних та токсикологічних властивостей наночастинок металів та композитів нанодисперсного кремнезему з органічними речовинами» (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, строки виконання: 2016–2017 роки, № держреєстрації 0116U004905)

При виконанні НДР був вивчений вплив наночастинок срібла на гістологічну структуру тканин зони зараження щурів з місцевими інфекційними процесами. Було визначена терапевтична ефективність колоїдних розчинів наночастинок срібла проти поширеної бактеріальної інфекції: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus zooepidemicus*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Встановлений вплив наночастинок нуль-валентної міді, у порівнянні з частовживаним у клінічній практиці антисептиком хлоргексидином. Результати НДР свідчать, що при промиванні зони зараження водною дисперсією наночастинок нуль-валентної міді спостерігалось значне стихання запального процесу, зменшення обсягів ураження, відсутність абсцесів і піогранульом. Досліджена протимікробна активність композиту нанодисперсного кремнезему з полігексаметиленгуанідину гідрохлоридом *in vitro* щодо

стандартних тест-штамів мікроорганізмів. Протимікробний ефект останнього щодо широкого спектру стандартних тест-штамів відомих інфекційних агентів: *Candida albicans* і *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* та *Salmonella enterica*, *Klebsiella pneumoniae*.

Проведені дослідження є одним з етапів розробки лікарських засобів з наночастинками металів та композитом нанодисперсного кремнезему з полігексаметиленгуанідину гідрохлоридом, які у подальшому можуть бути впроваджені у медичну практику для профілактики і лікування інфекційно-запальних процесів, спричинених, зокрема, антибіотикорезистентними штамми мікроорганізмів.

Результати дослідження впроваджені у науково-педагогічний процес кафедри фармакології Буковинського державного медичного університету, кафедри фармакології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, кафедри фармакології та медичної рецептури Запорізького державного медичного університету, кафедри фармакології, патофізіології, клінічної фармакології і клінічної фармації, технології ліків ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», кафедри фармакології з клінічною фармакологією ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», кафедри фармакології та медичної рецептури Харківського національного медичного університету.

За результатами виконаної НДР у 2017 р. підготовлені 2 інформаційні листи: «Спосіб застосування водної дисперсії наночастинок нуль-валентної міді при лікуванні інфекцій кровотоку», «Спосіб застосування водної дисперсії наночастинок нуль-валентної міді при лікуванні інфекцій шкіри і м'яких тканин».

Подані 2 заявки на отримання патенту на корисну модель: «Спосіб визначення протимікробної активності композиту нанодисперсного кремнезему та полігексаметиленгуанідину гідрохлориду», «Спосіб визначення гострої токсичності композиту нанодисперсного кремнезему та полігексаметиленгуанідину гідрохлориду»; опубліковані 5 наукових статей (1 – у зарубіжному виданні), відправлені до друку 4 наукові статті (3 – у видання, що входять до міжнародних наукометричних баз даних). Затверджена 1 дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук.

Медична ефективність: розробка лікарських засобів з наночастинками металів і композитами нанодисперсного кремнезему з антисептиками та включення їх у схеми терапії інфекційно-запальних процесів сприятиме підвищенню ефективності лікування даних патологій.

- НДР «Розробка оптимальних схем вакцинації проти бактеріальних інфекцій у ВІЛ-інфікованих дітей, що отримують антиретровірусну терапію» (Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U002157).

Вперше в Україні вивчено та опрацьовано дані про охопленість профілактичними щепленнями проти бактеріальних інфекцій дітей з ВІЛ-інфекцією (на прикладі когорти ВІЛ-інфікованих дітей м. Києва). Виявлено суттєво нижчий рівень охоплення щепленнями дітей з ВІЛ-інфекцією проти дифтерії та правцю (63,38%), ніж загалом в популяції.

Проведено ретроспективне вивчення поствакцинального імунітету проти дифтерії, правцю, кашлюку та гемофільної інфекції у ВІЛ-інфікованих дітей, що отримали щеплення

проти цих збудників. Встановлено, що велика частка дітей з ВІЛ-інфекцією, щеплених проти дифтерії та правцю не мають протективного рівня антитіл проти цих збудників (79,3% та 27,5%, відповідно). Більшість дітей з ВІЛ-інфекцією (75,0%) мали достатній імунний захист проти *H. influenzae* тип b. Однак четверта частина дітей залишалась вразливою до розвитку інвазивних форм гемофільної інфекції і потребує проведення щеплення проти цього збудника. Достатній імунний захист проти кашлюку мали 66,6% ВІЛ-інфікованих дітей. Ретроспективно оцінена безпека вакцинації живими бактеріальними та інактивованими вакцинами. Показано, що введення вакцини АКДП або АаКДП не супроводжувалось розвитком побічних реакцій.

Вперше проведено дослідження впливу різних чинників на формування поствакцинального імунітету. Досліджено вплив клініко-імунологічних показників та вакцинального статусу на рівень поствакцинального імунітету у дітей з ВІЛ-інфекцією. Визначено основні предиктори наявності імунного захисту проти керованих вірусних інфекцій – ранній початок лікування ВІЛ-інфекції (в перші 2 роки життя), проведення вакцинації на АРТ та вищий рівень CD4+ Т-лімфоцитів. Виявлено, що велика частка дітей з ВІЛ-інфекцією, щеплених проти дифтерії та правцю, не мають протективного рівня антитіл проти дифтерії (79,32%). Захисний рівень антитіл проти правцю був відсутній у 27,6% ВІЛ-інфікованих дітей, що отримали вакцинацію АаКДП або АКДП. ВІЛ-інфіковані діти, не імунні проти дифтерії та правцю, є групою ризику щодо можливого захворювання на ці інфекції. Водночас, більшість дітей з ВІЛ-інфекцією (75,0%) мали достатній імунний захист проти *H. influenzae* тип b. Однак четверта частина дітей залишалась вразливою до розвитку інвазивних форм гемофільної інфекції і потребує проведення щеплення проти цього збудника. Достатній імунний захист проти кашлюку мали 66,6% ВІЛ-інфікованих дітей.

У результаті аналізу отриманих даних наукового дослідження визначені основні предиктори наявності імунного захисту проти керованих дифтерії і правцю – ранній початок лікування ВІЛ-інфекції (в перші 2 роки життя), проведення вакцинації на антиретровірусній терапії та вищий рівень CD4+ Т-лімфоцитів. Ці предиктори вказують на кращу імунну відповідь на щеплення у дітей, які розпочинають антиретровірусну терапію (АРТ) на тлі відсутності вираженої імуносупресії в ранньому віці або на тлі відновлення імунного статусу після початку АРТ.

У якості чинника впливу на епідемічну ситуацію розроблений та запропонований моніторинг рівня антитіл до дифтерії, правцю та *H. influenzae* тип b у дітей з ВІЛ-інфекцією, що отримали щеплення проти цих збудників до початку АРТ та проведення додаткової ревакцинації проти дифтерії, правцю, кашлюку та *H. influenzae* тип b ВІЛ-інфікованим дітям на АРТ, які не мають доказів імунного захисту проти цих збудників.

На основі отриманих результатів НДР та розробки діагностичних алгоритмів можливе внесення доповнень календар профілактичних щеплень в Україні.

*Практична цінність результатів НДР:*

- запропоновано внесення змін до схем імунізації проти бактеріальних інфекцій (дифтерії та правцю) віл-інфікованих дітей, що отримують антиретровірусну терапію;
- запропоновано визначення поствакцинального імунітету проти дифтерії, правцю, кашлюку та *h. influenzae* тип b у віл-інфікованих дітей, що отримали щеплення проти цих збудників до початку антиретровірусної терапії. проведення додаткової ревакцинації проти

дифтерії, правцю, кашлюку та *h. influenzae* тип b рекомендовано всім віл-інфікованим дітям на арт, які не мають доказів імунного захисту проти цих збудників. запропоновані зміни до схем імунізації дозволять зменшити захворюваність віл-інфікованих дітей на керовані бактеріальні інфекції;

– запропоновано спосіб імунопрофілактики проти дифтерії та правцю віл-інфікованих дітей в залежності від терміну початку антиретровірусної терапії;

– запропонована індивідуалізація календаря профілактичних щеплень у віл-інфікованих дітей на антиретровірусній терапії шляхом врахування показників специфічного імунного захисту до збудників дифтерії, правцю, кашлюку та *h. influenzae* тип b дозволить зменшити у цих дітей захворюваність на вакцин-керовані бактеріальні інфекції.

За тематикою НДР: опубліковано 23 наукові праці, в тому числі 6 - у міжнародних наукометричних англійських виданнях; видані методичні рекомендації: «Вакцинація дітей з ВІЛ-інфекцією» та інформаційний лист «Вакцинація проти дифтерії і правцю дітей з ВІЛ-інфекцією»; отримано деклараційний патент «Спосіб імунопрофілактики дифтерії та правцю у ВІЛ-інфікованих дітей в залежності від терміну початку антиретровірусної терапії»; отримано 12 актів впровадження.

Результати НДР висвітлені у виданому підручнику для лікарів-інтернів та післядипломної освіти «Інфекційні хвороби у дітей».

• НДР «Оптимізація ведення вагітності, пологів та догляду за новонародженими при ВІЛ-асоційованих інфекціях у жінки з метою покращення перинатальних наслідків шляхом розробки та впровадження новітніх технологій діагностики, прогнозування та лікування» (Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U002155).

У результаті проведеного дослідження встановлено частоту акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з активною формою туберкульозу та залишковими змінами перенесеного туберкульозу, випадків материнської та перинатальної смертності у ВІЛ-інфікованих жінок, хворих на активний туберкульоз; рівень перинатальних ускладнень при герпесвірусній інфекції. Доведена роль порушень імунної системи, системи гемостазу, стану фетоплацентаного комплексу (гормональний статус, стан плода) при ВІЛ-асоційованих інфекціях у жінки у виникненні перинатальної патології.

Визначені додаткові фактори ризику щодо захворювання на туберкульоз ВІЛ-інфікованої вагітної, на основі яких розроблено анкету для встановлення групи високого ризику щодо захворювання на туберкульоз під час вагітності.

Розроблено нові алгоритми ведення ВІЛ-інфікованих вагітних, хворих на активний туберкульоз легень, та ВІЛ-інфікованих вагітних, вагітність у яких настала на тлі залишкових змін перенесеного туберкульозу. Встановлено нові фактори ризику перинатальної патології при асоціації ВІЛ та герпесвірусної інфекції. Виділені критерії ризику стали основою для розробки нового алгоритму прогнозування акушерських і перинатальних ускладнень. Двоетапне прогнозування ризику перинатальної патології за допомогою запропонованого алгоритму дозволяє на основі аналізу додаткових факторів (дані анамнезу, показники активності ВІЛ, герпесвірусної інфекції, показники стану системи імунітету, гемостазу, судинної регуляції,

мікробіоти, фетоплацентарного комплексу) з високою точністю (94,0 та 90,0 %) відносити жінок до груп ризику і вчасно проводити відповідну терапію.

Встановлені ланки патогенезу створили теоретичне підґрунтя для розробки нової патогенетично спрямованої системи перинатальної охорони плода у ВІЛ-інфікованих жінок з асоційованою герпесвірусною інфекцією, з включенням етапів додаткових обстежень, прогнозування ризику ускладнень та диференційованого комплексу терапевтичних заходів, спрямованих на усунення виявлених порушень. Застосування лікувально-профілактичного комплексу дозволяє у 1,5–2 рази знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень, у 3 рази – частоту внутрішньоутробного інфікування герпесвірусами, покращити стан плода і новонародженого. Розроблено та впроваджено оновлену лікувально-профілактичну методику ведення вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок із залишковими змінами перенесеного туберкульозу легень, застосування якої дозволяє знизити частоту акушерських та перинатальних ускладнень, що дозволяє зменшення вдвічі частоту загрози переривання вагітності та загрозу передчасних пологів, преєклампсії, у 5 разів - передчасних пологів, на 25 % - кесарева розтину. Запропонована система перинатальної охорони у ВІЛ-інфікованих жінок з асоційованою герпесвірусною інфекцією, що дозволяє у 1,5–2 рази знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень, у 3 рази – частоту внутрішньоутробного інфікування герпесвірусами, покращити стан плода і новонародженого.

Внесено зміни до уніфікованого клінічного протоколу з питань профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини та клінічного протоколу з питань надання медичної допомоги хворим на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз (наявність активного ВІЛ-асоційованого туберкульозу у вагітної ввести до показань переривання вагітності у пізніх термінах - до 22 тижнів).

Результати НДР використані при виконанні 2 докторських («Вагітність після допоміжних репродуктивних технологій при захворюваннях гепатобіліарної системи: прогнозування, профілактика та лікування ускладнень», «Система перинатальної охорони плода і новонародженого у ВІЛ-інфікованих жінок на тлі герпесвірусної інфекції») та 6 кандидатських дисертацій («Оптимізація інтенсивної терапії вагітних з тяжким перебігом гострої респіраторної інфекції та грипу», «М'які стимуляції фолікулів росту в програмах запліднення *in vitro* – альтернатива стандартним протоколам», «Диференційований підхід до хірургічної тактики лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку», «Профілактика і прогнозування акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом», «Оптимізація лікування первинної (функціональної) істміко-цервікальної недостатності», «Обґрунтування ефективності та безпеки застосування ТАР-блоку після абдомінальної гістеректомії»).

Результати НДР висвітлені у 99 наукових статтях (33 – у журналах, що входять до міжнародних наукометричних баз); монографії «Тромбоемболія легеневої артерії»; 2-х навчальних посібниках («Актуальні питання акушерства у практиці сімейного»; «Ендокринологія»); 4 медичних рекомендаціях («Серцево-легенева реанімація у вагітних»; «Лікування вагітних з тяжким перебігом ГРВІ»; «Нові терапевтичні підходи до лікування жінок з дисплазією епітелію шийки матки, обумовленою папіломавірусною інфекцією»; «Сучасні можливості лікування рецидивуючого вульвовагінального кандидозу у вагітних»).

Отримано 4 патенти («Спосіб лікування плоскоепітеліальної та залозистої

інтраенітеліальної дисплазії в цервікальному каналі шийки», «Спосіб діагностики та лікування плоскоепітеліальної ендocerвікальної дисплазії епітелію шийки матки», «Спосіб катетеризації периферичних вен», «Спосіб прогнозування прееклампсії у вагітних групи високого ризику» ) та подана заявка на отримання патенту «Спосіб профілактики розвитку плацентарної дисфункції у ВІЛ-інфікованих вагітних». Результатами впровадження підтверджені 27 актами.

- НДР «Розробка та удосконалення хірургічних та малоінвазивних методів лікування захворювань та пошкоджень органів грудної клітки» (Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U002153).

У результаті виконання роботи встановлені фактори ризику, що знижують ефективність хірургічного лікування дивертикулів: вік хворих, тривалість анамнезу, наявність дисфагії III-IV ст. до операції, розмір дивертикула; розроблено та впроваджено 2 нових способи хірургічного лікування дивертикулів стравоходу.

Вперше здійснена клініко-рентгенологічна та ендоскопічна систематизація компресійного стенозу дихальних шляхів у дітей; науково обґрунтована раціональність клінічного застосування дистанційної інфрачервоної термографії, з метою ранньої скринінгової діагностики нейрогенних пухлинах межистіння, похідних симпатичної нервової системи та комп'ютерної пневмомедіастинотографії для визначення синтопії «утвір - оточуючі структури»; науково обґрунтована та доведена доцільність «пластики ложа» доброякісних утворів медіастинальною плеврою, який дозволив знизити рівень післяопераційних ексудативних і злучних ускладнень.

Вперше науково обґрунтована та впроваджена у дитячу клінічну практику тканиннозберігаюча технологія – високочастотного електрозварювання живих тканин при оперативних втручаннях у дітей з приводу пухлин та кіст межистіння, яка дозволила суттєво скоротити час оперативного втручання, мінімізувати інтраопераційну крововтрату, підвищити рівень радикальності видалення пухлин та значно знизити відсоток післяопераційних ускладнень.

За тематикою НДР: виконані 2 кандидатські дисертації «Сучасні підходи до діагностики та хірургічного лікування доброякісних утворів межистіння у дітей», «Діагностика та хірургічне лікування дивертикулів стравоходу»; отримано 4 патенти «Тест-система для індивідуального підбору таргетних лікарських препаратів», «Спосіб скринінгової ранньої діагностики нейрогенних пухлин межистіння»; «Спосіб лікування емпієми плеври із проведенням екстракорпоральної гіпертермії крові»; «Пристрій для ендovenозної облітерації» та подано 3 заявки на винаходи («Тест-система для індивідуального підбору таргетних лікарських препаратів»; «Спосіб прогнозування ефективності гомеопатичного лікарського засобу»; «Тест-система для індивідуального підбору гомеопатичних лікарських препаратів»; опубліковано 56 наукових статей, в тому числі 21 – у науко метричних виданнях. Результати впровадження результатів НДР підтверджені 12 актами.

- НДР «Оптимізація діагностики та удосконалення лікування ювенільних артритів» (Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U002152).

Вперше у вітчизняній педіатричній ревматології виконано проспективне дослідження, що дозволило надати комплексну клініко-лабораторну інструментальну характеристику



ювенільних артритів (ЮА), починаючи з перших місяців становлення хвороби (до 6 тижнів) та в найближчі 1-2 роки. Багаторічне спостереження (до 10 і більше років) надало підстави простежити перебіг захворювання у пацієнтів різних вікових груп (діти, підлітки) і встановити фактори, що впливають на результат і прогноз захворювання.

У результаті виконання роботи виявлені інформативні показники клінічного обстеження для диференційної діагностики між ювенільним ревматоїдним артритом (ЮРА) та реактивним артритом (РеА) на ранньому етапі захворювання є тривалість ранкової скутості при ЮРА (70%). Для РеА таким показником є зв'язок із інфекційними захворюваннями при РеА (100%). Визначені особливості, притаманні перебігу перших трьох місяців захворювання з урахування даних МРТ. Визначені критерії загострення у хворих на ЮРА (достовірне підвищення рівнів ІЛ-6 у сироватці крові ( $8,6 \pm 1,4$  пг/мл) та ТНФ- $\alpha$  ( $40,38 \pm 2,26$  пг/мл)).

Обґрунтований лікувально-профілактичний комплекс та вивчена його ефективність при проведенні комбінованої терапії (блокатор фактора некрозу пухлини-  $\alpha$  плюс метотрексат) кількість рецидивів впродовж терміну спостереження вірогідно зменшилась ( $p < 0,001$ ). Визначені клініко-діагностичні критерії, що слід враховувати при клінічному спостереженні за пацієнтами з ЮРА.

*Практична цінність результатів НДР:*

- агресивне раннє лікування ЮА спрямоване на контроль запалення, зменшення кількості активних суглобів і запобігання руйнування суглобів, втрати функції і втрати працездатності, підтримки чи поліпшення якості життя хворих дітей;
- при ураженні суглобів у дітей на ранньому етапі (строком до 6 тижнів) необхідно проводити диференційну діагностику між клінічними формами патології суглобів. Клінічна картина ювенільного ревматоїдного та реактивного артриту у дітей різноманітна: від моноартриту до важкого поліартриту із системними проявами;
- на ранньому етапі захворювання найбільш інформативними показниками клінічного обстеження для диференційної діагностики між ЮРА та РеА є тривалість ранкової скутості та зв'язок із інфекційними захворюваннями, які виявляються при вивченні анамнезу захворювання;
- при встановленні клінічного діагнозу у дітей із ураженнями суглобів необхідно проводити ультразвукове обстеження уражених суглобів, що може значно сприяти своєчасному встановленню діагнозу та своєчасному призначенню адекватної терапії; при встановленні клінічного діагнозу у дітей із ураженнями суглобів рентгенологічне обстеження не є достовірним джерелом диференційної діагностики між ЮРА та РеА;
- вибір базисного лікарського засобу при ЮА повинен бути заснований на доцільності призначення препарату лікарем, клінічних факторах і на індивідуальних особливостях пацієнта (недотримання терміну введення, часті інтеркурентні захворювання, непереносимість ін'єкцій, віддаленості проживання від медичного центру і т.д.);
- тоцилізумаб може бути засобом першої лінії терапії дітей, у яких перебіг системної та поліартикулярної форми ЮРА не відповідає на стандартну базисну терапію, ускладнюється реактивним амілоїдозом, або у пацієнтів із високим ризиком його виникнення;

– даний час при ЮА лікарі мають можливість обрати план лікування, який вони вважають за найкраще, а рекомендовані схеми лікування включають в себе покроковий підхід до лікування (традиційний ХМАРП) з подальшою терапією біологічним агентом при відсутності відповіді на лікування), початкову комбіновану схему (традиційний ХМАРП і біологічний агент на початку лікування) і схему, що включає тільки біологічний агент;

– агресивне раннє лікування ЮРА спрямоване на контроль запалення, зменшення кількості активних суглобів і запобігання руйнування суглобів, втрати функції і втрати працездатності, підтримки чи поліпшення якості життя хворих дітей;

– досягнення клінічно неактивної стадії хвороби і ремісії є ключовим завданням тактики лікування ЮА.

За тематикою НДР: отримано 3 патенти «Спосіб оцінки активності ювенільного ревматоїдного артрити», «Спосіб лікування ювенільного ревматоїдного артрити»; «Спосіб діагностики важкості перебігу ювенільного ревматоїдного артрити»; опубліковано 12 наукових статей, в тому числі 2 у міжнародних європейських журналах. Методичні рекомендації «Ювенільний ревматоїдний артрит у практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини» використовуються в педагогічному процесі кафедри педіатрії-2 (передатестаційні цикли, тематичні удосконалення, спеціалізації з дитячої кардіоревматології та лікарів загальної практики-сімейної медицини). За результатами впровадження результатів НДР було отримано 11 актів впровадження.

• *НДР «Медико-юридичний аналіз та розробка пропозицій щодо вдосконалення нормативно-правової бази застосування лікарських засобів в паліативній та хоспісній медицині» (Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U002154).*

У результаті виконання роботи здійснений ґрунтовний аналіз чинної нормативно-правової бази з питань паліативної допомоги пацієнтам з важкими невиліковними хворобами в термінальному періоді життя та розроблена концепція і науково обґрунтовані рекомендації стосовно створення моделі та наукових підходів до раціональної фармакотерапії больового синдрому та інших патологічних симптомів і порушень життєдіяльності організму пацієнтів з хронічними невиліковними хворобами та обмеженим прогнозом життя. Пропозиції щодо застосування в паліативній та хоспісній медицині опіоїдних та неопіоїдних анальгетиків та інших препаратів ад'ювантної дії, напрацьовані у ході виконання роботи у співпраці з Центральним Формулярним Комітетом МОЗ України рекомендовані до включення в Державний Формуляр лікарських засобів. Підготовлено проект першого в Україні Формуляру лікарських засобів для надання паліативної та хоспісної допомоги.

За тематикою НДР: опубліковано 62 наукових статей, в тому числі 5 у зарубіжних англійських виданнях.

Науково-методичні розробки та пропозиції кафедри були враховані при розробці: Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» – Стаття 35-4 “Паліативна допомога” (2011); Постанови Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» та Постанови Кабінету

Міністрів України від 16.03.2017 № 180 «Про Національний перелік основних лікарських засобів»; Наказу МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні»; Адаптованої клінічної настанови «Контроль болю» та Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, що рекомендовані наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі»; Адаптованої клінічної настанови та Уніфікованого клінічного протоколу «Деменція», що рекомендовані наказом МОЗ України від 19.07.2016 № 736. За результатами впровадження результатів НДР було отримано 11 актів впровадження.

- НДР «Діагностика та лікування порушень оптичної системи, судинних та дистрофічних змін органа зору» (Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0116U002820).

Розроблено методику вдосконалення оптичних властивостей офтальмологічного приладдя на основі модифікованих призм Френеля та проведено вивчення їх якості з метою проведення оперативного лікування хворих на косоокість. Вивчено вплив застосування модифікованих призм Френеля вітчизняного виробництва для страбометрії в умовах експерименту та клінічних умовах у дітей. Проведено аналіз результатів вимірювання кута косоокості за допомогою призмових компенсаторів КК-42 та для планування об'єму хірургічного втручання у дітей. На основі отриманих під час досліджень даних створено алгоритм вимірювання кута косоокості під час оперативного лікування хворих на косоокість. Вдосконалено існуючі методики оперативного лікування косоокості.

*Застосування запропонованої методики дозволяє:*

- уникнути хірургічного втручання, яке раніше проводилося часто по декілька разів на одному оці;
- значно спростити хірургічне втручання, зменшити час його виконання та перевести в амбулаторні умови;
- зменшити економічні затрати на організацію хірургічного лікування (за рахунок зменшення числа операцій);
- зменшити економічні затрати на утримання офтальмологічних стаціонарів за рахунок зменшення на 30% хворих, які потребують хірургічного лікування.

*Практична цінність результатів НДР:*

Для діагностики косоокості створено набір компенсаторів косоокості призмових КК-42 та набір діагностичних лінійок симетричних мікропризмових компенсаторів косоокості, застосовування яких в клінічних умовах дозволяє з високою точністю вимірювати кути косоокості та планувати об'єм оперативного втручання для усунення косоокості за одну операцію.

*Впровадження інновації дозволяє:*

- підвищити ефективність діагностики та лікування косоокості та амбліопії на 25-30%;
- зменшити питому вагу пацієнтів з косоокістю та амбліопією серед дитячого населення у віці 7-13 років (на 10-12%) і дорослого населення (на 5-7%);
- зменшити рівень захворюваності на косоокість і амбліопію (на 8-10%).

За тематикою НДР: отримано 2 патенти («Офтальмохірургічний тренажер», «Спосіб визначення форії у дітей»); опубліковано 23 наукові статті, в тому числі у міжнародних англомовних виданнях. За результатами впровадження результатів НДР було отримано 9 актів впровадження.

- НДР «Науково-методичний супровід забезпечення стандартизації та персоніфікації лікувально-профілактичної та реабілітаційної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря» (Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U002156).

У результаті дослідження виявлено формування захворювань серцево-судинної системи у пацієнтів з надлишком маси тіла та ожирінням (артеріальної гіпертензії (АГ), за рахунок підвищення як систолічного так і діастолічного артеріального тиску). Визначено, що надмірна маса тіла асоціюється з проатерогенними змінами показників ліпідного, вуглеводного та пуринового обміну, а також зі збільшенням прозапальних маркерів, а саме СРБ, що призводить до прогресування атерогенезу та зростання кардіоваскулярного ризику у осіб молодого віку. Визначено фактори ризику передчасного виникнення остеоартрозу (ОА) колінних суглобів - маркери дисплазії сполучної тканини та генетичні особливості (гомозиготний стан по генам FDPS, LCT, VDR), використання клінічної інформативності яких дозволяє прогнозувати ризик формування гонартрозу за запропонованим у дослідженні алгоритмом. Доведено, що наявність генотипу CC за геном LCT асоціюється із найвищою, а генотипу SS за геном FDPS із найнижчою ефективністю лікування ОА (як стандартного, так і удосконаленого).

Встановлено, що одним з основних факторів, що впливає на перебіг АГ, функціональну активність ендотелію та вираженість атеросклеротичного процесу у пацієнтів з АГ в залежності від рівня функціонального стану нирок є абдомінальне ожиріння. Визначено, що ефективність аутологічної тромбоцитарної плазми крові в комплексному лікуванні хворих на гонартроз залежить від віку, статі, давності клінічної маніфестації, тяжкості клінічних проявів, рентгенологічної стадії захворювання та генетичних особливостей, що необхідно враховувати при персоніфікації інтегрованого ведення таких хворих.

*В ході виконання НДР розроблено та впроваджено:*

- «Спосіб визначення функціонального ниркового резерву у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію», що дозволяє покращити результати лікування есенціальної артеріальної гіпертензії, внаслідок визначення функціонального ниркового резерву та прогнозувати ураження нирок на субклінічному етапі;

- «Спосіб лікування хворих на гонартроз», що дозволить удосконалити комплексне лікування хворих на гонартроз, за запропонованою методикою використання аутологічної тромбоцитарної плазми крові, що забезпечить достовірно більш сталий ефект терапії (до 12-18 міс.), та подовжить терміни ремісії захворювання;

- «Спосіб оцінки ризику формування гонартрозу», що дозволить персоніфікувати лікувальну тактику при недиференційованих сполучнотканинних дисплазіях, індивідуалізувати клінічний протокол інтегрованого ведення хворих на гонартроз, що забезпечить більш тривалу ремісію і зменшення частоти загострень гонартрозу;

– «Спосіб прогнозування виникнення серцево-судинних ускладнень у пацієнтів без дисліпідемії» вдосконалив прогнозування виникнення серцево-судинних ускладнень у пацієнтів без дисліпідемії за рахунок використання додаткового показника (товщина комплексу інтима-медіа сонної артерії), який у пацієнтів без дисліпідемії дозволяє додатково оцінити стан судинної стінки, що важливо для проведення своєчасної й оптимальної профілактики серцево-судинних захворювань у осіб без дисліпідемії. Зазначені способи не мають аналогів в Україні.

За тематикою НДР: отримано 5 патентів «Спосіб оцінки ризику формування гонартрозу»; «Спосіб визначення функціонального ниркового резерву у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію»; «Стратегія профілактики та лікування посттравматичного остеоартрозу»; «Спосіб прогнозування виникнення серцево-судинних ускладнень у пацієнтів без дисліпідемії», «Спосіб лікування хворих на гонартроз» та подана заявка «Спосіб ранньої діагностики ураження нирок у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію»; опубліковано 49 наукових статей, в тому числі 5 у зарубіжних англійських виданнях. За результатами впровадження результатів НДР було отримано 10 актів впровадження.

- НДР «Значення клінічних, морфологічних та молекулярно-біологічних маркерів в діагностиці, прогнозуванні особливостей перебігу та результатів лікування раку органів репродуктивної системи та шлунково-кишкового тракту» (Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0114U005548).

Встановлено сукупність прогностичних факторів, які впливають на результати лікування хворих з раковою патологією вказаних локалізацій.

Вперше в Україні науково обґрунтовано і доведено значення редокс-факторів – СР і NO, як біологічних показників злякисного росту, їх зв'язок з молекулярно-біологічними особливостями РПК, які у сукупності визначають клінічний перебіг та індивідуальний прогноз пухлинної хвороби.

Вперше виконано комплексний аналіз динаміки змін рівня експресії і особливостей розподілу в пухлинній тканині молекулярно-біологічних маркерів ангиогенезу (Ang-2), апоптозу (Bax), проліферації (Ki-67), індукбельної форми NO-синтази (iNOS) під впливом різних схем НПТ/НХПТ, що вказує на гетерогенний характер молекулярно-біологічних змін у тканині РПК.

Аналіз безпосередніх і віддалених результатів різних методів неoad'ювантного лікування хворих дав можливість сформулювати індивідуалізовані показання до кожного з них, тому вибір методу лікування буде здійснюватися за індивідуальною програмою сукупності факторів прогнозу. Індивідуалізація вибору методу неoad'ювантної антибластомної терапії сприяє, з одного боку, підвищенню ефективності проведеного лікування, а, з іншого, запобігатиме необґрунтованому застосуванню дорогих лікувальних засобів. Перевага запропонованої розробки над іншими полягає в тому, що оригінальні методи і схеми комбінованого і комплексного лікування онкологічних хворих, застосування яких буде плануватись з урахуванням параметрів клінічних і молекулярно-біологічних предиктивних факторів, забезпечать високий ступінь розвитку лікувального патоморфозу злякисної пухлини на передопераційному етапі і, цим самим, створять умови щодо радикального лікування пацієнтів, що дасть змогу здешевити сумарну вартість лікування онкологічних

хворих, зменшити кількість ускладнень, покращити показники виживання хворих, зберегти їх психоемоційний стан та покращити якість їхнього життя.

Результати НДР опубліковано 62 наукових статтях та тезах, отримано 2 патенти на винахід («Спосіб лікування хворих на рак прямої кишки», «Спосіб прогнозування ефективності променевої терапії у хворих на рак прямої кишки») і 3 патенти на корисну модель, видано 4 інформаційні листи («Метод прогнозування ефективності променевої терапії у хворих на рак прямої кишки», «Спосіб радіомодифікації при лікуванні хворих на рак прямої кишки», «Спосіб прогнозування ефективності неoad'ювантної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози люмінального Б та базального підтипів», «Спосіб визначення агресивності перебігу люмінального Б та базального молекулярних підтипів раку молочної залози»), виконано 2 докторські дисертації («Місцево-поширений рак шийки матки: тактика лікування і прогноз», «Оптимізація окисно-відновного статусу у хворих на рак прямої кишки: молекулярні механізми ефективності комплексного лікування»).

- *НДР «Розробити моделі прогнозування пубертатних маткових кровотеч та альгодисменореї у дівчат в залежності від конституціональних особливостей організму» (Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U001168).*

Отримані наукові результати досліджень поглиблюють та доповнюють існуючі уявлення про патогенез порушень менструального циклу – пубертатних маткових кровотеч та первинної дисменореї (альгодисменореї). Розроблений новий підхід до прогнозу виникнення даних розладів менструального циклу в юнацькому віці з точки зору ролі конституціонального фактору у їх розвитку. Вирішена проблема встановлення ролі конституції дівчат у виникненні пубертатних маткових кровотеч та альгодисменореї, що надає теоретичного підґрунтя для прогнозування й своєчасного застосування профілактичних заходів для зниження частоти таких порушень менструального циклу.

Уперше встановлені особливості антропометричних і соматотипологічних показників та сонографічних показників матки і яєчників у дівчат пубертатного віку, хворих на пубертатні маткові кровотечі і альгодисменорею у різні фази оваріо-менструального циклу з урахуванням конституціональних типів дівчат та особливості показників статевих гормонів у дівчат пубертатного віку, хворих на пубертатні маткові кровотечі і альгодисменорею у різні фази оваріо-менструального циклу.

Уперше доведена можливість дискримінації дівчат за показниками їх будови тіла, морфометричними показниками матки і яєчників у різні фази оваріо-менструального циклу на групи здорових та групи хворих на пубертатні маткові кровотечі та первинну дисменорею. Уперше, на основі конституціональних особливостей організму, розроблені достовірні інформативні дискримінантні моделі для виявлення груп ризику щодо захворювань на пубертатні маткові кровотечі та альгодисменорею в юнацькому віці, що надає змогу застосування необхідних заходів щодо профілактики та зменшення частоти їх виникнення і має суттєве практичне значення в формуванні репродуктивного здоров'я населення.

Розроблені дискримінантні математичні моделі можливості виникнення пубертатних маткових кровотеч та первинної дисменореї (альгодисменореї) у дівчат в залежності від антропометричних та соматотипологічних показників допоможуть лікарям більш коректно прогнозувати можливий ризик виникнення даних захворювань, що, в свою чергу, дозволить

проводити ранні профілактичні заходи стосовно попередження їх виникнення. На основі побудованих моделей розроблені комп'ютерні програми, що дозволяє коректно вираховувати можливість виникнення пубертатних маткових кровотеч та альгодисменореї у закладах практичної медицини.

За матеріалами проведених досліджень опубліковано 29 наукових праць, оформлені 3 патенти України («Спосіб визначення можливості виникнення пубертатних маткових кровотеч у дівчат в залежності від особливостей будови і розмірів тіла і сонографічних параметрів матки й яєчників та гормонального фону», «Спосіб діагностики та профілактики первинної дисменореї у дівчат пубертатного віку» «Спосіб діагностики та лікування патологічних змін матки»). Отримано 2 авторських свідоцтва на твір щодо розроблених комп'ютерних програм, які на основі конституціональних показників дозволяють вираховувати належні здоровій дівчині розміри матки та яєчників та прогнозувати виникнення пубертатних маткових кровотеч.

За результатами роботи впроваджене галузеве нововведення «Спосіб визначення можливості виникнення пубертатних маткових кровотеч у дівчат в залежності від особливостей будови й розмірів тіла і сонографічних параметрів матки й яєчників та гормонального фону», яке включено до Переліку наукової продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я МОЗ України. Готуються до впровадження 2 галузевих нововведення на основі отриманих у 2017 році патентів).

Результати досліджень впроваджені в практичну діяльність клінічних лікарень МОЗ України: гінекологічне відділення з малоінвазивними операціями Вінницької міської лікарні «Центр матері та дитини»; гінекологічне відділення Вінницького міського клінічного пологового будинку №1, поліклінічне відділення Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, гінекологічне відділення Вінницької центральної районної лікарні, гінекологічне відділення Вінницького міського клінічного пологового будинку № 2.

Медико-соціальна значимість результатів дослідження: покращення якості життя, психологічного стану дівчат пубертатного віку, забезпечення репродуктивного здоров'я жінок і підвищення народжуваності в країні, зменшення кількості безплідних шлюбів, зменшення кількості хворих на пубертатні маткові кровотечі призведе до зменшення витрат на діагностичні дослідження та лікування хворих.

- *НДР «Дослідження взаємозв'язку апоптозу нейтрофілів і фагоцитарно-лімфоцитарних механізмів із ступенем активності та клінічними проявами у хворих на системні захворювання сполучної тканини» (Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U000055).*

Проведені дослідження числа апоптичних та некротичних імунокомпетентних клітин периферичної крові у хворих на системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ) та хворих з гострим запальним процесом черевної порожнини показали, що апоптоз гранулоцитів був більш вираженим при хронічному запаленні у хворих на СЗСТ, а апоптоз моноцитів та лімфоцитів – при гострому запальному процесі (гострий панкреатит та панкреонекроз). Як при хронічному, так і при гострому запальному процесі однаково значною мірою підлягали некротичним змінам лімфоцити та моноцити. Натомість, некроз гранулоцитів був вірогідно більшим при хронічному запаленні у хворих на СЗСТ. Апоптоз гранулоцитів і лімфоцитів виявився найвищим у хворих на системну склеродермію та змішані СЗСТ і найменшим – у хворих на системний червоний вовчак і ревматоїдний артрит. Апоптоз моноцитів був найбільшим у пацієнтів на системний червоний вовчак (СЧВ) та змішані СЗСТ, найменшим – у

пацієнтів на ССД та РА. Найбільш виражені некротичні зміни гранулоцитів та лімфоцитів верифіковані у хворих на СЧВ та системну склеродермію (ССД), менші – у пацієнтів на ревматоїдний артрит (РА) та змішані СЗСТ. У всіх хворих на СЗСТ некроз моноцитів був у 2,8-9,2 рази більшим, ніж у здорових осіб. Причому, в хворих на ССД некроз цих клітин був виявлений найбільшим, а в пацієнтів на СЧВ та змішані СЗСТ - у 5,4-5,6 разів, а в хворих на РА – у 2,7 рази більшим, ніж у здорових осіб.

У хворих на СЗСТ порівняно із здоровими особами спостерігалось зниження поглинальної здатності нейтрофілів на тлі посиленних кисневозалежних механізмів перетравлення. Так, у хворих на РА, незважаючи на виражений лейкоцитоз з нейтрофіліозом, була вірогідно низька поглинаюча здатність нейтрофілів на тлі збереженого кисневозалежного процесінгу. У хворих на ССД як у відносних, так і в абсолютних числах виявилася вірогідно низькою поглинаюча здатність фагоцитуючих нейтрофілів, тоді як при змішаних СЗСТ цей показник виявився низьким лише у відносних цифрах. Спонтанний кисневозалежний процесінг виявився високим у хворих на СЧВ і найнижчим – у хворих на ССД. Резервні можливості фагоцитарної активності були найвищими у хворих на ССД на тлі високого індексу стимуляції нейтрофілів. Найнижчі вище вказані показники виявилися в хворих на СЧВ.

Найбільш виражені зміни лімфоцитарної ланки імунної системи були виявлені в хворих на ССД, а саме: підвищений рівень Т-лімфоцитів за рахунок Т-хелперів та Т-цитотоксичних лімфоцитів, збільшення кількості В-лімфоцитів та В-клітин, що продукують різні типи цитотоксичних антитіл збільшення числа активованих та регуляторних клітин на тлі значного зменшення противірусного нагляду через зниження числа НК-клітин. Проведеними дослідженнями було доведено, що у хворих з гострим панкреатитом і панкреонекрозом відбулося утворення позаклітинних нейтрофільних пасток (neutrophil extracellular traps NETs), що слугували захисним перехідним бар'єром, який ізолював неушкоджені тканини від некротичних, попереджуючи поширення некрозу. Для ідентифікації позаклітинних нейтрофільних пасток, що мають вигляд інкапсуляції навколо некротизованих ділянок, можна використовувати спіральну комп'ютерну томографію.

Розроблений перспективний метод видалення апоптичних гранулоцитів з використанням лектин-кон'югованих магнітних мікрочастинок у комбінації з мікрочастинками, що містять Анексин А5 у хворих з гострим і хронічним запаленням.

Комплексні імунологічні дослідження та визначення рівня апоптичних та вторинно-некротичних гранулоцитів та мононуклеарів (лімфоцитів, моноцитів) дасть можливість більш диференційовано обрати схему базової терапії для лікування СЗСТ.

Матеріали НДР висвітлені у 23 наукових статтях, 30 повідомленнях на наукових форумах, 3 докторських і 4 кандидатських дисертаціях.

Результати НДР використовуються в навчальному процесі (лекційний курс, практичні та семінарські заняття для лікарів курсантів циклів спеціалізації, передатестаційних циклів, циклів тематичного удосконалення для лікарів різних спеціальностей: сімейних лікарів, терапевтів, лікарів хірургічної спеціальності, ревматологів, онкологів, педіатрів тощо).

- НДР «Розробка та впровадження диференційованих підходів до лікування злоякісних пухлин органів малого тазу» (Одеський національний медичний університет, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0114U007011).



На сьогоднішній день як в Україні, так і в усьому світі не існує комплексного підходу до прогнозування й підвищення чутливості раку яєчників до хіміотерапії першого ряду (препаратами платини), що обумовлює актуальність розробки і застосування такого підходу у пацієнок з раком яєчників після виконання їм оптимальної циторедуктивної операції. Розроблений клінічний алгоритм щодо персоналізованого підходу до вибору оптимального обсягу та послідовності лікувальних заходів у хворих зі злоякісними пухлинами органів малого тазу. Розроблені рекомендації щодо плану обстеження хворих на рак яєчників з метою прогнозування платинорезистентності, особливостей планування та проведення хіміотерапії першої та другої лінії та супровідної терапії у хворих з прогнозованою платинорезистентністю. Використання розроблених методик до- та інтраопераційного стадіювання раку передміхурової залози дозволило на 20% збільшити кількість хворих, яким виконано нейрозберігаючі операції і, відповідно, знизити кількість ускладнень і витрати на реабілітацію; розроблено послідовність імуногістохімічних досліджень з технологією тканинних матриць в ході первинного обстеження та в динаміці лікування хворих на рак шийки матки ПБ-III стадії, виявлено кореляцію між імуногістохімічними показниками та чутливістю пухлини до променевої терапії. Як результат впровадженої розробленої мультидисциплінарної програми визначено збільшення тривалості життя та безрецидивного виживання, зниження витрат на симптоматичну терапію, зниження ризику інвалідації та покращення якості життя хворих на злоякісні пухлини органів малого тазу.

Доведено доцільність та ефективність використання імуногісто-хімічних досліджень в прогнозуванні та оцінці ефекту спеціального лікування раку шийки матки. Використання новітніх технологій тканинних матриць дозволило знизити вартість імуногістохімічних досліджень в 10-20 разів, що дозволить активне використання цієї методики та покращить результати лікування місцеворозповсюдженого раку шийки матки на 20-25%. Використання стадіювання раку передміхурової залози дозволило на 20% збільшити кількість хворих, яким виконано нейрозберігаючі операції і, відповідно, знизити кількість ускладнень і витрати на реабілітацію. Виявлена нами достовірна позитивна кореляція між наявністю цитогенетичних порушень і чутливістю злоякісних пухлин яєчників до хіміотерапії препаратами платини є підґрунтям для впровадження цитогенетичних досліджень у клінічну практику. Це дозволить більш обґрунтовано обирати хіміопрепарати, знизити кількість ускладнень на 25-30%, покращити результати безрецидивного та загального виживання хворих. Оптимізація методики лапороскопічних хірургічних втручань дозволила зменшити післяопераційні ускладнення на 10% та покращити післяопераційні функціональні результати на 15%.

Досліджені медико-біологічні фактори прогнозу злоякісних пухлин органів малого тазу (рака шийки матки, яєчників, передміхурової залози), розроблені комплексні методики відбору хворих для проведення оперативного лікування, променевої терапії, медикаментозної терапії, вдосконалені існуючі та складені нові протоколи призначення хіміотерапії I лінії у хворих на рак яєчників, проведення поєднаної променевої терапії у хворих на місцево поширений рак шийки матки, введені в клінічну практику та удосконалені малоінвазивні хірургічні методики за наявності місцево поширених злоякісних пухлин органів малого тазу.

За результатами НДР у 2017 р. створено: спосіб прогнозування платинорезистентності та платинорефрактерності перед ад'ювантною хіміотерапією в хворих на епітеліальний рак яєчників, спосіб евісцерації малого тазу із одномоментною реконструкцією сечовивідної системи при лікуванні місцево-розповсюдженого раку шийки матки, спосіб персоналізованого

лікування хворих на рак яєчників, спосіб диференційованого прогнозування платинорезистентності чи платинорефрактерності під час ад'ювантної хіміотерапії в хворих на серозний рак яєчників, спосіб лікування хворих на рак яєчника з прогнозованою платинорезистентністю.

Опубліковано 8 статей у провідних фахових виданнях у т.ч. 2 статті в виданнях, що входять до наукометричних баз даних, до Переліку наукових повідомлень подано 2 нововведення («Евісцерація малого тазу із одномоментною реконструкцією сечовивідної системи при лікуванні місцеворозповсюдженого раку шийки матки», «Спосіб лікування хворих на рак яєчників з прогнозованою платинорезистентністю»), опубліковано 2 інформаційних листа («Спосіб інтраопераційної оцінки хірургічного краю макропрепарату під час радикальної простатектомії при місцевопоширеному раку передміхурової залози», «Спосіб лікування хворих на рак яєчників з прогнозованою платинорезистентністю»), отримано патенти України («Спосіб прогнозування платинорезистентності та платинорефрактерності перед ад'ювантною хіміотерапією в хворих на епітеліальний рак яєчників», «Спосіб лікування хворих на рак яєчника з прогнозованою платинорезистентністю»)

Подано заявки на отримання патенту («Спосіб диференційованого прогнозування платинорезистентності чи платинорефрактерності під час ад'ювантної хіміотерапії в хворих на серозний рак», «Спосіб персоніфікованого лікування хворих на рак яєчників»). За тематикою НДР завершена та подана в спеціалізовану вчену раду докторська дисертація «Оптимізація медикаментозного лікування хворих на рак яєчників».

Медико-соціально-економічна спрямованість: поліпшення якості життя та здоров'я населення, ефективності діагностики та лікування хворих, зокрема, зниження рівня онкологічних захворювань органів малого тазу (рака шийки матки, яєчників та передміхурової залози) завдяки наукового обґрунтування, розробки й впровадження алгоритмів диференційованого вибору обсягу оперативних втручань та показань до їх проведення, оптимальних режимів променевої та медикаментозної терапії.

• НДР «Розробити науково обґрунтовану технологію епідеміологічного нагляду за інфекціями та шляхистримувальності резистентності мікроорганізмів до антимікробних препаратів» Харківський національний медичний університет, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U000232).

Вперше з'ясовано рівень розповсюдженості серед пацієнтів урологічного стаціонару клінічних ізолятів грамнегативних мікроорганізмів, що резистентні до меропенему, та обґрунтовано необхідність впровадження в рутинну практику бактеріологічних лабораторій фенотипічних методів виявлення карбапенемаз.

Вперше на основі статистичних даних виділення мікроорганізмів у стаціонарах Харківської області було побудовано математичну мультиагентну модель поширення ванкоміцин-резистентних ентерококів (VRE), що дозволяє виявити стаціонари ризику циркуляції VRE та проводити адекватні ізоляційно-обмежувальні заходи та раціональну антибіотикотерапію.

Вперше розроблено програмний продукт «Тест ІСШ», який є експертною системою диференційної діагностики інфекцій сечовивідних шляхів, пов'язаних з наданням медичної допомоги, що дозволило виключити людський фактор при прийнятті рішень.

Вперше розроблено спосіб епідеміологічної діагностики катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів (КАІСШ) у лікувально-профілактичному закладі шляхом визначення єдиного інтегрального показника епідемічного благополуччя стосовно КАІСШ.

Вперше створено діагностичну систему для епідеміологічної діагностики КАІСШ, яка відноситься до спеціалізованих обчислювальних пристроїв для медицини і може бути застосована для епідеміологічної діагностики КАІСШ у лікувально-профілактичному закладі.

За результатами НДР опубліковано 42 наукові статті у фахових виданнях, 29 тез у збірках конференцій; отримано патент «Система діагностики епідемічного благополуччя стосовно катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів» та авторські свідоцтва на комп'ютерні програми «Система підтримки прийняття рішень щодо визначення симптоматичної інфекції сечовивідних шляхів та інфекції сечовивідних шляхів із безсимптомною бактеріємією «UTI-Diagnostics», «Автоматизований програмний комплекс з аналізу та оцінки знань середніх медичних працівників щодо виконання професійних обов'язків». Подана заявка на отримання патенту України «Спосіб епідеміологічної діагностики катетер асоційованої інфекції сечовивідних шляхів».

Проведено випробування в Харківському обласному клінічному центрі урології та нефрології ім. В.І. Шаповала технології запобігання розвитку катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів, способу виявлення внутрішньо лікарняної інфекції сечовивідних шляхів на основі використання стандартного визначення випадку. Видано три інформаційних листа МОЗ України («Технологія запобігання розвитку катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів», «Спосіб профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів на основі контрольного списку необхідних перевірок для запобігання помилок при виконанні катетеризації сечового міхура», «Спосіб виявлення внутрішньо лікарняної інфекції сечовивідних шляхів на основі використання стандартного визначення випадку»). Результати НДР також впроваджуються в навчальний процес кафедр епідеміології Харківського національного медичного університету, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, кафедри гігієни та епідеміології Харківської медичної академії післядипломної освіти. Розроблено освітні програми для лікарів різних спеціальностей, проведено цикли тематичного удосконалення для лікарів, підготовлено методичні матеріали та тестові завдання.

• НДР «Оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на психічні розлади на основі розробки та впровадження психоосвітніх програм» (Харківський національний медичний університет, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U000238).

*Розроблено та науково обґрунтовано:*

– диференційовану психоосвітню програму в комплексному лікуванні та реабілітації психічно хворих, представлено науково обґрунтовані дані щодо ефективності застосування психоосвітньої програми для прогнозу подальшого соціального функціонування та якості життя психічно хворих;

– комплекс психоосвітніх та психотерапевтичних заходів, впровадження яких поряд з фармакотерапією психічних розладів, дозволяє оптимізувати психосоціальну реабілітацію психічно хворих, спрямовану на досягнення їх соціальної реінтеграції;

– інтегративну модель психоосвітньої роботи, яка складається з трьох етапів (інформаційного, терапевтичного, заключного – закріплення), включає в себе використання інформаційного тренінгу; тренінгів формування прихильності до терапії та інтерперсональної

взаємодії, поліпшення комплаєнсу; когнітивно-поведінкової психотерапії та проблемно-орієнтованих дискусій;

– систему диференційованих психоосвітніх програм в комплексному лікуванні та реабілітації психічно хворих для закладів, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

Інноваційними рисами отриманого результату є доведена ефективність психоосвітніх програм у системі психосоціальної реабілітації психічно хворих, що приводить до відновлення їх соціальної активності і успішної ресоціалізації. Доведено, що психоосвіта не тільки збільшує об'єм знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

За результатами НДР опубліковано 55 статей у фахових виданнях, 27 тез у збірках конференцій; подано 2 заявки на отримання патентів на корисні моделі («Спосіб лікування психоемоційних розладів у військовослужбовців», «Спосіб комплексного лікування хворих на шизофренію») та 3 заявки на винаходи («Спосіб терапії дорослих хворих на інсомнію», «Спосіб лікування безсоння у хворих на рекурентні депресивні розлади», «Спосіб лікування постшизофренічної депресії»).

До Переліку для впровадження направлено повідомлення про нововведення «Спосіб корекції цитокінового профілю крові у хворих на рекурентні депресивні розлади».

Видано 6 інформаційних листів («Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію», «Метод психосоціальної реабілітації хворих на біполярний афективний розлад», «Метод підвищення ефективності психотерапевтичного лікування хворих на біполярний афективний розлад», «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію», «Метод психологічної підтримки батьків дітей першого року життя з черепно-мозковою травмою», «Метод лікування шизофренії та шизоафективного розладу»).

Матеріали НДР висвітлені у 2 монографіях («Сучасні проблеми суїцидології», «Професійна адаптація лікарів інтернів в умовах реформування системи охорони здоров'я») та 2 навчальних посібниках («Пенітенціарна психологія та психіатрія», «Словник-довідник з медичної психології»).

Результати НДР впроваджено в роботу КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1», КЗОЗ «Харківській міській психоневрологічний диспансер № 3», КЗОЗ «Харківський міський психоневрологічний диспансер № 16», КЗОЗ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», клініки психіатрії та наркології Військово-медичного центру північного регіону, КЗОЗ «Сумська обласна спеціалізована психіатрична лікарня №2», КЗОЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенко», КЗОЗ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня», КЗОЗ «Перша обласна спеціалізована лікарня м. Ромни», КЗОЗ «Луганський обласний наркологічний диспансер» м. Лисичанськ.

Результати роботи використовуються у навчальному процесі. Розроблено: програму тематичного удосконалення лікарів загальної медичної практики «Актуальні питання психоосвіти у медичній практиці», програму з дисципліни «Основи соціальної реабілітації» для студентів 1-2 курсу освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавр зі спеціальності «Фізична реабілітація та ерготерапія», програму з дисципліни «Сучасні наукові дослідження в нейронауках» для підготовки докторів філософії за спеціальністю 222 «Медицина. Спеціалізація психіатрія». Оновлено програму з дисципліни «Психіатрія та наркологія» для лікарів-інтернів,

для проходження вторинної спеціалізації лікарів, програму з дисципліни «Основи соціальної реабілітації».

• НДР «Експериментальне обґрунтування прогнозу небезпеки та корекції структурно-патогенетичних порушень в організмі в проблемі розробки гігієнічних нормативів поверхнево-активних речовин для води водойм» (Харківський національний медичний університет, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0114U000233).

Уперше науково обґрунтовано та розроблено клініко-експериментальну методичну концепцію корекції патології в організмі та прогнозу токсичності речовин, що нормуються для води.

Визначено, що в основі розвитку патологічних процесів в організмі теплокровних під впливом поверхнево-активних речовин (ПАР) лежить мембранна патологія за принципом радіаційного та канцерогенного ефектів.

Визначено, що розроблені положення моделі гострої і хронічної токсичності можуть бути застосовані для прогнозування потенційної небезпеки нових синтезованих препаратів, що дозволить вчасно запобігти надходженню в навколишнє середовище високотоксичних ксенобіотиків шляхом експериментального пошуку нових технологій виробництва менш токсичних хімічних речовин.

Головна відмінна риса і перевага: дослідження та результати одержано вперше і стосуються оптимізації державної системи гігієнічної регламентації шкідливих речовин у воді водойм, що для України є запорукою для заходів з охорони поверхневих джерел водопостачання, що є однією із основ громадського здоров'я.

Вперше науково обґрунтовано та розроблено клініко-експериментальну методичну концепцію корекції патології в організмі та прогнозу токсичності ПАР.

Запропонована клініко-експериментальна методична концепція корекції патології в організмі та прогнозу токсичності ПАР дає змогу розробникам гігієнічних нормативів для води водойм науково обґрунтовувати та розробляти прогнози токсичності та корекції патології, що є ефективним заходом охорони здоров'я населення та поверхневих джерел водопостачання.

*Науково обґрунтовано та розроблено наступні способи корекції :*

- спосіб корекції порушень процесів знешкодження в печінці тварин, токсифікованих олігоєфірами багатоатомних спиртів;
- спосіб корекції ендогенної інтоксикації олігоєфірами у тварин;
- спосіб корекції імунологічної недостатності в робітників виробництва простих полієфірів;
- Науково обґрунтовано та розроблено наступні способи прогнозування токсичності ПАР:
  - спосіб прогнозування ризику здоров'ю населення внаслідок хімічного забруднення води водних об'єктів;
  - спосіб прогнозування шкідливого впливу ПАР на організм;
  - спосіб прогнозування очікуваного рівня екологічної патології серед дорослого населення внаслідок шкідливого впливу поверхнево-активних речовин на основі регресійного аналізу обсягів використання поверхнево-активних речовин.

Опубліковано 42 статті у фахових виданнях, 29 тез у збірках конференцій.

Матеріали та результати, які було отримано при виконанні роботи, впроваджено в роботу Комітету МОЗ України з питань гігієнічної регламентації, органів Держпродспоживслужби України та гігієнічних кафедр закладів вищої освіти.

Комітетом МОЗ України розглянуто та затверджено 2 гігієнічні нормативи для води водойм, які після затвердження МОЗ України одержать статус офіційних і державних.

Медико-соціальна ефективність: підвищення ефективності системи водопостачання населення та санітарної охорони водойм на основі впровадження в практику гігієнічних нормативів, а також раннє виявлення в організмі можливих наслідків шкідливого впливу токсичних хімічних сполук, які забруднюють поверхневі водойми, в значній мірі створюють умови для охорони здоров'я та покращання якості життя людей.

• НДР *«Розробка комплексної програми хірургічної профілактики ішемічного інсульту при патології екстракраніальних артерій головного мозку»* (Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U004176).

Вперше розроблений і впроваджений інтраопераційний цереборovasкулярний моніторинг, вивчені топографо-анатомічні особливості біфуркації сонної артерії в аспекті хірургічної реконструкції артерії; вперше розроблена комплексна периопераційна медикаментозна терапія, спрямована на поліпшення результатів оперативного втручання. На основі даних інтраопераційної ангіовізуалізації з'ясовані особливості результату реконструкції внутрішньої сонної артерії, при врахуванні яких оптимізовано технічні аспекти хірургічної реконструкції артерії, розроблено метод корекції судинного анастомозу.

Розроблено новий метод судинного анастомозу при виконанні протезування сонної артерії. За результатами проведеного дослідження ролі гомоцистеїну в прогресуванні серцево-судинних захворювань розроблено комплексну медикаментозну терапію хворих з патологією екстракраніальних артерій головного мозку в периопераційному періоді та підготовлені методичні рекомендації з медикаментозної терапії при операціях на сонних артеріях. У методичних рекомендаціях наведені нові підходи щодо медикаментозної корекції гіпергомоцистемії та висвітлено систематизовані авторами сучасні погляди на проведення комплексної медикаментозної терапії при операціях на сонних артеріях.

За матеріалами НДР опубліковано 3 наукові статті в фахових виданнях, 7 тез, з них 2 за кордоном. Отримано 2 патенти «Спосіб інтраопераційної корекції каротидного анастомозу при ендартеректомії» та «Спосіб формування анастомозу внутрішньої сонної артерії». Підготовлені 2 заявки на включення наукового повідомлення у Перелік для впровадження («Спосіб інтраопераційної корекції каротидного анастомозу при ендартеректомії» та «Спосіб формування анастомозу внутрішньої сонної артерії»). Видані методичні рекомендації «Комплексна консервативна терапія при операціях на сонних артеріях». Підготовлено 6 доповідей, з них 2 за кордоном (Німеччина). Впроваджено в лікувальний процес закладів охорони здоров'я (4 акти впровадження).

Медична ефективність: комплексної програми хірургічної профілактики ішемічного інсульту при патології екстракраніальних артерій головного мозку: результати дослідження пацієнтів з патологією екстракраніальних артерій головного мозку дозволять поглибити розуміння особливостей судинного ураження та порушення церебральної гемодинаміки, визначити роль хірургічних методів та комплексної медикаментозної терапії в профілактиці мозкових ішемічних інсультів та покращити результати лікування.

Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності профілактичних заходів щодо зниження частоти ішемічних інсультів внаслідок диференційованого застосування хірургічних методів профілактики інсульту.

Економічна ефективність: підвищення якості діагностики патології судин головного мозку, покращення результатів лікування хворих з судинно-мозковою недостатністю, зменшення кількості ішемічних інсультів, збереження працездатності пацієнтів; зменшення витрат на лікування хворих та соціальні компенсації з приводу інвалідизації хворих, що перенесли ішемічний інсульт.

• НДР «Удосконалити лікування хворих на неходжкінські дифузні В-великоклітинні лімфоми з урахуванням імуногістохімічних та молекулярно-генетичних маркерів» (Національний інститут раку, строки виконання: 2015–2017 роки, № держреєстрації: 0115U000813).

Встановлені молекулярно-генетичні та імуногістохімічні фактори прогнозу перебігу дифузних В-великоклітинних неходжкінських лімфом (ДВВКЛ). Проведено порівняння прогностичної значущості трьох імуногістохімічних алгоритмів (Hans, Colomo і Muris) та встановлено алгоритм з найбільшою прогностичною цінністю, який рекомендований для подальшого застосування у клінічній практиці і науки. Виявлено, що IDO-позитивна експресія є важливим маркером, який пов'язаний зі зниженням виживаності без прогресування (ВБП) у хворих з ДВВКЛ. Визначено, що серед біологічних факторів для ДВВКЛ групи несприятливого прогнозу негативне прогностичне значення на показник 2-річної БПВ та 2-річної загальної виживаності має експресія білка BCL-2.

Проведена лікування хворих на дифузну В-великоклітинну лімфому групи високого ризику та на первинну медіастиальну лімфому з використанням новітньої схеми поліхіміотерапії (ПХТ) R-Da-EPOCH. Проведена оцінка ефективності та токсичності розроблених протоколів лікування. Шляхом проведення рандомізованого дослідження визначено оптимальний режим ПХТ першої лінії хворих на ПМВКЛ: схема R-da-EPOCH має вищу ефективність порівняно з режимом R-CHOP.

Встановлено, що метаболічний об'єм пухлини (MTV), оцінений при ПЕТ-КТ у хворих на ПМВКЛ до початку лікування є незалежним прогностичним фактором.

Побудована нелінійна 5-факторна модель, яка враховує ознаки: експресія bcl2, стадія, вік, кількість екстранодальних вогнищ, режим терапії дозволяє прогнозувати ризик раннього рецидиву ( $AUC_{MLP5} \approx AUC_{Lin15}$ ,  $P = 0,56$ ).

Розроблено алгоритм лікування хворих на дифузну В-великоклітинну лімфому групи високого ризику та на первинну медіастиальну лімфому.

У основі розроблення оптимальних методик поставлено завдання удосконалити спосіб лікування хворих на ДВВКЛ групи високого ризику та первинної медіастиальної лімфоми, з використанням новітньої схеми ПХТ R-da-EPOCH що дозволить підвищити ефективність лікування хворих даної категорії та досягти більш високих показників загальної виживаності.

*Практична ефективність результатів:*

– медична – поліпшення якості лікування хворих на В-великоклітинні неходжкінські лімфоми, збільшення загальної ефективності лікування, зменшення частоти рецидивів, підвищення безрецидивної та загальної виживаності.

– соціальна – поліпшення якості життя хворих на В-великоклітинні неходжкінські лімфоми;

– економічна – скорочення термінів лікування в середньому на 10 %.

За 2017 р. опубліковано 85 наукових праць, з них: 1 інформаційний лист, 27 статей (8 – у незалежних міжнародних експертних виданнях), 23 тез (7 – у незалежних міжнародних експертних виданнях), отримано 7 патентів на корисну модель («Спосіб ультразвукової діагностики кардіотоксичності поліхіміотерапії у пацієнтів з лімфомами», «Спосіб лікування хворих на неходжкінську В-великоклітинну лімфому високого ступеня ризику», «Спосіб прогнозування перебігу захворювання у хворих на неходжкінські дифузні В-великоклітинні лімфоми», «Спосіб визначення прогнозу перебігу захворювання у хворих на неходжкінську дифузну В-великоклітинну лімфому», «Спосіб прогнозування сприятливого перебігу захворювання у хворих на неходжкінські дифузні В-великоклітинні лімфоми», «Спосіб прогнозування перебігу захворювання у хворих на неходжкінські дифузні В-великоклітинні лімфоми», «Спосіб визначення прогнозу перебігу захворювання у хворих на неходжкінську первинну медіастинальну В-великоклітинну лімфому»), підготовлено 6 повідомлень про нововведень до Переліку для впровадження. У рамках даної НДР виконується кандидатська дисертація.

За матеріалами досліджень за період виконання НДР підготовлено 2 методичні рекомендації («Профілактика та лікування гепатотоксичності хіміотерапії у хворих на рак грудної залози», «Сучасні критерії діагностики та лікування множинної мієломи») і 4 інформаційних листи («Лікування хворих на неходжкінські лімфоми похилого віку», «Схема поліхіміотерапії R-Da-EPOCH у лікуванні первинної медіастини», «Схема поліхіміотерапії RERC у паліативному лікуванні хворих на лімфоми», «Лікування хворих з дифузною В-великоклітинною лімфою з групи високого ризику»).

Місце впровадження: ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», Хмельницька обласна лікарня, Черкаський обласний онкогематологічний центр, Харківський онкоцентр, Житомирська обласна лікарня, Національний центр радіаційної медицини, Київська міська клінічна лікарня №9, Одеська обласна клінічна лікарня.

• НДР «Медико-соціальне обґрунтування комплексу заходів запобігання та зниження інвалідності внаслідок військових (локальних) конфліктів» (Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U003081).

На засадах аналізу нормативно-правової бази, що регулює відношення у сфері соціального захисту осіб з інвалідністю, які приймали участь у локальних військових конфліктах запропоновано обґрунтовані пропозиції щодо її удосконалення; обґрунтовано та розроблено медичний, психологічний і соціальний портрети інваліда з метою визначення обсягів й ефективності реабілітаційних програм; встановлено особливості формування ступеня обмеження життєдіяльності у постраждалих внаслідок військових (локальних) конфліктів; виявлено характер змін рівня й структури інвалідності, причинно-наслідкові взаємозв'язки показників постраждалих з соціально-економічним і нормативно-правовим забезпеченням медико-соціальної, експертної допомоги; розроблено та впроваджено спеціальні форми для збору статистичної інформації стосовно епідеміології інвалідності учасників АТО та їх потреб в різних видах реабілітаційної допомоги, у тому числі й технічних засобах їх реабілітації; створено інформаційну базу щодо первинної інвалідності учасників АТО, яка є основою для розробки



комплексних програм з профілактики та зниження інвалідності в учасників АТО; науково обґрунтовано комплекс заходів запобігання та зниження інвалідності учасників локальних військових конфліктів із визначенням місця профілактики й співвідношення принципів якісного функціонування медичних, психологічних, соціальних компонентів мультидисциплінарної реабілітації, які направлені на ефективне відновлення працездатності та повернення інвалідів у суспільство.

Для досягнення результату з урахуванням розроблених стандартів і об'єктивних індикаторів якості, виявлення різноманітних відхилень у функціонуванні медико-соціальної допомоги обґрунтовано концепцію запобігання та зниження інвалідності шляхом розробки оптимізованої моделі медико-соціальної та психологічної допомоги.

За результатами виконання НДР опубліковані 8 наукових праць, методичний довідник, подано 3 нововведення до Переліку для впровадження.

Видано «Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 рік: аналітико-інформаційний довідник».

Впроваджено цикл лекцій щодо особливостей нормативно-правової бази та проведення медико-соціальної експертизи в учасників АТО на курсах підвищення кваліфікації лікарів-експертів медико-соціальних експертних комісій кафедри медико-соціальної експертизи і реабілітації факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» та кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».

• *НДР: «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)»*, (Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U001445).

Зібрані, узагальнені та проаналізовані дані щодо посттравматичних стресових порушень серед військовослужбовців та стан надання спеціалізованої психіатричної допомоги медичними закладами, підпорядкованими МОЗ України. Розроблено анкету та на її основі зібрано, узагальнено та проаналізовано інформацію для слідчих органів про завершені суїцидів серед учасників АТО.

Запропоновані зміни до офіційної статистичної річної звітності МОЗ України: щодо надання медичної допомоги військовослужбовцям внаслідок навмисного самоушкодження (незавершені суїцидальної спроби); виявлення захворюваності та розповсюдженості посттравматичного стресового розладу, гострої реакції на стрес та інших розладів внаслідок стресу; виявлення захворюваності та розповсюдженості вживання психоактивних речовин серед учасників бойових дій; визначення кількості проведених судово-психіатричних експертиз у учасників бойових дій, їх аналіз та оцінка.

*У ході виконання НДР розроблено:*

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» // наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121/

Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі.

2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Посттравматичний стресовий розлад» // наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121/ Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі.

3. Ініційовано переклад та розповсюдження Адаптованої клінічної настанови «Клінічне керівництво міністерства США у справах ветеранів та міністерства оборони США щодо лікування посттравматичного стресу».

Всього наукової продукції за 2015-2017 рр.: нормативні документи – 2, нововведення – 3, монографії – 5, навчальні посібники – 4, методичні рекомендації – 4, методичні посібники – 6, наукові публікації у міжнародних виданнях – 15, наукові публікації у вітчизняних виданнях: статті – 56, тези - 17, стендові доповіді – 53.

*Результати НДР впроваджені в практичну роботу Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни МОЗ України (с. Циблі, Київська область), Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь»; КЗ КОР «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання»; «Дорожня клінічна лікарня № 1 станції Київ», «Дорожня клінічна лікарня № 2 станції Київ» та в навчальний процес Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Харківського національного медичного університету; Одеського національного медичного університету; Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.*

Медико-соціальна ефективність результатів НДР: удосконалення діагностики, лікування та судово-психіатричної експертної оцінки посттравматичних стресових порушень та коморбідних розладів і розробка диференційованих критеріїв призначення психофармакотерапії, що поліпшить надання медичної, соціальної та психологічної допомоги таким пацієнтам, зменшить відсоток хронізації, сприятиме зниженню кількості загострень та зменшить долю осіб із недіагностованими посттравматичними порушеннями. Реадаптації та соціалізації різних груп пацієнтів з посттравматичними стресовими порушеннями та коморбідними розладами, запобігання інвалідизації, подальше активне включення пацієнтів у суспільне життя.

• *НДР «Розробка нових підходів до стратегії і тактики специфічної профілактики дифтерії та правця з метою запобігання активізації епідпроцесу» Державна установа «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України», строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U002142).*

Проведено моніторингові дослідження основних характеристик епідпроцесу дифтерії та правцю в Україні за даними офіційної статистики. Виявлено ознаки прихованого перебігу епідпроцесу дифтерії; неблагополучну епідситуацію щодо правцю серед дитячого населення та тенденцію до зниження напруженості популяційного імунітету проти дифтерії та правця в Україні, у т.ч. до зниження протидифтерійного та протиправцевого захисту дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Отримано результати, що вказують на формування значного прошарку осіб, щеплених з порушеннями чи не щеплених від дифтерії та правця.

Удосконалено техніку застосування диско-дифузійного методу для визначення антибіотикочутливості збудника дифтерії.

Розроблено спосіб виявлення толерантності коринебактерій дифтерії до пеніциліну за допомогою диско-дифузійного методу.

Розроблено пропозиції щодо додаткових заходів із імунопрофілактики дифтерії та правцю у осіб із порушеннями чинного Календаря щеплень або не щеплених від цих інфекцій, з урахуванням сучасного стану вакцинопрофілактики в Україні, світових та європейських стандартів.

Проведено дослідження з підтримки та розвитку об'єкту національного надбання «Колекція штамів коринебактерій» в рамках роботи філіалу Музею-депозитарію патогенних для людини мікроорганізмів.

Отримано патент України на корисну модель «Спосіб визначення чутливості *Corynebacterium diphtheriae* до антибактеріальних препаратів». Оформлено заявку на корисну модель «Спосіб виявлення толерантності коринебактерій дифтерії до пеніциліну за допомогою диско-дифузійного методу». Підготовлено інформаційно-аналітичний огляд для МОЗ України «Напруженість популяційного імунітету населення України до дифтерії та правцю у 2016 році». Оpubліковано 4 наукові роботи, зроблено 4 доповіді на наукових форумах.

Підготовлено до видання інформаційні листи: «Алгоритм спостереження за рівнем протидифтерійного та протиправцевого популяційного імунітету населення України» та методичні рекомендації «Проведення профілактичних щеплень проти кашлюку, дифтерії та правцю» та Наукове повідомлення «Алгоритм спостереження за динамікою захворюваності на дифтерію та носійства збудника» включено до Переліку наукової (науково-технічної продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я.

Отримано 5 актів впровадження. Результати впроваджені в роботу закладів охорони здоров'я України, науковий процес.

• НДР «Розробити методологію моделювання та прогнозування розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції» (Державна установа «Український науково-дослідний протичумний інститут імені І.І. Мечнікова МОЗ», строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0115U002976).

Для оцінки інформаційної забезпеченості процесу моделювання та прогнозування епідемічного процесу ВІЛ-інфекції проведена ревізія системи показників, що збираються у ході епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією (рутинний та дозорний епідгляд). Створений реєстр епідеміологічних показників, у якому відображено наповнення показника, джерела інформації, періодичність збирання даних та їх стратифікації, рівень (національний, регіональний, субрегіональний), для якого збираються.

Підготовлено базу епідеміологічних даних щодо ВІЛ-інфекції в Одеській області за 1987-2015 роки на основі Реєстру ВІЛ-інфікованих осіб Одеської області.

Проведено оцінку можливості використання відібраних моделей з точки зору інформаційної забезпеченості та зручності використання для кінцевого користувача. У результаті проведеного аналізу для подальшої роботи відібрана ECDC HIV model, реалізована у ECDC HIV Modelling tool.

Здійснено апробацію моделі на основі субрегіональних (Білгород-Дністровський район, місто Білгород-Дністровський) та регіональному (Одеська область). Здійснено порівняння отриманих результатів з даними, отриманими за допомогою інших методів моделювання,

продемонстровано валідність застосованих методів моделювання з допомогою ECDC HIV Modelling tool. Існують вітчизняні аналоги рекомендацій щодо моделювання епідемічного процесу ВІЛ-інфекції на регіональному та субрегіональному рівні із застосуванням ECDC HIV Modelling tool, але методики відновлення недостатньої епідеміологічної інформації щодо ВІЛ-інфекції відсутні.

Перевагами розроблених методичних рекомендацій над ECDC HIV Modelling Tool User Manual є:

- адаптованість до системи епідеміологічного нагляду в Україні
- наявність рекомендацій щодо відновлення відсутньої епідеміологічної інформації
- рекомендації щодо визначення періодів з стабільним рівнем вірогідності виявлення ВІЛ-інфекції.

*Медико-соціальна ефективність впровадження результатів НДР* полягає у підвищенні результативності профілактичних та протиепідемічних заходів, зниженні захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від хвороби зумовленої ВІЛ, у відборі найбільш ефективних та рентабельних стратегій протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Створена концептуальна основа моделі, визначено конкретне наповнення кожного з рівнів епідемічного процесу.

Вперше запропоновані підходи до відновлення відсутньої епідеміологічної інформації про випадки ВІЛ-інфекції, які не увійшли до офіційної статистики внаслідок не звернення ВІЛ-інфікованих осіб до медичних закладів СНІД-сервісної служби. Виявлено, що дані офіційної статистики, що збираються на регіональному рівні неповні, містять суттєві прогалини у часі, особливо на субрегіональному рівні.

Вперше запропонований детальний опис методики моделювання епідемічного процесу ВІЛ-інфекції на регіональному та субрегіональному рівнях з скриптами для підготовки вхідних даних та рекомендаціями щодо використання отриманих результатів.

Підготовлено до видання методичні рекомендації розрахунку динаміки інтенсивності епіпроцесів ВІЛ і ТБ на адміністративно-територіальному рівні (на прикладі Одеської області) з використанням інтегральної оцінки епідемічної ситуації.

Проведено 4 семінари з впровадження результатів НДР у роботу практичних закладів охорони здоров'я.

Опубліковано 4 наукові статті, 3 направлені до друку, в тому числі 2 до міжнародних видань, що входять до наукометричних баз даних, зроблено 4 доповіді, в тому числі на міжнародних конференціях.

• *НДР «Визначити ефективність застосування аутологічних та донорських клітинних трансплантатів для захисту жирового тканинного трансплантату від тканинної резорбції» (Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України, строки виконання: 2015-2017 роки, № держреєстрації 0114U007379).*

За умов експерименту *in vitro* отримані переконливі дані, що свідчать про здатність клітин, що виділені з жирової клітковини, а саме фібробластоподібних клітин третьої клітинної субпопуляції до диференціації в індукційному середовищі в остеогенному, хондрогенному та адипогенному напрямкам.

Доведено, що клітин виділені з жирової клітковини здатні до тривалого культивування, при цьому зберігається фенотипічні та каріотипічні характеристики клітин, що культивуються.

Доведено, що стовбурові клітини виділені з жирової клітковини мають мезенхімальне походження та за імунофенотипом наближені до стовбурових клітин, що виділені з кісткового мозку які є еталоном мезенхімального типу клітин.

Вперше за умов гетеротопічної трансплантації жирового графту та різного типу клітинного матеріалу, а саме нативного аутологічного та алогоного нативного та кріоконсервованого проведено дослідження з визначення впливу трансплантованих стовбурових клітин на процеси тканинної резорбції в пересаженій жировій тканини.

Вперше при моніторингу процесів тканинної резорбції в пересаженій жировій тканини на ранніх і пізніх етапах після трансплантаційного періоду та в різних досліджуваних групах були використані методи морфометричного, гістологічного морфологічного та імуногістохімічного аналізу.

Використовуючи методи морфометричного, гістологічного морфологічного та імуногістохімічного аналізу визначено особливості процесів тканинної резорбції гетеротопічно трансплантованого жирового графту в різні терміни після трансплантаційного періоду та відповідно до від виду застосованого клітинного матеріалу.

Використовуючи методи морфометричного, гістологічного морфологічного та імуногістохімічного дослідження встановлено, що застосування донорського клітинного матеріалу як нативного так і кріоконсервованого призводить до активації запальних та дегенеративно-дистрофічних процесів в пересаженому жировому графті та до прискорення тканинної резорбції з наступним переходом в фіброзування.

Встановлено, що поєднана тканинно-клітинна трансплантація, а саме пересадка жирового графту, збагаченого власними аутологічними мезенхімальними стовбуровими клітинами призводить до активації регенеративно-пластичних процесів, збільшення кількості адипоцитів та як наслідок збільшення маси трансплантованого графту. Здатність 75% клітин культури, що виділена з жирової тканини в індукційному середовищі до диференціації по адипогенному напрямку відкриває значні перспективи їх використання в регенераторно-пластичній хірургії.

Результати проведеного експериментального дослідження свідчать про недоцільність використання в клінічній практиці, а саме для корекції об'ємно-контурних дефектів м'яких тканин клітинно-тканинного жирового графту в якому в якості клітинного компоненту передбачається застосування алогоного як нативного так і кріоконсервованого клітинного матеріалу, а саме мезенхімальних мультипотентних стовбурових клітин, що виділені з донорської жирової тканини.

Водночас встановлено, що збагачення тканинного графту, а саме жирової тканини аутологічними стовбуровими клітинами, що виділені з жирової клітковини призводить до активації регенераторно-пластичних процесів, активному зростанню кількості адипоцитів та як наслідок до зростання маси пересаженого графту.

Таким чином, результати дослідження за умов *in vivo* свідчать про доцільність використання аутологічного клітинного матеріалу, а саме нативних мезенхімальних мультипотентних стовбурових клітин, що виділені з жирової тканини для захисту трансплантованого жирового графту від тканинної резорбції.

За матеріалами НДР опубліковано 18 наукових праць, зроблено 11 доповідей на науково-практичних конференціях; видано методичні рекомендації «Застосування клітинних і тканинних трансплантатів у комплексному лікуванні хворих на панкреонекроз»; подано 2 заявки на включення наукового повідомлення до переліку наукової (науково-технічної) продукції,

призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я («Метод моделювання трансплантації поєданого (алло/ауто/клітинно-тканинного графту», «Метод моделювання трансплантації аутологічного клітинно-тканинного графту); отримано патент на корисну модель «Спосіб відновлення об'ємів поверхневих м'яких тканин». Результати НДР висвітлені в навчально-методичному посібнику «Клінічна трансфузіологія. Частина III. Корекція гіповолемічних порушень: навчально-методичний посібник».

### ***Міжнародне наукове і науково-технічне співробітництво.***

Міжнародне співробітництво ВМНЗ та НДУ МОЗ України у 2017 р., як і у попередні роки, було спрямоване на розвиток та поглиблення міжнародної співпраці, подальшу інтеграцію з міжнародним науковим медичним співтовариством, ознайомлення з передовими науковими технологіями, поширення досягнень вітчизняної медичної науки, пошук можливих джерел фінансової підтримки наукових напрацювань, що можуть становити інтерес для світової наукової медичної громадськості.

Міжнародне науково-технічне співробітництво здійснювалося як на міждержавному рівні, так і на рівні міжнародних проектів, програм, договорів, грантів та інших форм співпраці із зарубіжними освітніми та науково-дослідними інституціями, між науковими установами, навчальними закладами, факультетами, окремими кафедрами, клініками, лабораторіями, центрами, госпіталями, фірмами тощо.

Важливим напрямком міжнародної діяльності є пошук можливостей залучення грантових коштів на проведення наукової та освітньої роботи.

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 сферою охорони здоров'я.

У різних формах міжнародного науково-технічного співробітництва брали участь практично всі ВМНЗ та НДУ МОЗ України.

Зокрема:

– Національним медичним університетом імені О.О. Богомольця протягом звітного періоду було підготовлено та укладено угоди про співробітництво з такими зарубіжними інституціями: проект з епідеміології спільно з Каролінським інститутом (Швеція); міжнародний проект за напрямком «Розробка сертифікованої навчальної програми у галузі охорони громадського здоров'я», в рамках реалізації Проекту USAID «Реформа ВЛІ-послуг у дії», за підтримки компанії DeloitteConsultingOverseasProjectsLLC, спільно з ГО «Український центр сімейної медицини» та Університетом Каліфорнії (Сан-Франциско, США); Китайсько-український науково-освітній проект спільно з Департаментом охорони здоров'я провінції Ганьсу (КНР); спільний освітньо-науковий проект з Аріельським університетом (Ізраїль); спільний науково-освітній проект з телемедицини в стоматології зі Стоматологічною лікарнею м. Урумчі та Комітетом санітарії і планування сім'ї м. Урумчі (КНР); освітній проект "TeachtheTeachers", який є стандартом підвищення кваліфікації викладачів в усьому світі,

виконується в рамках грантової допомоги Всесвітньої асоціації анестезіологів; спільний науково-дослідний-освітній проект з Університетом Брауна (США) та Гарвардським університетом (США), у рамках якого кафедри університету НМУ проводять порівняльні дослідження сучасного стану поширеності та ефективності методів діагностики та лікування антибіотикорезистентного туберкульозу, ВІЛ-інфекції; грантові дослідження за різними напрямками тощо.

– Львівський національний медичний університет 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) виконував проект «Pathogen and Graphene (PANG)» конкурсу H2020-MSCA-RISE-2015, що співфінансується Європейським Союзом у рамках Програми досліджень та інновацій «Горизонт 2020».

– Науково-педагогічні працівники та молоді науковці Національного фармацевтичного університету отримали 34 гранти від міжнародних організацій для виконання наукових досліджень, стажування, участі у міжнародних наукових конгресах, конференціях (Міжнародний науково-дослідницький проект з біомедичної дослідницької етики у рамках програми «E-Education in Reserch Ethics: Central and Eastern Europe», м. Вільнюс; грант Вишеградського фонду (International Visegrad Fund) на наукові дослідження в рамках теми: «Synthesis of solvatochromic dyes to study protein-membrane interaction» на пост-докторське стажування на базі Institute of organic chemistry and biochemistry in Prague, м. Прага; грант на розвиток науки (придбання мікроскопу Optika-B1000BF з камерою Optikam HDI-про компанією Bionogica CE); гранти на участь у конгресі ISPOR 20th Annual European Congress, м. Глазго (Шотландія); наукове медичне стажування у Фінляндії тощо).

– ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» співпрацює у рамках міжнародного наукового співробітництва з актуальних питань освітньої та наукової діяльності за 36 угодами (договорами). У 2017 році укладено 8 нових угод. Науково-педагогічні працівники та студенти проходили навчання або стажування відповідно до програм двостороннього та багатостороннього міжнародного обміну.

– Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова на міжнародній виставці «Освіта та кар'єра – День студента 2017» (16-18 листопада 2017 року) отримав Гран-прі у номінації «Міжнародне співробітництво в галузі освіти і науки» та Почесне звання «Лідер міжнародної діяльності».

#### *Технічне забезпечення наукової бази та придбання обладнання.*

У 2017 р. МОЗ України не було передбачено коштів загального фонду Державного бюджету на придбання наукового обладнання та на капітальний ремонт приміщень.

У минулому році науково-дослідні установи та вищі медичні навчальні заклади здійснювали оновлення матеріально-технічної бази за рахунок коштів спеціального фонду, спонсорів та інвесторів, інших позабюджетних надходжень.

Зокрема,

– для матеріально-технічне забезпечення науково-практичної діяльності Запорізького державного медичного університету за рахунок коштів спецфонду виділено 20015,979 тис.грн.

(19207,2 тис. грн. – на закупівлю наукового, лабораторного і діагностичного обладнання, 605,564 тис. грн. – на закупівлю реактивів, 203,215 тис. грн. – на закупівлю телепанелей, комп'ютерів і комплектуючих.

– Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького придбав медичне та наукове обладнання на суму 10 млн 523 тис. гривень.

– Національним фармацевтичним університетом придбано 70 одиниць обладнання для наукового процесу на суму 19140,09 тис. гривень.

#### *Національне надбання.*

До наукових об'єктів, що становлять національне надбання (постанови Кабінету Міністрів України від 19.12.2001 № 1709 та від 22.09.2004 № 1241, розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 № 655) віднесені:

1) Колекція штамів рикетсій та арбовірусів Державної установи «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України». У поточному році на виділені кошти були витрачені на придбання азоту для збереження штамів арбовірусів, на оплату донорів для збереження популяції вошей і відповідно штамів рикетсій, оплати комунальних та інших послуг.

2) Колекція штамів мікроорганізмів Державної установи «Український науково-дослідний протичумний інститут імені І.І. Мечнікова МОЗ України». У звітному періоді згідно календарному плану перевірки життєздатності музейних штамів проведено 10693 планових пересівів бактеріальних культур мікроорганізмів. Проведено дослідження мікробіологічних характеристик свіжоізолюваних та переданих в музей у 2017 році 6 штамів *F. tularensis*, складені паспорти. Для вивчення властивостей музейних штамів мікроорганізмів в процесі зберігання перевірені серологічні та біохімічні характеристики 14-ти штамів *V.cholerae* O1, в тому числі тест-штамів *V.cholerae cholerae* O1 P-1(145), *V.cholerae* Eltor №878. Перевірені біохімічні властивості 4-х штамів *E.coli*. Отримані дані відповідають паспортним.

Згідно з планом роботи музею живих культур проведені пасажі 8 вірусних штамів. Пасажі здійснені з метою перевірки та підтримки життєдіяльності штамів вірусів, а також отримання вірусомісного матеріалу для приготування і одержання антигенів, імунних сироваток, препаратів для електронної мікроскопії для подальшого вивчення штамів вірусів. Проведено 977 вірусологічних досліджень.

Проведено вивчення трьох неідентифікованих музейних штамів вірусів.

Для музейних штамів вірусу кліщового енцефаліту (ВКЕ) Саврань проведено контроль наявності вірусу в матеріалі. Всього проведено 45 молекулярно-генетичних аналізів. виступали вищі медичні навчальні заклади МОЗ України, науково-дослідні установи МОЗ і НАМН України, профільні професійні асоціації (наукові товариства) України, регіональні заклади охорони здоров'я.

Більшість наукових форумів відбулася з міжнародною участю науковців та фахівців. Учасниками наукових медичних форумів розглядалися актуальні питання реалізації інноваційних процесів в медицині, впровадження у практику новітніх медичних технологій, розробки стандартів та протоколів діагностики та лікування, реформування сфери охорони здоров'я та медичної освіти тощо.

З метою інформування спеціалістів про новітні досягнення медицини у 2017 році було організовано ряд міжнародних та національних тематичних виставок за тематикою, що



відповідає пріоритетам розвитку сфери охорони здоров'я. Традиційно виставки стають майданчиком для обміну досвідом, професійного діалогу та встановлення ділових контактів серед медичних фахівців, представників підприємств медичної і фармацевтичної промисловості. Фахівці мають змогу ознайомитися з новинками наукових приладів, сучасними лабораторно вимірювальним обладнанням, інструментами та витратними матеріалами, реагентами, тест-системами, питаннями стандартизації, метрології тощо.

Зазначені заходи були спрямовані на активацію впровадження інновацій шляхом налагодження взаємодії науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів, закладів охорони здоров'я різних форм власності, громадських недержавних організацій, професійних асоціацій, підприємств, що спеціалізуються на виробництві лікарських засобів та виробів медичного призначення.

На П'ятій міжнародній виставці освіти за кордоном "World Edu" Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького отримав Сертифікат якості наукових публікацій на підставі високого рейтингового показника у наукометричній базі даних SciVerse Scopus. За підсумками проведення Дев'ятої міжнародної виставки «Інноватика в сучасній освіті» Університет нагороджений Золотою медаллю та Дипломом у номінації «Інновації в діяльності вищого навчального закладу з інтернаціоналізації освіти та науки».

У грудні 2017 р. на базі Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології було проведено перший дослідницький курс для молодих вчених та студентів «The First Research Course for Early Career Mental Health Specialists and Students» з залученням міжнародних фахівців з Норвегії, Голландії, Німеччини, США, що мав на меті формування навичок у сфері підготовки дизайну проєктів, втіленні науково-дослідницьких проєктів на базі клінічних установ, включаючи базові принципи статистичної обробки даних, написання наукових статей та презентації результатів наукових досліджень.

#### *Випуск та придбання друкованої продукції.*

У великому спектрі представлених на інформаційному ринку комунікаційних засобів провідне місце займають наукові медичні видання. Ряд фахових медичних журналів включені до міжнародних наукометричних і бібліографічних баз.

З 2014 р. відповідно до наказу МОЗ України та НАМН України від 13.11.2013 № 969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я» (zareєстрованого в Міністерстві юстиції України від 05.12.2013 р. за № 2068/24600) за результатами виконання НДР формується Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначений для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. У 2017 році сформовано та видано третій випуск Переліку, який містить 630 повідомлення 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 інформаційні листи). Українським центром наукової медичної інформації опрацьовано та видано 398 інформаційних листів, а також 125 методичних рекомендацій затверджених МОЗ України.

Протягом 2017 р. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького придбав навчальну та наукову літературу на суму 687,2 тис.грн. Наукова бібліотека Університету підтримує зв'язок з іншими науковими бібліотеками м.Львова, України та світу. Зокрема, успішно працює Міжнародний міжбібліотечний абонемент. У 2017 році отримано тестовий доступ до баз даних Web of Science та Walter de Gruyter. Ним користуються всі науковці Університету. Бібліотека є членом Української бібліотечної асоціації та Медичної бібліотечної асоціації (AGMB) (ФРН).

#### *Підготовка наукових кадрів.*

НДУ та ВМНЗ МОЗ України здійснюють підготовку науково-педагогічних і наукових кадрів не тільки у розрізі окремих установ, а й в розрізі наукових спеціальностей, що забезпечить формування і підтримку визнаних наукових шкіл.

На кінець 2017 року в НДУ та ВМНЗ МОЗ України виконувалося 661 докторська і 2742 кандидатських дисертаційних робіт, затверджено 112 докторських і 535 кандидатських дисертацій, 45 докторських і 282 кандидатських дисертаційних робіт знаходилося на розгляді у спеціалізованих вчених радах.

У 2017 році до аспірантури за державним замовленням прийнято 328 осіб (з них 227 – очна денна форма навчання). Закінчили аспірантуру 171 особа (з них 115 – очна денна форма навчання). До докторантури прийнято 9 осіб, випущено 13.

#### *Державні премії та державні стипендії в галузі науки і техніки.*

1) *Присуджена премія Президента України для молодих вчених 2017 року (Указ Президента України від 29.12.2017 № 458/2017):*

*- за роботу «Нові сполуки з рослинних флаваноїдів та субстанцій наночастинок срібла та золота»:*

РИБАЧУК Анні Володимирівні –кандидатові медичних наук, асистентові Національного медичного університету імені О. О. Богомольця;

*- за роботу «Роль диспластичних деформацій кісткових компонентів колінного суглоба у формуванні гонартрозу, прогноз його розвитку»:*

ПУСТОВОЙТ Катерині Борисівні – кандидатів медичних наук, асистентові Харківської медичної академії післядипломної освіти;

*- за роботу «Розробка та створення нового лікарського засобу на основі похідного адамантану для терапії гострої ішемії головного мозку та серця»:*

ХОДАКІВСЬКОМУ Олексію Анатолійовичу – докторові медичних наук, професорові Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова;

*- за роботу «Молекулярно-генетичні та клінічні дослідження пост-Чорнобильського і спорадичного папілярного раку щитоподібної залози»:*

ДІНЦЮ Андрію Володимировичу – кандидатів медичних наук, начальникові науково-дослідної частини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця;

2) *Присуджена Державна премія України в галузі науки і техніки 2016 року Указ Президента України від 07.04.2017 № 101/2017):*

*- за роботу «Фундаментальні основи реалізації механізмів протипухлинного захисту організму»:*

КОЛЕСНИК Олені Олександрівні – докторові медичних наук, директорові Національного інституту раку

ХРАНОВСЬКІЙ Наталі Миколаївні – кандидатові біологічних наук, завідувачеві лабораторії Національного інституту раку;

- за роботу «Створення засобів та технологій еферентної терапії на основі нанокремнезему»:

ТУРОВУ Володимиру Всеволодовичу – члену-кореспондентові Національної академії наук України, завідувачеві відділу Інституту хімії поверхні ім. О. О. Чуйка НАН України;

МОРОЗУ Василю Максимовичу – докторові медичних наук, ректорові Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова;

БОНДАРЮ Сергію Анатолійовичу – докторові медичних наук, завідувачеві кафедри Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова;

ПИПІ Ларисі Володимирівні – докторові медичних наук, завідувачеві кафедри Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова;

ЛУЦЬОКУ Миколі Борисовичу – докторові медичних наук, професорові Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова;

БОНДАРЧУКУ Олегу Івановичу – кандидатові медичних наук, доцентові Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова;

ВІЛЬЦАНЮКУ Олександрю Афанасійовичу – кандидатові медичних наук, доцентові Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова;

ШТАТЬКО Олені Іванівні – кандидатові медичних наук, доцентові Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова;

- за підручник «Фармакологія». - Вінниця: Нова книга, 2011. - 432 с. :іл.:

БОБИРЬОВУ Віктору Миколайовичу – докторові медичних наук, першому проректорові вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»;

РЯБУШКУ Миколі Миколайовичу – кандидатові медичних наук, деканові вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»;

ОСТРОВСЬКІЙ Галині Юріївні – кандидатові медичних наук, доцентові вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»;

ПЕТРОВІЙ Тамарі Аркадіївні – кандидатові медичних наук, доцентові вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»;

КРЕСЮНУ Валентину Йосиповичу - докторові медичних наук, завідувачеві кафедри Одеського національного медичного університету;

ГОДОВАН Владлені Володимирівні – докторові медичних наук, професорові Одеського національного медичного університету;

КАВІ Тетяні Володимирівні – кандидатові медичних наук, доцентові Національного медичного університету імені О. О. Богомольця;

КАЗАК Лідії Іванівні - докторові медичних наук, пенсіонерові.

3) Академічна стипендія Президента України призначена аспіранту кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького Н. Негричу, аспіранту кафедри внутрішньої медицини №2 Харківського національного медичного університету К. Боровик.

4) Авторському колективу Запорізького державного медичного університету (професори І.Мазур, Ю.Колесник, І.Беленічев, Л.Кучеренко і інші ) розпорядженням Кабінету Міністрів України від 11 травня 2017 року за роботу «Створення та впровадження у виробництво лікарських засобів на основі Тіотриазоліну для лікування серцево-судинних та офтальмологічних захворювань і підвищення імунітету організму» *присуджено Премію Кабінету Міністрів України за розробку і впровадження інноваційних технологій.*

5) Відповідно до постанов Комітету з Державних премій України в галузі науки і техніки 17 молодих учених НДУ та ВМНЗ МОЗ України отримували у минулому році стипендії Кабінету Міністрів України для молодих учених.

• *Основні результати інноваційної діяльності за пріоритетними інноваційної діяльності, видами фінансування у розрізі напрямів інноваційної діяльності та трансферу технологій.*

Фундаментальні та прикладні НДР, які виконуються у рамках вищезазначеної бюджетної програми, мають інноваційну спрямованість і відповідають пріоритетним напрямам інноваційної діяльності.

Фінансування інноваційних проектів і програм видатками державного бюджету не передбачалося.

Інтеграція у світовий освітній, науковий і медичний простір передбачає безперервне навчання та підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників.

Підвищення кваліфікації науково-педагогічних і науковців працівників НДУ та ВМНЗ МОЗ України протягом 2017 року здійснювалося на базах вітчизняних та закордонних науково-практичних центрів, шляхом участі у наукових форумах (з'їздах, конгресах, симпозіумах, науково-практичних конференціях), на яких широко обговорюються досягнення медичної науки, інноваційні процеси у сфері охорони здоров'я та рекомендації з впровадження нововведень у практику. Особливо сприяє підвищенню професійного рівня, в тому числі у сфері інноваційної діяльності, участь у міжнародних наукових форумах, ознайомлення з роботою міжнародних науково-практичних центрів.

Разом з тим, існує нагальна потреба у розширенні підготовки кадрів з питань управління інвестиційною та інноваційною діяльністю.

У 2017 р. НДУ та ВМНЗ МОЗ України продовжували роботу з розвитку інноваційної інфраструктури.

Зокрема:

– Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» опрацьовує заходи щодо створення наукового парку;

– у структурі Національного фармацевтичного університету з метою проведення повного циклу розробки лікарських препаратів та підвищення якості навчального процесу створено сектори фармакокінетичних досліджень і біоеквівалентності та мікробіологічних досліджень;

– у Харківському національному медичному університеті удосконалюється діяльність навчально науково-виробничих об'єднань «Терапія», «Хірургія», «Акушерство та гінекологія», «Медрадіологія», «Медична генетика», «Урологія»;

– у складі Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» функціонують НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку

патології та фармакогенетики, навчально-науковий інститут морфології, навчально-науковий інститут післядипломної освіти, міжкафедральна науково-дослідно-навчальна морфологічна лабораторія, метрологічна служба, віварій.

Маркетинг – одна із важливих складових трансферу медичних технологій і комерціалізації результатів наукових розробок. Маркетингова діяльність базується на основі спеціального вивчення вимог практики охорони здоров'я, їх прогнозу і управління. Маркетинг розглядається як мистецтво встановлення безпосереднього зв'язку науки і виробництва.

Інформація про результати НДР розміщується на web-сайтах НДУ та ВМНЗ МОЗ України, висвітлюється у засобах масової інформації (газети, радіо, телебачення) та з використанням технологій телемедицини, у матеріалах наукових форумів та виставок.

Нововведення доводяться до користувачів через Перелік наукової (науково-технічної продукції), призначеної для впровадження у сферу охорони здоров'я, публікації у фахових науково-практичних медичних виданнях, матеріалах наукових форумах, монографіях, практичних посібниках, методичних рекомендаціях, інформаційних листах тощо.

У поточному році удосконалювалися сайти НДУ та ВМНЗ МОЗ України. Головною перевагою сайтів є те, що з інформацією про послуги можливо ознайомитися цілодобово, а також отримати онлайн-консультації тощо.

Прикладом маркетингової діяльності може бути діяльність відділу маркетингу Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, яка відповідно до плану роботи та процедури 06 «Загальний маркетинг» була спрямована на досягнення цілей, визначених у Стратегії розвитку НМАПО ім. П.Л. Шупика до 2020 року. Протягом року були підготовані, обговорені та затверджені Порядок подачі матеріалів на веб-сайт, Положення про відділ маркетингу, Положення про веб-сайт НМАПО імені П. Л. Шупика, внесені зміни та доповнення у процедуру 06 «Загальний маркетинг».

Є потреба у розробці науково-практичних рекомендацій з використання маркетингового підходу при впровадженні результатів наукових досліджень і розробок та комерціалізації нових медичних технологій.

• *Пропозиції щодо вдосконалення нормативно-правового забезпечення для підвищення результативності виконання замовлення та ефективності впровадження наукової (науково-технічної) продукції.*

Для забезпечення подальшого розвитку медичної науки та підвищення результативності виконання науково-дослідних розробок та ефективності впровадження нововведень необхідно:

– прискорити імплементацію Закону України «Про наукову і науково-технічну діяльність» з метою підвищення ефективності управління медичною наукою та результативності інноваційних процесів у сфері охорони здоров'я;

– 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 (в тому числі наукових установ подвійного підпорядкування), створення навчально-науково-

виробничих комплексів, дослідницьких університетів, центрів колективного користування науковим обладнанням тощо;

- пріоритетними мають бути міждисциплінарні наукові дослідження, що виконуються на перетині наук та при участі академічних та галузевих установ;

- підвищення якісного рівня наукових публікацій, удосконалення науково-експертної діяльності груп експертів МОЗ України, підтримка видань, що включені до наукометричних баз даних;

- розробити стратегію оновлення матеріально-технічної бази наукових установ, передбачити фінансування розвитку наукової інфраструктури та матеріально-технічної бази наукової діяльності;

- запровадження ефективних механізмів трансферу технологій та комерціалізації результатів наукових розробок у сфері охорони здоров'я, умови для стимулювання і фінансової підтримки інноваційної діяльності у практичних закладах охорони здоров'я, залучення бізнесу до трансферу технологій та комерціалізації наукових розробок в медицині;

- підвищення ролі університетських клінік та закладів післядипломної освіти, як центрів інноваційної діяльності, апробації та впровадження інноваційних розробок в галузі медицини;

- створення умов для сталого розвитку кадрового наукового потенціалу (визнаних вітчизняних наукових шкіл) шляхом залучення талановитої наукової молоді, вдосконалення механізмів мотивації науковців та підвищення рівня їх соціального захисту;

- розширити участь у міжнародних наукових грантових програмах, стажуваннях тощо для інтеграції наукової роботи у глобальний міжнародний простір при співпраці із закордонними дослідницькими осередками.

- удосконалити підготовку фахівців з управління інвестиційною та інноваційною діяльністю у сфері охорони здоров'я.

### **5.3. Фінансування та економічні механізми управління галуззю в умовах її реформування**

Як і у попередні роки у Європейському регіоні питання фінансової стійкості та ефективності в охороні здоров'я залишаються надзвичайно актуальними. Основні акценти в діяльності систем охорони здоров'я (СОЗ) включали і забезпечення універсального охоплення послугами систем охорони здоров'я. Перехід до універсального охоплення вимагає вжиття заходів політики, які розширюють доступ до якісних послуг охорони здоров'я, у т.ч. послуг громадського здоров'я, безпечних лікарських засобів, медичної допомоги, що надається компетентними кадрами для всіх громадян, і забезпечують фінансовий захист населення, в першу чергу від зубожіння внаслідок оплати послуг охорони здоров'я власним коштом<sup>1</sup>.

Забезпечення універсального охоплення залежить від стабільних джерел державних доходів, які витрачаються на досягнення таких цілей систем охорони здоров'я як

<sup>1</sup> Резолюція : Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. EUR / RC65 / R5 Шістдесят п'ята сесія, Вільнюс, Литва, 14-17 септембля 2015 р./ [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/288375/65rs05r\\_Priorities\\_HSS\\_150750.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/288375/65rs05r_Priorities_HSS_150750.pdf)

покращення здоров'я населення, фінансовий захист населення від витрат за медичні послуги та задоволеність якісними і доступними послугами.

Сильні системи універсального охоплення послугами СОЗ мають вирішальне значення для забезпечення достатніх обсягів бюджетних асигнувань<sup>2</sup>, зменшення фрагментації доходів та потоків фінансування, своєчасного виконання бюджету та кращої фінансової підзвітності та прозорості<sup>3</sup>.

Аналіз основних трендів глобальних витрат на охорону здоров'я свідчить наступне:

– витрати на СОЗ у світі становлять \$ 7,3 трлн або близько 10% світового ВВП (2015), у Європейському регіоні – 7,94%;

– «Економіка ОЗ» зростала швидше, ніж світова економіка, але витрати розподілялися нерівномірно: 4% – річний темп приросту витрат на охорону здоров'я – 4,0% проти 2,8%, що відображають темпи економічного зростання (з 2000 по 2015 роки);

– наявна нерівномірність розподілу витрат на ОЗ: понад 80% населення світу мешкає в країнах з низьким і середнім рівнями доходів, а споживають лише близько 20% світових витрат на ОЗ, а країни з високими рівнями доходів, де мешкає 16% населення світу, витрачається 80% від глобальних витрат на ОЗ;

– середньорічні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя становили \$ 822, однак половина країн світу витрачає менше \$ 366; Європейський регіон – \$ 2192;

– менше ніж \$ 100 на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя витрачали близько 50 країн з населенням 2,7 млрд жителів.

Відносно ситуації в Україні, то аналіз системи фінансування охорони здоров'я, який наведено нижче, базується на даних НРОЗ<sup>3</sup>, що дозволяє узагальнити економічні результати функціонування цієї сфери, дослідити динаміку змін фінансових потоків, взаємовідносин між джерелами фінансування, постачальниками та видами медичних послуг, а також провести порівняння з міжнародними даними.

Як і 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 класифікацією НРОЗ) залишалися основними джерелами фінансування системи охорони здоров'я в Україні. При цьому, слід наголосити, що починаючи з 2015 року переважаючим за обсягом джерелом фінансування національної системи охорони здоров'я стали приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства. Фіксується і зростання тягаря фінансових витрат для українських домогосподарств з 40,4% у 2010 р. до 52,3% у 2016 р. (табл. 5.3.1).

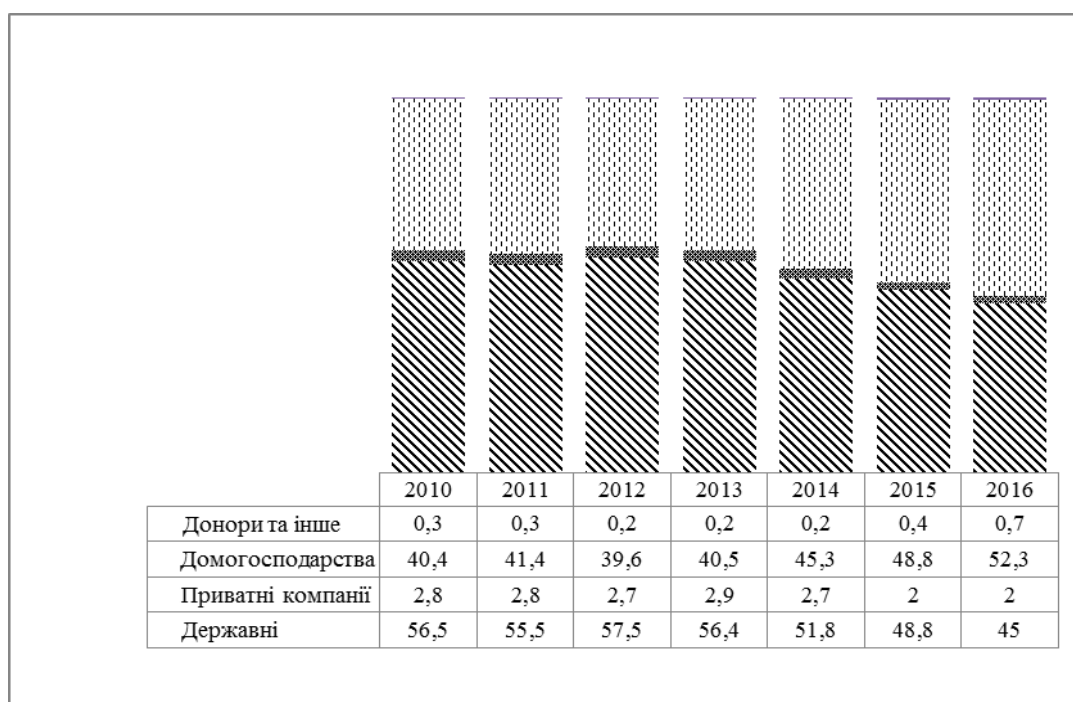
<sup>2</sup> Towards universal health coverage: thinking public. Overview of trends in public expenditure on health (2000-2014) / Helene Barroy, Kelsey Vaughan, Yann Tapsoba, Elina Dale, Nathalie Van de Maele (Health Financing Working Paper No. 7), World Health Organization, 2017, 25 p. ISBN 978-92-4-151242-8

<sup>3</sup> Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році: Статистичний бюлетень/ Державна служба статистики України., 2018. – 172 с.

**Розподіл загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування  
у 2010–2016 рр., відсотків**

Найменування	Рік						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Державні (включаючи соціальне страхування)	56,3	55,3	57,2	56,2	51,82	48,85	44,8
Приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства	43,4	44,4	42,6	43,6	47,93	50,78	54,5
<i>у т.ч. них кошти домашніх господарств</i>	40,8	41,9	40,2	41,1	46,0	49,3	52,8
Донори	0,26	0,27	0,24	0,23	0,25	0,37	0,7

Динаміка змін частки приватних витрат у структурі загальних витрат на ОЗ представлена на рис. 5.3.1.



**Рис. 5.3.1. Динаміка змін частки приватних витрат у структурі загальних витрат на ОЗ, відсотків**

Загальні витрати на охорону здоров'я (ЗВОЗ) як відсоток від ВВП в Україні становили 7,42% (2016). У країнах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) витрати на охорону здоров'я оцінювалися в середньому на рівні 9,0% ВВП (фактично незмінні упродовж останніх років). До п'ятірки «лідерів» за цим показником входять такі країни як США (17,2% ВВП), Швейцарія (12,4%), Німеччина (11,3%), Швеція, Франція (відповідно по 11,0%), Японія (10,9%). Інша велика група включає країни Європи, Австралію та Нова Зеландію, які витрачають приблизно до 8–10% ВВП. Такі країни



Центральної та Східної Європи як Угорщина, Чехія та Польща виділяють 6–8% свого ВВП на охорону здоров'я, а Латвія та Туреччина – на рівні 4,3%<sup>4</sup> (рис. 5.3.2).

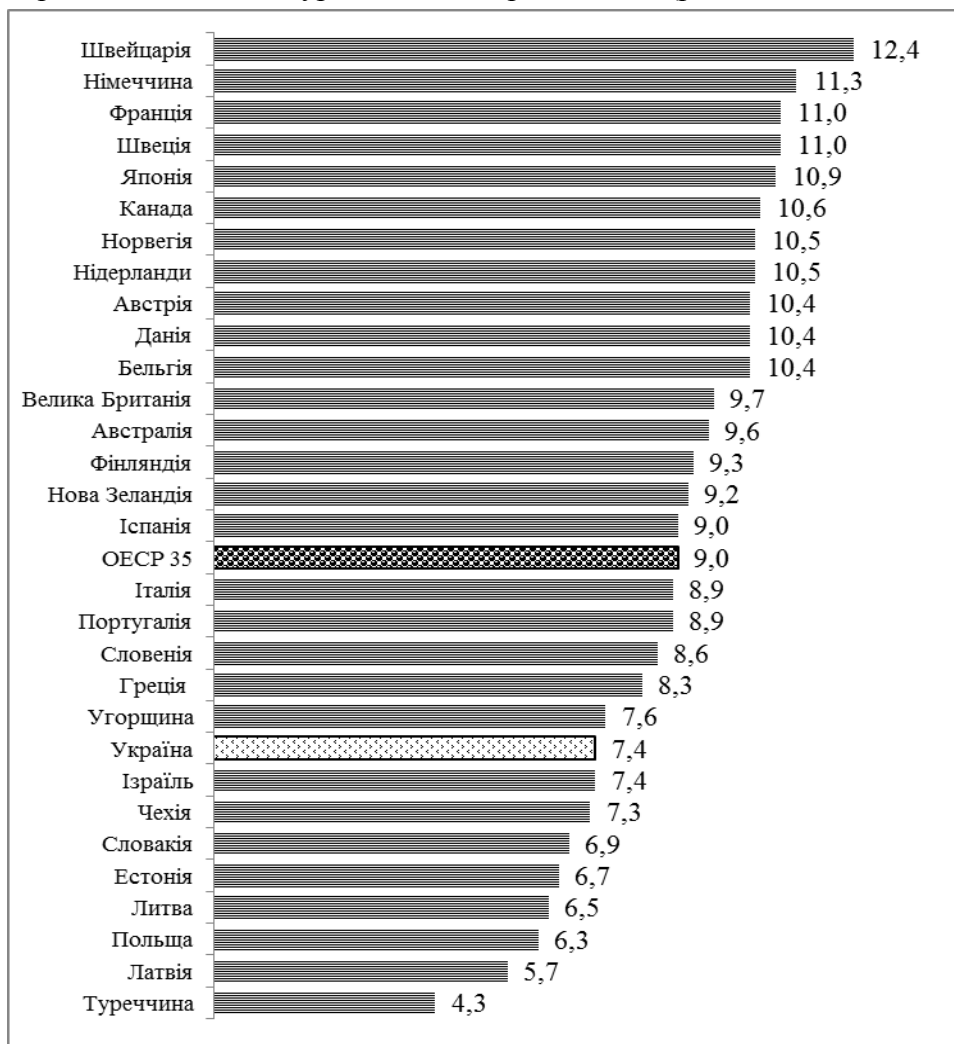


Рис. 5.3.2. Загальні витрати на охорону здоров'я (ЗВОЗ) як відсоток від ВВП у країнах-членах ОЕСР, 2016 (побудовано за даними OECD/Eurostat/WHO, 2017)<sup>5</sup>

За рівнем загальних витрат від ВВП серед країн колишнього Радянського Союзу Україну випереджали Республіка Молдова, Вірменія, Киргизстан і Грузія (відповідно 11,2%; 11,1%; 8,2%; 7,9% ВВП) (рис. 5.3.3). Слід відмітити, що ЗВОЗ на охорону здоров'я Грузії упродовж останніх років знизилася (з 9,2% у 2012 до 7,9% у 2015 р.), але лідируючі позиції залишилися за фінансуванням системи охорони здоров'я Республіки Молдови.

ЗВОЗ в розрахунку на одного жителя за паритетом купівельної спроможності (Purchasing Power Parity Rate – PPP Rate), що вимірює розходження в купівельній спроможності валют різних країн, засвідчив, що в Україні у 2016 на витрачалося близько 480 (PPP int. \$). Це в рази нижче ніж в країнах «Великої сімки» (G7)<sup>6</sup>, в яких витрачається від

<sup>4</sup> OECD/Eurostat/WHO (2017), A system of Health Accounts, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

<sup>5</sup> OECD/Eurostat/WHO (2017), A system of Health Accounts, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

<sup>6</sup> G7 або "Велика сімка" – міжнародний клуб урядів семи високорозвинених країн світу (США, Японія, Німеччина, Велика Британія, Франція, Італія, Канада).

3391 PPP int. \$ у Італії до 9892 PPP int. \$ у США<sup>7</sup>; у країнах-членах ОЕСР цей показник на рівні 4003 PPP int. \$<sup>8</sup> (рис. 5.3.4).

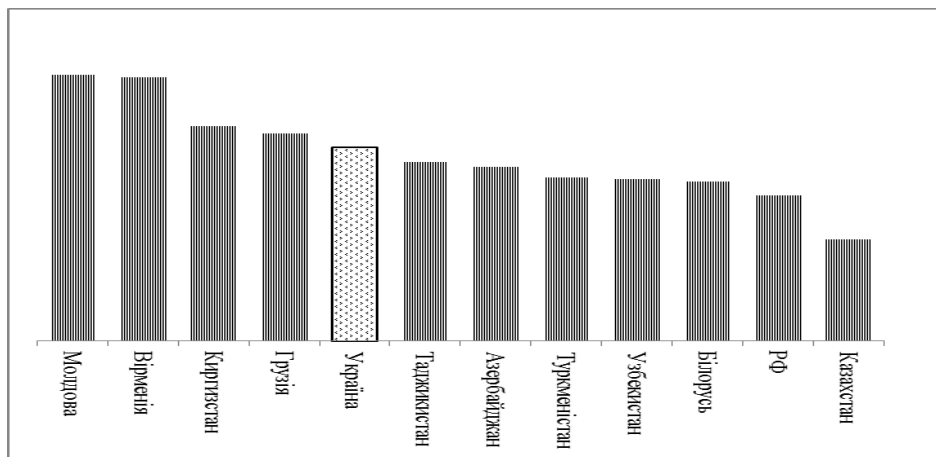


Рис. 5.3.3. Загальні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП в Україні порівняно з пострадянськими країнами (побудовано за даними ВООЗ) (Україна, 2016; інші, 2015)<sup>9</sup>

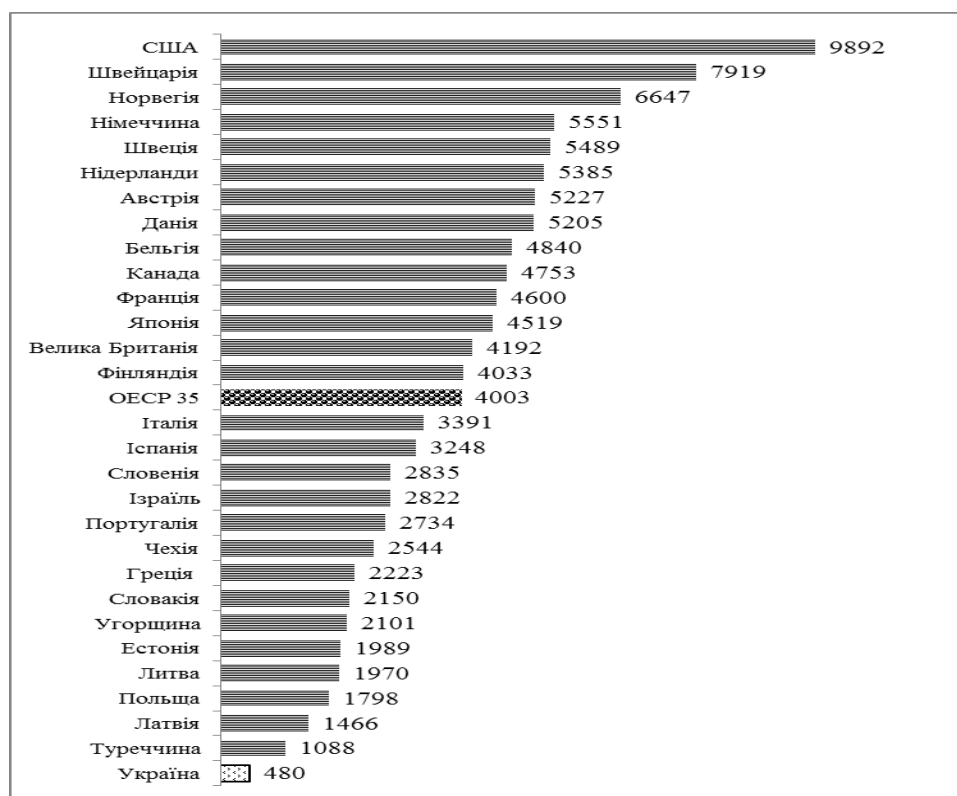


Рис. 5.3.4. Загальні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя за паритетом купівельної спроможності, PPP int. \$ (2016)

Серед країн пострадянського простору цей показник в Україні нижчий у 1,4–2,3 рази ніж в Грузії (717,7), Вірменії (883,2), Казахстані (903), Білорусії (1084,67), Азербайджані (1191,3), РФ (1523 PPP int. \$) (рис. 5.3.5)<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)

<sup>8</sup> Середній курс міжнародного долара за ПКК : IMF; The Economist, January, 2018

<sup>9</sup> Джерело: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

<sup>10</sup> Джерело: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru>

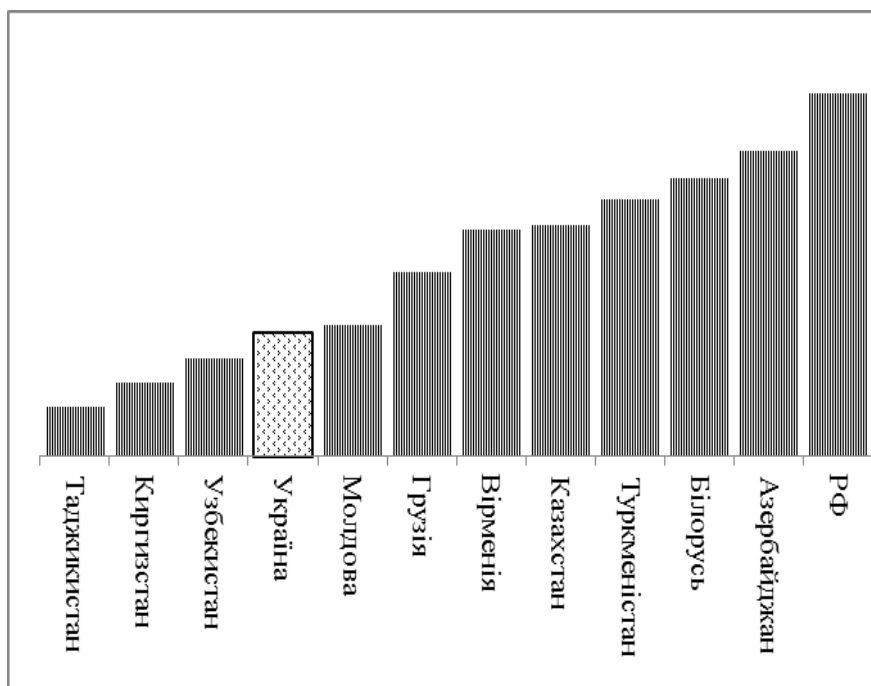


Рис. 5.3.5. Загальні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя за паритетом купівельної спроможності в країнах пострадянського простору, PPP int. \$ (Україна, 2016; інші, 2015)

Щодо ЗВОЗ в розрахунку на одного жителя відносно обмінного курсу національної валюти, то даний показник зафіксовано на рівні 166,9 дол. США, що практично на рівні попереднього року, однак значно нижче ніж за останні 5–6 років. Тобто, можна стверджувати, що дана ситуація пов'язана із значним «стрибком» курсу національної валюти в доларовому еквіваленті, починаючи з 2015 року і збереженням цих тенденцій і в наступні роки. (для порівняння: у світі в цілому вони становили 822 дол. США, Європейському регіоні – 2191 дол. США) <sup>11</sup> (табл. 5.3.2).

Таблиця 5.3.2

Динаміка змін номінальних загальних витрат на охорону здоров'я та їх доларових еквівалентів у розрахунку на одного жителя, 2010–2017

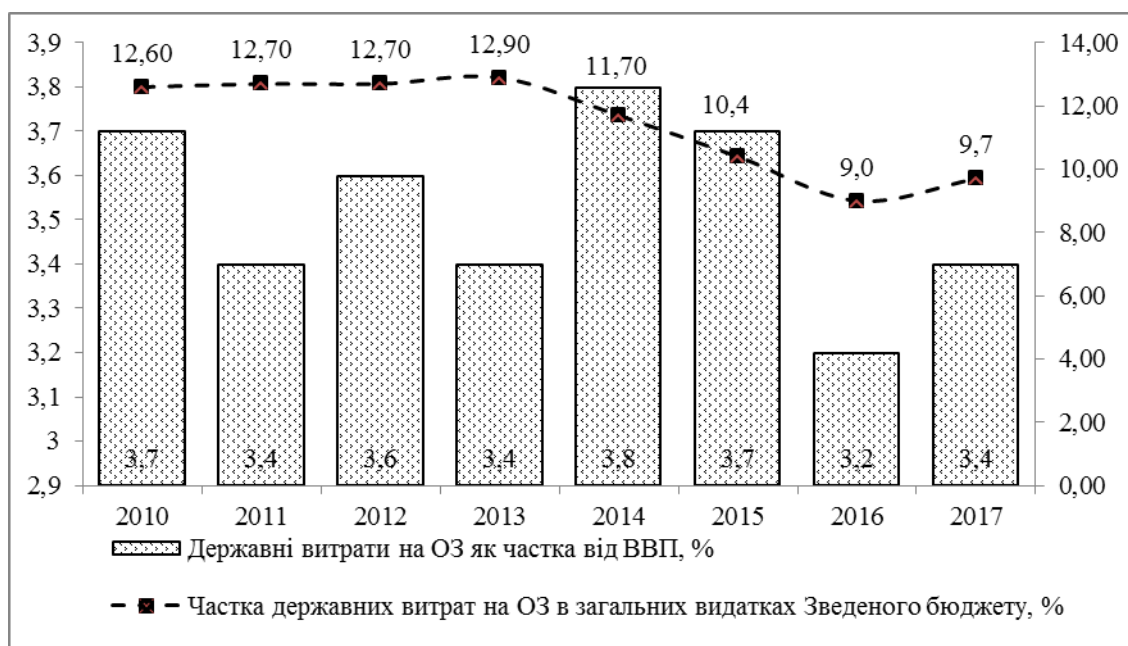
Показник	Рік							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, грн	1850,3	2099	2391,7	2 548,2	2 743	3630	4264,3	4820 <sup>12</sup>
Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, дол. США	233,0	263,3	299,3	318,9	230,7	166,2	166,9	181,3
Обмінний курс US\$ 1 = UAH	7,94	7,97	7,99	7,99	11,89	21,84	25,55	26,59

Державні видатки на охорону здоров'я (ДВОЗ) як відсоток від ВВП зафіксовано на рівні 3,4 % або у номінальному обсязі 102392429,4 тис грн. Збереглася і тенденція останніх років щодо зменшення частки видатків на охорону здоров'я у Зведеному бюджеті України

<sup>11</sup> Джерело: [http://apps.who.int/nha/database/Regional\\_Averages/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Regional_Averages/Index/en)

<sup>12</sup> Розрахунково, базуючись на припущенні, що ДВОЗ у структурі ЗВОЗ займали 50%

(9,7% у 2017 р.) (для порівняння: цей показник в цілому у світі – 9%, Європейський регіон – 12%, країни-члени ОЕСР – 15,3% (2015) (рис. 5.3.6).



**Рис. 5.3.6. Державні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП та загальних видатках Зведеного бюджету України<sup>1314</sup>**

В більшості країн, що фінансуються з податків, саме державні витрати є основними витрати на охорону здоров'я (в середньому у Європейському регіоні – 72,9%, Україні – 45%)<sup>15</sup>. Найвищі рівні цього показника серед країн-членів ОЕСР зафіксовано у Норвегії (74%), Данії (84%), Великій Британії (80%), Швеції (84%); Італії (75%), Португалії (65%), Фінляндії (61%), Іспанії (66%), Канаді (69%), Латвії (57%).

В країнах СНД державні витрати як відсоток до ЗВОЗ коливалися від 16% у Вірменії до 69% у Республіці Білорусь. До України за величиною цього показника наближені Киргизстан (45%) і Узбекистан (53%)/

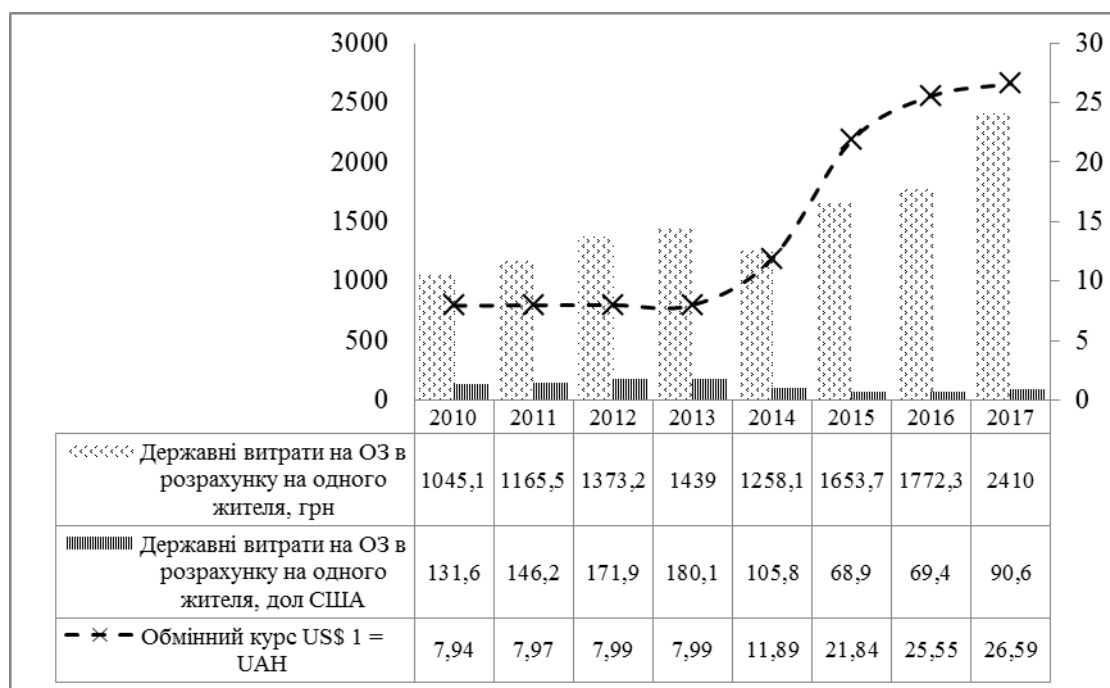
Щодо державних видатків на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення відносно обмінного курсу національної валюти, то цей показник в Україні у 2017 р. становив 2410 грн/90,6 дол США. Фактично номінальні обсяги в національній валюті зросли порівняно з 2010 роком понад двічі, однак динаміка цих показників у гривневому та доларовому еквіваленті кардинально різна. Якщо, у 2010–2013рр. обсяги державного фінансування охорони здоров'я як у номінальному, так і в доларовому еквіваленті щорічно зростали, то в наступні роки відбулося значне зменшення показника у доларовому еквіваленті, що пов'язано із макроекономічною ситуацією в країні, і насамперед, із стрімким зростанням курсу долара по відношенню до гривні і знеціненням національної грошової одиниці у 2014–2015 рр. та процесами певної стабілізації у 2016–2017 рр. (рис. 5.3.7).

<sup>13</sup> Дані щодо ВВП за 2016,2017 (джерело інформації: Валовий внутрішній продукт України у фактичних цінах за 2016, 2017 рік СНР-2008 //http://www.ukrstat.gov.ua/)

<sup>14</sup> Показники виконання Зведеного бюджету України за 2016–2017 роки за даними Міністерства фінансів України (джерело інформації : Статистичний збірник: Бюджет України 2017, Міністерство фінансів України, 2018, С 36–38)

<sup>15</sup> Дані 2016 р.

Якщо порівнювати цей показник з аналогічним в цілому у світі та ЄС, то знаходиться на рівні 822 та 2192 дол. США відповідно.



**Рис. 5.3.7. Динаміка змін державних витрат на охорону здоров'я у гривневому і доларовому еквіваленті, обмінного курсу національної валюти, 2010–2017 рр. (2501–2015, НРОЗ; 016,2017 розрахункові за даними Міністерства фінансів України)**

Приватні витрати у структурі ЗВОЗ займали від 44,9% у 2009 р. до 44,8% у 2014–2016 рр., тобто упродовж останніх років їх обсяги зросли і перевищили державні, причому основний фінансовий тягар несуть домогосподарства (96,3% у 2016 р. проти 93,4% у 2010 р., НРОЗ, 2016). Для порівняння частка витрат домогосподарств у приватних витратах на ОЗ у ЄС в цілому становив 67,8% (2014); країнах-членах ЄС до травня 2004 р. – 63,2%. В країнах ОЕСР домогосподарства напряму фінансували близько 1/5 всіх витрат на ОЗ. Наприклад, витрати домогосподарств на ОЗ у Греції становили 35%, Латвії (42%), Франція (до 10%). Реалізовані заходи із забезпечення універсального охоплення населення медичними послугами в деяких країнах ОЕСР протягом останніх десятиліть дозволило суттєво скоротити частку витрат на охорону здоров'я, що сплачуються домогосподарствами<sup>16</sup>.

Аналіз структури загальних витрат на охорону здоров'я в розрізі функцій (видів медичних послуг) засвідчив, що витрати на медичні товари, включаючи лікарські засоби (ЛЗ) і товари медичного призначення, займали найбільшу питому вагу (відповідно 39,3% у структурі ЗВОЗ); видатки на стаціонарне і реабілітаційне лікування – 23,9%, амбулаторне лікування – 16,1%, профілактика і послуги ОЗ – лише 1,1%, управління – 7,5%.

Стосовно джерел фінансування витрат на медичні товари, включаючи лікарські засоби і товари медичного призначення, то основний тягар на їхнє покриття покладалося, як і попередні роки, безпосередньо на витрати домогосподарств (71 010 млн грн або 74,8% у

<sup>16</sup> OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)

структурі поточних витрат, що у 2,7 разу перевищує номінальні обсяги 2010 р.<sup>17</sup>) (НРОЗ, 2016). Це лягає важким тягарем на бідні верстви населення, які не мають адекватного соціального захисту, хоча Україна не є винятком, адже цілому проблема доступності лікарських засобів залишається актуальною для багатьох країн світу. Для більшості населення фінансова доступність лікарських засобів є непереборною перешкодою. Найгостріше це відчувають пацієнти в країнах з економікою, що розвивається, й економікою перехідного періоду, де від 50 до 90% придбаних лікарських засобів купуються за власні кошти<sup>18</sup>. За даними загальнонаціонального соціологічного опитування «Індекс здоров'я: Україна, 2017» майже кожен третій респондент віком 60 років і старші (33,4%) відчували тягар витрат на ліки. Кожен другий респондент повідомив, що основною причиною відмови від купівлі призначених лікарем ЛЗ стала відсутність коштів. Середні витрати на ЛЗ з особистого чи сімейного бюджету впродовж останніх 30 днів становили 610,9 грн, за умови лікування в стаціонарі респонденти сплачували в середньому 2525,13 грн.<sup>19</sup>

Ці дані кореспондуються із результатами опитування домогосподарств щодо оцінки доступності медичної допомоги. Зокрема, у 2017 р. майже в усіх (97,7%) домогосподарствах хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя. Однак, 29,1% про випадки неможливості задовольнити такі потреби (2016 р. – 22,7%). І це було пов'язано із занадто високою вартістю ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я, про що вказали 97,8% домогосподарств (2016 р. – 96,7%). Особливу тривогу викликає погіршення ситуації серед домогосподарств у сільській місцевості, адже для 98,2% занадто висока вартість ліків стала перешкодою до їх придбання (2016 р. – 95,1%)<sup>20</sup>.

Для зменшення фінансового тягаря і підвищення доступності ЛЗ Урядом у квітні 2017 р. було запроваджено програму «Доступні ліки», яка ідеологічно та організаційно практично повністю повторювала реалізований ще у 2012–2013 роках пілотний проект щодо впровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, а за ним – механізм часткового відшкодування вартості на ці ліки<sup>21</sup>. Не дивлячись на недоліки її реалізації в наявних українських реаліях респонденти досить позитивно оцінювали урядову програму: кожен третій – дуже позитивно, а сумарно «дуже позитивно» і «скоріше позитивно» – 74,2%. Про «дуже негативне» ставлення вказали 9,7% опитаних (Індекс здоров'я: Україна, 2017), а за оцінками соціологічної групи «Рейтинг» (грудень 2017) – за підтримку програмки вказали 77% учасників програми<sup>22</sup>. За даними регіонів, на 4,2% у середньому знизилася кількість викликів швидкої допомоги з підозрою на інсульт чи інфаркт, майже на 6% – кількість викликів швидкої для людей з приступами

<sup>17</sup> Витрати на медичні товари, включаючи лікарські засоби і товари медичного призначення у 2010 р. становили 25 447,3 млн грн або 98,2% у структурі поточних витрат

<sup>18</sup> Van Mil JW, Schulz M, Tromp TF. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci.* 2004 Dec; 26(6): 303–11.

<sup>19</sup> За даними загальнонаціонального дослідження, 2017 /[http://health-index.com.ua/upload/files/+Report%20Health%20Index%202017\\_web.pdf784933025.pdf](http://health-index.com.ua/upload/files/+Report%20Health%20Index%202017_web.pdf784933025.pdf)

<sup>20</sup> Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2017 року): Статистичний збірник. Державна служба статистики України, 2018, С. 54–57.

<sup>21</sup> Д. Подтуркін Програма «Доступні ліки» — ходіння по граблях /[acurs.ua/ua/1639-hodinnya-po-grablyah-pidsumky-chotyroh-misyaciv-realizaciyi-programy-dostupni-lyky](https://acurs.ua/ua/1639-hodinnya-po-grablyah-pidsumky-chotyroh-misyaciv-realizaciyi-programy-dostupni-lyky)

<sup>22</sup> Перший рік програми "Доступні ліки": Що зроблено і над чим працюємо/ <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/pershij-rik-programi-dostupni-liki-sho-zrobleno-i-nad-chim-pracuuyemo>

бронхіальної астми, кількість пацієнтів з нормалізованим цукром у крові (HbA1c – глікований гемоглобін) при діабеті 2 типу збільшилася на 6%. За час дії програми на 2,65% знизилася кількість ускладнень у пацієнтів з діабетом 2 типу (МОЗ України, 2018)<sup>23</sup>.

Аналіз динаміки змін у структурі загальних витрат на ОЗ в розрізі функцій показав значне зростання витрат саме на медичні товари (+8,7%) при одночасному зменшенні витрат на стаціонарне лікування (-9,8%).

В країнах ОЕСР в середньому витрати на амбулаторне лікування фіксувалися на рівні 28%, стаціонарне – 33% (2015), 19% припадає на медичні товари (головним чином фармацевтичні препарати), а 14% – на послуги довготривалого догляду (Україна – всього 0,1% у ЗВОЗ). Решта 6% витрачалася на профілактику і послуги ОЗ, а також на управління системою охорони здоров'я. Найвищі витрати на стаціонарну допомогу серед країн-членів ОЕСР у Португалії (48%), Ізраїлі (47%), Греції (40%) (2015). У Польщі, Австрії і Франції витрати на цей сектор займають у ЗВОЗ понад третину від загальних витрат.

Стосовно витрат на медичні товари, то найвищі показники фіксувалися в Республіці Словаччина (35%), Угорщині (32%), Латвія (близько 30%), найнижчі – у Данії, Люксембурзі, Норвегії – лише 10–11% від ЗВОЗ.

Аналізуючи динаміку змін даного показника з 2009 року, експерти ОЕСР вказують на зменшення темпів зростання витрат на стаціонарне, амбулаторне та довготривалого догляду порівняно з періодом 2000–2009 рр., однак вказують на факт зростання частки витрат саме на амбулаторну допомогу у більшості країн ОЕСР. Так, у 2017 р. витрати на амбулаторну допомогу зросли в середньому у країнах ОЕСР на 4,4% порівняно з попереднім роком проти зростання витрат на ЛЗ (+2,8%) та стаціонарну допомогу (+2,2%). Це пов'язано з тим, що уряди окремих країн прийняли низку рішень щодо збереження і, навіть, зростання витрат на первинну медичну допомогу шляхом їх скорочення на фінансування інших функцій, в першу чергу, у госпітальному секторі, запроваджуючи досить непопулярні заходи. Наприклад зниження рівня заробітної плати у державних лікарнях, перерозподіл функцій серед медичного персоналу та відкладання інвестицій у лікарняну інфраструктуру були одними з найчастіших заходів, які були вжиті в країнах ОЕСР для збалансування бюджетів охорони здоров'я<sup>24</sup>.

За даними Міністерства фінансів України у 2017 р. із зведеного бюджету України на охорону здоров'я було спрямовано 102,392 млн грн <sup>25</sup> (зростання видатків на 35,6% порівняно з 2016 р. і практично вдвічі порівняно з 2010 р.), у т.ч. з Державного бюджету (загальний фонд) – 11118,1 млн грн (+36,8% порівняно з 2016 р. і зростання видатків у 3,5 рази порівняно з 2010 р. ); з місцевих бюджетів (загальний фонд) – 72682,7 млн грн<sup>26</sup> (+ 36,4% порівняно з 2016 р.) (табл. 5.3.3).

<sup>23</sup> Презентація МОЗ України Доступні ліки: перший пік / [http://moz.gov.ua/uploads/0/4379-dl\\_rik\\_4\\_04\\_18.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/4379-dl_rik_4_04_18.pdf)

<sup>24</sup> OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).

<sup>25</sup> Загальний і спеціальний фонди

<sup>26</sup> Дані дані Державної казначейської служби України, 2106,2017

## Видатки на охорону здоров'я в Україні за 2010–2017 рр.

Показник	Рік							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я (млн грн)	44745,4	48961,6	58453,9	61568,8	57150,1	70991,4	75503,4	102392,4
Видатки на охорону здоров'я у загальному фонді зведеного бюджету (млн грн), у т.ч.:	40489,0	43075,1	51972,40	56407,4	51208,9	58975,6	61944,9	87889,7
– видатки на охорону здоров'я у загальному фонді державного бюджету МОЗ України	4397	4862	9646,2	11 141,2	8482,6	8461,4	11118,1	15207,0
– видатки на охорону здоров'я у загальному фонді місцевих бюджетів	33347,5	34527,1	42326,2	45266,2	42726,3	48938,2	53298,6	72682,7

У 2016 р. найбільшим адміністратором (розпорядником бюджетних коштів) центрального бюджету залишалося Міністерство охорони здоров'я, що контролювало 68,34% державного фінансування. Решта коштів розподілялася Національною академією медичних наук (10,1% державного фінансування) та іншими центральними урядовими органами (Міністерство соціальної політики (0,9%), Міністерство оборони (10,9%), Міністерство внутрішніх справ (6,0%), інші фінансові посередники, з числа органів державного управління (3,7%) (НРОЗ, 2016).

У 2017 р. МОЗ України контролювало 71,5% коштів державного бюджету (видатки за програмною класифікацією), НАМН України – 10,3%, Міністерство оборони (8,5%), Міністерство внутрішніх справ (5,0%), інші фінансові посередники, з числа органів державного управління (4,4%) (Державна казначейська служба України, 2017) (табл. 5.3.4).

Таблиця 4.3.4

**Обсяги фінансування системи охорони здоров'я з Державного бюджету за програмною класифікацією видатків у 2017 р. (загальний і спеціальний фонди), грн<sup>27</sup>**

Найменування	Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн	Частка у витратах Державного бюджету на охорону здоров'я, %
	Виконано за січень–грудень 2017 р.			
<b>Державне управління справами</b>				
Надання медичних послуг медичними закладами	582 583 147,95	91 847 005,45	674 430 153,40	2,9
<b>Міністерство внутрішніх справ України</b>				

<sup>27</sup> За даними звіту про видатки за програмною класифікацією видатків та кредитування державного бюджету у 2017 р. (Державна казначейська служба України)



Найменування	Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн	Частка у витратах Державного бюджету на охорону здоров'я, %
	Виконано за січень–грудень 2017 р.			
Медичне забезпечення працівників Міністерства внутрішніх справ України, поліцейських та працівників Національної поліції України	1 032 155000,00	156 480194,10	1 188 621178,62	5,0
<b>Національна гвардія України</b>				
Стационарне лікування військовослужбовців Національної гвардії України у власних медичних закладах	49 103 799,30	49 103 799,30	57 097 374,83	0,2
<b>Міністерство соціальної політики України</b>				
Санаторно-курортне лікування ветеранів війни, осіб, на яких поширюється чинність законів України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про жертви нацистських переслідувань» та інвалідів	132 490 508,66	9 498 929,85	141 989 438,5	0,65
<b>Міністерство оборони України</b>				
Медичне лікування, реабілітація та санаторне забезпечення особового складу Збройних Сил України, ветеранів військової служби та членів їх сімей, ветеранів війни	1 732 068421,32	280 597419,27	2 012 665840,59	8,5
<b>Міністерство охорони здоров'я України</b>				
Міністерство охорони здоров'я України	12784443663,69	4039310607,68	16823754271,37	71,5
<b>Служба безпеки України</b>				
Медичне обслуговування і оздоровлення особового складу та утримання закладів дошкільної освіти Служби безпеки України	80 555 979,75	79 267 349,39	159 823 329,14	0,7
<b>Національна академія наук України</b>				
Медичне обслуговування працівників Національної академії наук України	63 487 796,02	1 942 343,53	65 430 139,55	0,3
<b>Національна академія медичних наук</b>				
Національна академія медичних наук	1 918 186319,07	503 690641,13	2 421876960,20	10,3

В цілому обсяги фінансування охорони здоров'я (закладів і установ, які знаходяться у підпорядкуванні МОЗ України) з Державного бюджету та їх структура представлені у табл. 5.3.5.

Третину бюджетних коштів було спрямовано на фінансування забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру (6,04 млрд грн або 35,9% від загальних видатків головного розпорядника коштів). 16,1 млн грн

виділено на фінансування заходів із реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч у Міжнародній клініці відновного лікування.

24,5% бюджетних коштів витрачено на підготовку і підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних, наукових та науково-педагогічних кадрів вищими навчальними закладами III і IV рівнів акредитації, тобто на медичну освіту (4,118 млрд грн); 8,5% (1,425 млрд грн) – проведення епідеміологічного нагляду (спостереження), діяльність лабораторних підрозділів Центру громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями; 7,5% (1,263 млрд грн) – діагностику і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах МОЗ України.

Покриття витрат на лікування громадян України за кордоном профінансовано в обсязі 608,7 млн грн (3,6% у структурі видатків бюджету МОЗ України), що у 12 разів більше за останні п'ять років. Однак цих коштів недостатньо для задоволення потреб хворих, адже *«щороку збільшується кількість звернень громадян України щодо направлення їх на лікування за кордон. Так, у 2017 році порівняно з 2013 роком кількість звернень збільшилася майже в три рази (з 107 до 315)»*. Крім того, аудиторами Рахункової палати України встановлено факти неналежного внутрішнього контролю за використанням коштів державного бюджету, виділених для лікування громадян України за кордоном, а також прогалини в управлінні державними коштами, які виділялися на цю мету. На їхню думку, це призвело до *«порушень законодавства, непродуктивного, нерезультативного, неекономного та нецільового використання коштів, виділених на такі цілі»* (Рахункова палата України, 2018).

Близько 3,0% бюджетних коштів було спрямовано на фінансування капітальних видатків, зокрема будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» (391,6 млн грн), запровадження медичної інформаційної системи та покращення якості променевої терапії при лікуванні онкологічних захворювань в Національному інституті раку (відповідно 16,7 млн грн та 334,8 тис грн), а також добудови лікувального корпусу ДЗ «Прикарпатський центр репродукції людини» (м. Івано-Франківську) (68,3 млн грн).

Як відомо, починаючи з 2015 року в рамках реформи міжбюджетних відносин<sup>28</sup> 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(загальнодержавні видатки), також визначено порядок та умови надання коштів медичної субвенції<sup>29</sup>. (табл. 5.3.6).

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам (із змінами та доповненнями): постанова Кабінету міністрів України № 11 від 23.01.2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF>. – Назва з екрану.

**Обсяги фінансування охорони здоров'я (закладів і установ, які знаходяться у підпорядкуванні МОЗ України) з Державного бюджету та їх структура**

Код бюджетної класифікації	Показники	Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн	Частка у витратах на охорону здоров'я з Державного бюджету, відсотків
<b>2300000</b>	<b>Міністерство охорони здоров'я України</b>	<b>12 784 443 663,69</b>	<b>4 039 310 607,68</b>	<b>16 823 754 271,37</b>	<b>100</b>
<b>2301000</b>	<b>Апарат Міністерства охорони здоров'я України</b>	<b>12 706 066 591,10</b>	<b>4 039 310 607,68</b>	<b>16 745 377 198,78</b>	<b>99,53</b>
2301010	Керівництво та управління у сфері охорони здоров'я	58 302 062,86	1 840 464,11	60 142 526,97	0,36
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	59 336 528,38	90 258 922,26	149 595 450,64	0,89
2301040	Проведення епідеміологічного нагляду (спостереження), діяльність лабораторних підрозділів Центру громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	1 144 131 861,25	280 446 768,52	1 424 578 629,77	8,47
2301070	Підготовка і підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних, наукових та науково-педагогічних кадрів вищими навчальними закладами III і IV рівнів акредитації	1 067 143 686,79	3 051 352 243,96	4 118 495 930,75	24,48

Код бюджетної класифікації	Показники	Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн	Частка у витратах на охорону здоров'я з Державного бюджету, відсотків
2301080	Підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних кадрів та підготовка наукових і науково-педагогічних кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовка та підвищення кваліфікації осіб з надання домедичної допомоги	234 837 612,03	135 841 944,93	370 679 556,96	2,20
2301090	Методичне забезпечення діяльності медичних (фармацевтичних) вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти	2 006 716,41	63 297,37	2 070 013,78	0,01
2301110	Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	873 641 409,40	221 262 017,58	1 094 903 426,98	6,51
2301120	Підготовка медичних і фармацевтичних кадрів вищими навчальними закладами I і II рівнів акредитації	4 343 887,18	53 271 352,39	57 615 239,57	0,34
2301170	Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України	1 167 756 168,71	95 130 833,31	1 262 887 002,02	7,51
2301180	Санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків з соматичними захворюваннями	384 419 830,67	17 009 571,84	401 429 402,51	2,39

Код бюджетної класифікації	Показники	Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн	Частка у витратах на охорону здоров'я з Державного бюджету, відсотків
2301200	Спеціалізована консультативна амбулаторно-поліклінічна та стоматологічна допомога, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я	120 498 104,68	14 387 464,29	134 885 568,97	0,80
2301280	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	347 127 043,47		347 127 043,47	2,06
2301350	Організація і регулювання діяльності установ та окремі заходи у системі охорони здоров'я	68 740 428,83	60 281 684,56	129 022 113,39	0,77
2301360	Лікування громадян України за кордоном	608 693, 339,31		608 693, 339,31	3,62
2301400	Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	6 040 929 714,72		6 040 929 714,72	35,91
2301410	Функціонування Національної наукової медичної бібліотеки, збереження та популяризація історії медицини	31 045 348,34	4 380 384,46	35 425 732,80	0,21
2301510	Заходи із реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч у Міжнародній клініці відновного лікування	16 144 590,00		16 144 590,00	0,10
2301610	Поліпшення охорони здоров'я на		13 783 658,10	13 783 658,10	0,08

Код бюджетної класифікації	Показники	Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн	Частка у витратах на охорону здоров'я з Державного бюджету, відсотків
	службі у людей				
2301810	Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит»	391 584 277,54		391 584 277,54	2,33
2301820	Добудова лікувального корпусу ДЗ «Прикарпатський центр репродукції людини на вул. Чорновола, 51-Г, в м. Івано-Франківську»	68 283 290,29		68 283 290,29	0,41
2301830	Покращення якості променевої терапії при лікуванні онкологічних захворювань в Національному інституті раку	334 784,22		334 784,22	0,002
2301840	Запровадження медичної інформаційної системи в Національному інституті раку	16 765 906,02		16 765 906,02	0,10
2301850	Реконструкція і розширення Національного інституту раку	0,00		0,00	0,00
<b>2307000</b>	<b>Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками</b>	<b>78 377 072,59</b>	<b>0,00</b>	<b>78 377 072,59</b>	<b>0,47</b>
2307010	Керівництво та управління у сфері лікарських засобів та контролю за наркотиками	78 377 072,59		78 377 072,59	0,47

## Обсяги фінансування загальнодержавних видатків МОЗ України (субвенції), грн

Код бюджетної класифікації	Показники	Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн	Частка у витратах на охорону здоров'я з Державного бюджету, %
2311160	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для ЗОЗ та ЛЗ для інгаляційної анестезії	18 605 410,16		18 605 410,16	0,03
2311300	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення ЕМД	136 218 959,51		136 218 959,51	0,23
2311410	Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	56 220 108400,0		56220108400,0	96,98
2311450	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангиографічного обладнання	134 484 105,00		134 484 105,00	0,23
2311460	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості ЛЗ для лікування окремих захворювань	627 213 267,56		627 213 267,56	1,08
2311600	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з МБРР проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»		832642193,67	832 642 193,67	1,44

Як видно з табл. 5.3.6 обсяги медичної субвенції становили 56220,1 млн грн, крім того як і в попередні роки виділялися субвенції придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії (18,6 млн грн), забезпечення екстреної медичної допомоги (136,2 млн грн). Крім того, заходи з розбудови регіональних систем охорони здоров'я у 8 обраних регіонах (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська і Рівненська області) в рамках реалізації спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»<sup>30</sup> профінансовані в обсязі 832,6 млн грн. Також 134,5 млн грн були спрямовані на придбання ангиографічного обладнання, 627,2 млн грн – відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань (тобто програму «Доступні ліки»).

У розподілі коштів на охорону здоров'я суттєву роль продовжували відігравати регіональні та місцеві органи управління. Місцеві урядові структури у 2016 р. розподіляли 77,2% 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%).

В цілому у 2017 р. з місцевих бюджетів було профінансовано видатки на охорону здоров'я в обсязі 85663 млн грн, у т.ч. загальний фонд – 72682,7 млн грн, спеціальний – 12983,0 млн грн. Показники виконання місцевих бюджетів за функціональною класифікацією видатків та їх структура у 2017 р. подано у табл. 5.3.7<sup>31</sup>.

Як і у попередні роки, у 2017 р. кінцеве споживання фінансових коштів системи охорони здоров'я з місцевих бюджетів забезпечувалося переважно на рівні двох основних постачальників медичних послуг: лікарень (65,9%) ( для порівняння: 2010 р. – 77,2%, 2011 р. – 76,8%, 2012 р. – 70,26%, 2013 р. – 65,7%, 2014 р. – 67,36%, 2015 р. – 69,8%, 2016 р. – 66,1%) і закладів, що надавали амбулаторно-поліклінічну, швидку та невідкладну медичну допомогу (25,05%) (для порівняння: 2010 р. – 15,48%, 2011 р. – 15,2%, 2012 р. – 18,41%, 2013 р. – 23,26%, 2014 р. – 25,09%, 2015 р. – 22,8%, 2016 р. – 24,2%).

Виділення окремої функції «*Центри первинної медичної (медико-санітарної допомоги)*» у функціональній класифікації видатків і кредитування бюджету дає змогу простежувати дані про обсяги видатків на надання ПМД у центрах ПМСД. У цілому видатки на їх фінансування становили 10,6 млрд грн або 12,4% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів у 2017 р. (для порівняння: 2014 р. – 10,4%, 2015 – 2016 рр. – 11,5%)

Частка видатків у структурі місцевих бюджетів на фінансування екстреної медичної допомоги за функцією «*Станції швидкої та невідкладної допомоги*» становила 4,8 млрд грн або 5,6% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів у 2017 р. (2016 р. – 5,5%, 2015 р. – 5,6%, 2014 р. – 6,28%, 2013 р. – 5,1% 2012 р. – 3,43%; 2011 р. – 2,7%).

<sup>30</sup> 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

<sup>31</sup> Дані Державної казначейської служби України



**Показники виконання місцевих бюджетів за функціональною класифікацією видатків та їх структура у 2017 р., грн/відсотків  
від видатків місцевих бюджетів**

Код	Показники	Номінальні обсяги видатків, грн			Структура видатків за функціями, відсотків		
		Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн	Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн
<b>0700</b>	<b>Охорона здоров'я</b>	<b>72 682 672 877,53</b>	<b>12 980 372 680,75</b>	<b>85 663 045 558,28</b>	100	100	100
<b>0710</b>	<b>Медична продукція та обладнання</b>			<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>0720</b>	<b>Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога</b>	<b>19 394 103 899,26</b>	<b>2 065 575 020,13</b>	<b>21 459 678 919,39</b>	<b>26,68</b>	<b>15,91</b>	<b>25,05</b>
0721	<i>Поліклініки загального профілю та амбулаторії</i>	2 257 625 504,57	258 514 289,50	2 516 139 794,07	3,11	1,99	2,94
0722	<i>Спеціалізовані та стоматологічні поліклініки</i>	2 508 221 781,51	789 130 554,66	3 297 352 336,17	3,45	6,08	3,85
0724	<i>Станції швидкої та невідкладної допомоги</i>	4 651 479 603,22	107 249 148,15	4 758 728 751,37	6,40	0,83	5,56
0725	<i>Фельдшерсько-акушерські пункти</i>	236 902 896,94	9 904 216,61	246 807 113,55	0,33	0,08	0,29
0726	<i>Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги</i>	9 739 874 113,02	900 776 811,21	10 640 650 924,23	13,40	6,94	12,42
<b>0730</b>	<b>Лікарні та санаторно-курортні заклади</b>	<b>47 333 789 139,76</b>	<b>9 101 514 274,80</b>	<b>56 435 303 414,56</b>	<b>65,12</b>	<b>70,12</b>	<b>65,88</b>
0731	<i>Лікарні загального профілю</i>	34 199 450 253,13	6 423 127 727,18	40 622 577 980,31	47,05	49,48	47,42

Ю Д Ж Е Н І К І	Показники	Номинальні обсяги видатків, грн			Структура видатків за функціями, відсотків		
		Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн	Загальний фонд, грн	Спеціальний фонд, грн	Разом, грн
0732	<i>Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади</i>	10 253 843 300,68	2 004 727 787,22	12 258 571 087,90	14,11	15,44	14,31
0733	<i>Пологові будинки</i>	1 990 433 801,31	392 458 521,55	2 382 892 322,86	2,74	3,02	2,78
0734	<i>Санаторно-курортні заклади</i>	890 061 784,64	281 200 238,85	1 171 262 023,49	1,22	2,17	1,37
0740	<b>Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади</b>	<b>44 764 618,64</b>	<b>622 767,22</b>	<b>45 387 385,86</b>	<b>0,06</b>	<b>0,00</b>	<b>0,05</b>
0750	<b>Фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
0760	<b>Інша діяльність у сфері охорони здоров'я</b>	<b>5 910 015 219,87</b>	<b>1 812 660 618,60</b>	<b>7 722 675 838,47</b>	<b>8,13</b>	<b>13,96</b>	<b>9,02</b>
0761	<i>Будинки дитини</i>	644 795 845,39	44 410 508,87	689 206 354,26	0,89	0,34	0,80
0762	<i>Станції переливання крові</i>	390 905 841,31	92 555 962,02	483 461 803,33	0,54	0,71	0,56
0763	<i>Інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я</i>	4 874 313 533,17	3 467 355 631,21	6 550 007 680,88	6,71	26,71	7,65

Підходи до визначення обсягу міжбюджетних трансфертів як до, так і після їх реформи у наприкінці 2014 р., залишилися незмінними для охорони здоров'я і у 2017 р.. В їх основу покладено формульні розрахунки, виходячи з фінансового нормативу бюджетної забезпеченості у розрахунку на одного жителя та коригуючих коефіцієнтів (зокрема, соціально-економічних, демографічних, кліматичних, екологічних та інших особливостей адміністративно-територіальних одиниць). Крім того, у другій половині року до відповідного порядку було внесено зміни і доповнення, які стосувалися позицій щодо:

- використання субвенції здійснюється в обсязі, передбаченому в законі про Державний бюджет України на відповідний рік, з урахуванням вимог постанови КМУ від 11.10.2016 р. № 710 «Про ефективне використання державних коштів»;

- врегулювання питання використання коштів медичної субвенції на надання первинної медичної допомоги (ПМД). Зокрема, визначено нормативним актом, що обсяг субвенції, що спрямовується на первинну медичну допомогу, становить не більше 40% загального обсягу субвенції для районів та об'єднаних територіальних громад, які добровільно об'єдналися на базі районів, та не більше 30 % загального обсягу субвенції для міст обласного значення та об'єднаних територіальних громад, які добровільно об'єдналися на базі міст обласного значення<sup>32</sup>.

Також було запроваджено норму щодо погодження додаткового розподілу і перерозподілу загальних обсягів субвенції між місцевими бюджетами, який здійснюється Кабінетом Міністрів України за погодженням з Комітетом Верховної Ради України з питань бюджету, однак в подальшому цю норму було скасовано і функцію додаткового розподілу і перерозподілу загальних обсягів субвенції з січня 2018 року виключно виконує КМУ.

Стосовно оплати праці в сфері охорони здоров'я, то як і попередні роки, рівень оплати праці з залишається одним з найнижчих серед працівників інших галузей економіки майже на третину нижчим за середній показник по економіці, в освіті – на 14,2% менше. У цілому 9,0% працівників охорони здоров'я та надання соціальної допомоги отримують заробітну плату на рівні мінімальної заробітної плати (3200 грн у грудні 2017 р.). У 2016 р. ці показники становили відповідно 3,1%.

Зберігається тенденція відсутності залежності розміру зарплати від професійно-кваліфікаційного рівня працівників. Лише 10,1% працюючих в охороні здоров'я та наданні соціальної допомоги нарахована заробітна плата у грудні 2017 р. перевищувала 10 тис. грн, тоді як в освіті цей показник склав 17,0%, хоча і в ОЗ, і в освіті працівники мають високий кваліфікаційний та професійний рівень (Державна служба статистики України, 2018)<sup>33</sup>. (табл. 5.3.8).

Середньомісячна номінальна заробітна плата штатного працівника ОЗ у 2017 р. порівняно з 2016 р. зросла на 46,2% і становила 5023 грн 189 дол США за курсом НБУ, що пов'язано із збільшенням у 2017 році мінімальної зарплати в два рази (для порівняння у 2016 р. зростання цього показника порівняно з 2015 р. становило 20,4%) і фактично повторювала тенденції змін номінальної заробітної плати в країні (рис. 5.3.8).

<sup>32</sup> Джерело: Офіційний вісник України, 2016 р., № 83, ст. 2739

<sup>33</sup> "Праця України у 2017. Статистичний збірник, Державна служба статистики України, К., ТОВ Видавництво "Август Трейд", 2018, С. 15–18.

Динаміка середньомісячної заробітної плати за видами економічної діяльності у 2010–2017 рр.  
у розрахунку на одного штатного працівника, грн/дол. США

Вид діяльності	Рік							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Галузі економіки, усього, грн	2247	2639	3026	3619	3480	4195	5183	7104
дол США за курсом НБУ	283	331	379	453	293	175	203	267
Промисловість, грн	2584	3123	3500	4115	3988	4791	5902	7631
дол США	325	392	438	515	335	200	231	287
Освіта, грн	1893	2087	2527	2918	2724	3132	3769	5857
дол США	238	262	316	365	229	131	147,5	220,3
Охорона здоров'я, всього, грн	1633	1780	2201	2390	2463	2853	3435	5023
дол США	206	223	275	341	205	119	134	189
<i>Співвідношення заробітної плати (разів)</i>								
у промисловості до охорони здоров'я	1,75	1,59	1,51	1,63	1,41	1,68	1,7	1,5
у галузях економіки до охорони здоров'я	1,48	1,37	1,33	1,23	1,28	1,47	1,5	1,4

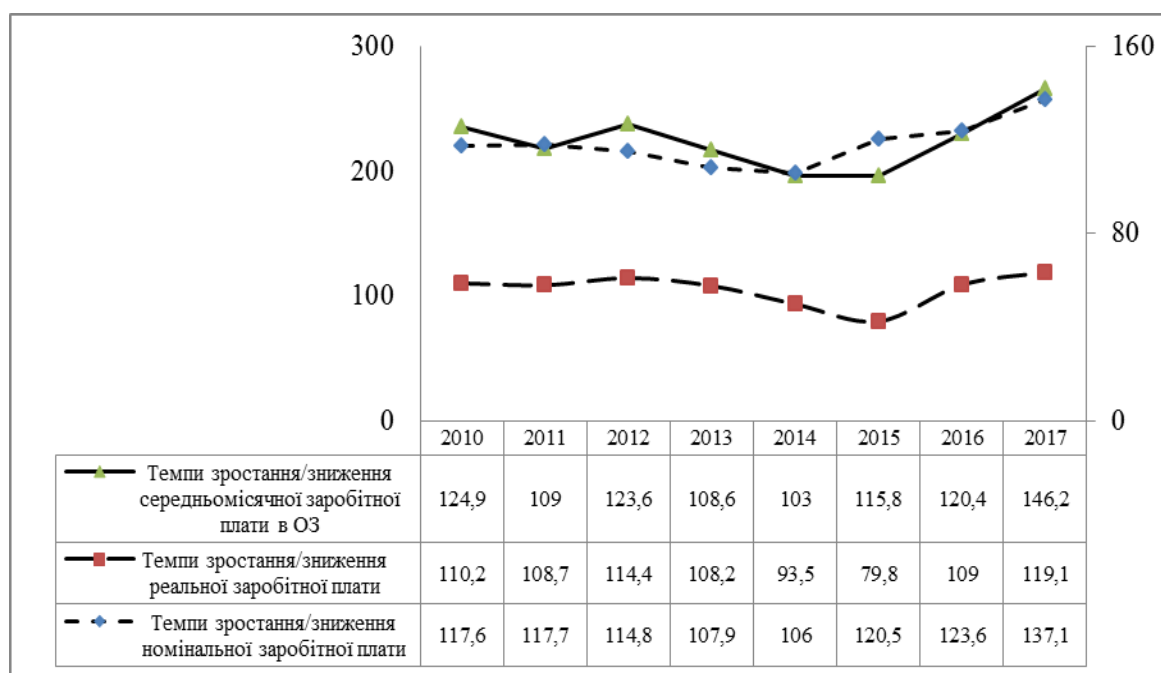


Рис. 5.3.8. Динаміка індексів реальної, номінальної і середньомісячної номінальної заробітної плати в ОЗ, 2010–2017 рр.

Суттєві структурні реформи, спрямовані на покращення структури державних фінансів і консолідацію податково-бюджетної позиції, одночасно із підвищенням ефективності та якості видатків уряду, в т.ч. і в СОЗ, передбачалися розпочати реалізувати у 2017 р. Наміри щодо таких революційних змін були передбачені і у Меморандумі з Міжнародним валютним фондом, а саме:

– *«з липня 2017 р. сфера надання первинних медичних послуг отримуватиме бюджетне фінансування з урахуванням кількості громадян, які зареєструються у конкретного лікаря у певному медичному закладі, або у приватній клініці. Таке фінансування буде універсальним, а його розмір варіюватиметься з віком»;*

– *запровадження «закупівлі медичних послуг проводитиметься єдиним національним агентством із закупівель (Національною медичною службою), яку буде сформовано у першій половині 2017 р.»;*

– *«у 2017 році запровадимо програму відшкодування вартості амбулаторних ліків, поступово розширюючи перелік ліків»<sup>34</sup>.*

Однак, терміни запровадження вказаних у Меморандумі реформ були перенесені на наступний рік у зв'язку з потребою погодження і прийняття цілої низки законодавчих і нормативно-правових актів, які у переважній більшості були прийняті наприкінці року.

Так, прийняття Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 №2002 створило законодавчі засади для посилення управлінської і фінансової незалежності державних і комунальних ЗОЗ шляхом реорганізації бюджетних установ в казенні підприємства або комунальні некомерційні підприємства.

Законом України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» від 19.10.2017 № 2168-VIII регламентовано державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій<sup>35</sup>. Відповідні зміни, необхідні для реалізації даного закону, були внесені і у бюджетне законодавство<sup>36</sup>: перенесення видатків на первинну медичну допомогу, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, до видатків, які здійснюються з Державного бюджету України (ст. 87 БКУ). Також передбачено, що з Державного бюджету будуть фінансуватися і (!) державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями; (!!)) державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності, згідно з переліком, затвердженим КМУ; (!!!) програма державних гарантій медичного обслуговування населення.

<sup>34</sup> Джерело: [http://www.minfin.gov.ua/uploads/redactor/files/Меморандум%20МВФ\\_Київ,%202020березня%202017.pdf](http://www.minfin.gov.ua/uploads/redactor/files/Меморандум%20МВФ_Київ,%202020березня%202017.pdf)

<sup>35</sup> Джерело: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

<sup>36</sup>Про внесення змін до бюджетного кодексу України : Закон України від 07.12.2017 № 2233-VIII / <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>

З бюджетів міст республіканського АР Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад здійснюються видатки на фінансування (!) ПМД (медичних амбулаторій, ФАПів і ФП, ЦПМСД, інших ЗОЗ, що надають ПМД) та (!!)-оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними ЗОЗ, що надають ПМД, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню.

Видатки на співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад здійснюються з обласних бюджетів (ст. 90 БКУ). Це стосується і фінансування регіональних програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональних програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, а також регіональних програм громадського здоров'я.

Кошти медичної субвенції спрямовується на видатки місцевих бюджетів для оплати поточних видатків, крім надання ПМД (кошти консолідується на рівні Державного бюджету у відповідній бюджетній програмі). Кошти медичної субвенції не використовуються на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – це функція бюджетів міст республіканського АР Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад.

З метою покращення здоров'я населення та підвищення доступності і якості надання медичної допомоги у сільській місцевості були прийнято окремий закон України, яким визначено повноваження органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо забезпечення підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості та передбачено реалізацію заходів щодо:

1) розвитку і удосконалення мережі закладів охорони здоров'я, в першу чергу тих, що надають ПМД, та матеріально-технічної бази таких закладів, створення умов для діяльності лікарів загальної практики - сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей, які надають ПМД та зареєстровані як фізичні особи – підприємці;

2) впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини;

3) розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань

4) подолання диференціації у забезпеченості кваліфікованими медичними і фармацевтичними кадрами, запровадження матеріальних та інших стимулів для роботи у ЗОЗ сільської місцевості (забезпечення необхідним медичним обладнанням, спеціальним

транспорт, надання службового житла, транспорту, мобільного зв'язку, пільгових (іпотечних) кредитів на будівництво або придбання житла, компенсації плати за житлово-комунальні послуги та енергоносії, обслуговування та експлуатацію автомобільного транспорту тощо);

5) розвитку необхідної телекомунікаційної інфраструктури телекомунікаційних технологій, функціонування електронної системи охорони;

6) розбудови транспортної інфраструктури;

7) залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості, сприяння розширенню державно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у сфері охорони здоров'я;

8) сприяння дієвій просвітницькій роботі серед населення<sup>37</sup>.

Також було прийнято низку урядових нормативних документів, якими затверджено (1) методику розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування<sup>38</sup>, (2) рішення щодо створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення та відповідне положення<sup>39</sup>. Затверджено документи

для реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих НДУ НАМН України.

Таким чином, 2017 рік – це рік прийняття законодавчих засад для проведення реформ фінансово-економічних механізмів діяльності національної СОЗ. Проте системних змін у системі фінансування упродовж не відбулося, що породжує зростання приватних витрат на охорону здоров'я, які «лягають» фінансовим тягарем на домогосподарства, що негативно відображається на доступності медичної допомоги, низький рівень оплати праці сприяє відтоку медичних працівників з системи або їх переходу в інші сфери діяльності.

#### **5.4. 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;

<sup>37</sup> Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII / <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>

<sup>38</sup> Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075 / <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-zatverdzhennya-metodiki-rozrahunku-vartosti-poslugi-z-medichnogo-obslugovuvannya>

<sup>39</sup> Про утворення національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 / <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>

- велика кількість лікарських спеціальностей;
- невмотивованість медичних кадрів до ефективної праці через недосконалу систему оплати праці;
- низький рівень укомплектованості лікарських посад за окремими спеціальностями;
- загальний дефіцит кадрів;
- надмірна спеціалізація лікарів;
- невідповідність системи атестації;
- висока частка працівників пенсійного віку;
- застарілість нормативно-правової бази з питань кадрової політики в охороні здоров'я.

Метою кадрової політики ВООЗ є підготовка необхідних кваліфікованих працівників, забезпечення ними ЗОЗ, а також виконання цими медичними працівниками відповідних завдань. Розроблений ВООЗ спільно з державами-членами Десятирічний план дій на 2006–2016 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 2017 р. становила 37,80, середнім медичним персоналом (СМП) – 78,27 (табл. 5.4.1).

Таблиця 5.4.1

**Забезпеченість населення України медичними працівниками у 2010 р. і 2017 р.  
(на 10 тис. населення)**

Показник	Рік	
	2010	2017
<i>Забезпеченість лікарями</i>		
Заклади охорони здоров'я системи МОЗ України	43,2	37,80
<i>Забезпеченість СМП</i>		
Заклади охорони здоров'я системи МОЗ України	94,1	78,27

*Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України».*

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. 5.4.2, 5.4.3).

Таблиця 5.4.2

**Забезпеченість лікарями (штатні посади та фізичні особи) в розрізі регіонів в Україні у 2010 р. і 2017 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість на 10 тис. населення			
	штатними посадами		фізичними особами	
	2010 р.	2017 р.	2010 р.	2017 р.
<b>Україна</b>	<b>53,50</b>	<b>46,3</b>	<b>43,22</b>	<b>37,80</b>
АР Крим	59,4	0,00	45,52	0,00
<i>Область</i>				
Вінницька	51,90	51,9	46,17	45,4
Волинська	45,45	43,2	37,18	36,6
Дніпропетровська	55,80	51,3	41,99	39,2
Донецька	55,02	44,6	41,36	28,9
Житомирська	48,58	46,0	35,51	34,7
<i>Область</i>				
Закарпатська	39,54	36,9	38,20	35,9
Запорізька	58,65	56,8	42,83	42,7
Івано-Франківська	53,02	54,2	55,87	57,4
Київська	51,04	48,9	37,97	35,6
Кіровоградська	49,58	47,7	33,24	33,0
Луганська	52,46	47,5	39,02	27,9
Львівська	50,84	49,0	52,19	50,8
Миколаївська	44,56	41,7	31,75	29,2
Одеська	53,15	49,7	43,11	40,9
Полтавська	53,96	55,5	44,48	44,9
Рівненська	48,54	45,5	38,02	38,3
Сумська	48,61	48,6	35,28	37,2
Тернопільська	52,22	52,7	48,99	49,1
Харківська	56,57	55,1	48,53	45,6
Херсонська	44,57	43,4	31,18	30,6
Хмельницька	46,67	45,5	38,19	38,9
Черкаська	46,98	46,8	35,42	35,2
Чернівецька	55,25	55,3	58,42	56,8
Чернігівська	48,89	48,8	35,76	35,4
<i>Місто</i>				
Київ	75,80	69,5	59,57	55,3
Севастополь	59,71	0,00	43,06	0,00

*Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України».*

Таблиця 5.4.3

**Забезпеченість середнім медичним персоналом (штатні посади та фізичні особи) в Україні у 2010 р. і 2017 р.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість на 10 тис. населення			
	штатними посадами		фізичними особами	
	2010 р.	2017 р.	2010 р.	2017 р.
<b>Україна</b>	<b>98,74</b>	<b>83,88</b>	<b>94,01</b>	<b>78,27</b>
АР Крим	102,18	0,00	92,20	0,00
<i>Область</i>				
Вінницька	97,65	91,79	102,36	94,97

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість на 10 тис. населення			
	штатними посадами		фізичними особами	
	2010 р.	2017 р.	2010 р.	2017 р.
Волинська	96,65	88,63	106,88	98,56
Дніпропетровська	97,78	90,53	86,89	78,04
Донецька	101,29	89,03	88,69	73,50
Житомирська	104,53	96,81	106,59	98,43
<i>Область</i>				
Закарпатська	79,92	74,47	89,01	80,43
Запорізька	105,05	101,19	92,60	83,44
Івано-Франківська	96,88	92,44	106,94	103,01
Київська	102,46	98,07	89,20	78,44
Кіровоградська	107,73	101,76	100,82	93,13
Луганська	96,44	91,78	92,51	74,84
Львівська	92,19	87,66	101,09	94,35
Миколаївська	89,08	82,54	80,40	72,11
Одеська	96,42	84,97	85,38	73,54
Полтавська	102,19	98,46	97,13	91,76
Рівненська	100,76	92,42	110,93	101,78
Сумська	106,02	103,32	103,94	101,22
Тернопільська	99,25	95,27	110,11	101,25
Харківська	93,07	85,53	84,39	74,34
Херсонська	93,47	88,03	89,09	79,73
Хмельницька	94,41	88,80	99,33	95,44
Черкаська	103,15	100,29	99,72	93,15
Чернівецька	88,76	82,64	101,56	95,51
Чернігівська	113,12	106,50	110,09	102,23
<i>Місто</i>				
Київ	104,14	97,91	81,52	73,65
Севастополь	106,33	0,00	85,14	0,00

*Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України».*

Кількість штатних лікарських посад у закладах системи МОЗ України щороку скорочується (2010 р. – 234,9 тис.; 2017 р. – 195,3 тис.). Різниця за вказані роки склала 39,6 тис. лікарських посад. За цей самий період кількість лікарів – фізичних осіб зменшилась на 38,1 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 2017 р. – 35,7 тис.

За даними ВООЗ, в Україні показники забезпечення медичними працівниками наблизилися до середньоєвропейських (рис. 5.4.1 і 5.4.2).

Негативні зміни в чисельності лікарів станом на 2017 р. сформувалися за рахунок АР Крим, Донецької, Луганської, Харківської областей та м. Севастополя. Крім того, слід зазначити тривожний факт, що у 2017 р. (порівняно із 2010 р.) зменшилася кількість працюючих лікарів (фізичних осіб) майже в усіх адміністративно-територіальних одиницях (крім Івано-Франківської області). У цілому по Україні кількість лікарів у 2017 р. порівняно з 2010 роком зменшилася на 37 465 особи (на 23,5%) (табл. 5.4.4).

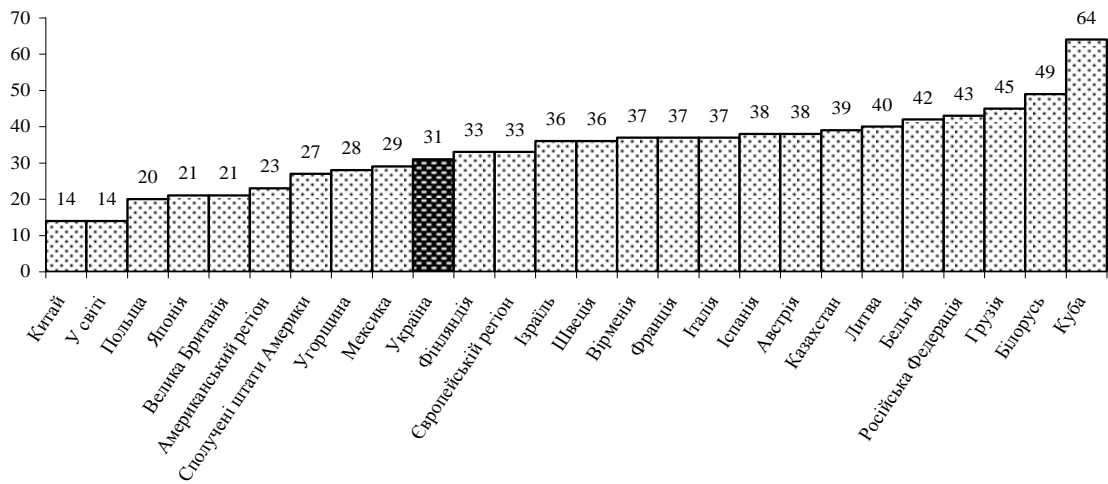


Рис. 5.4.1. Забезпеченість лікарями у світі (на 10 тис. населення)

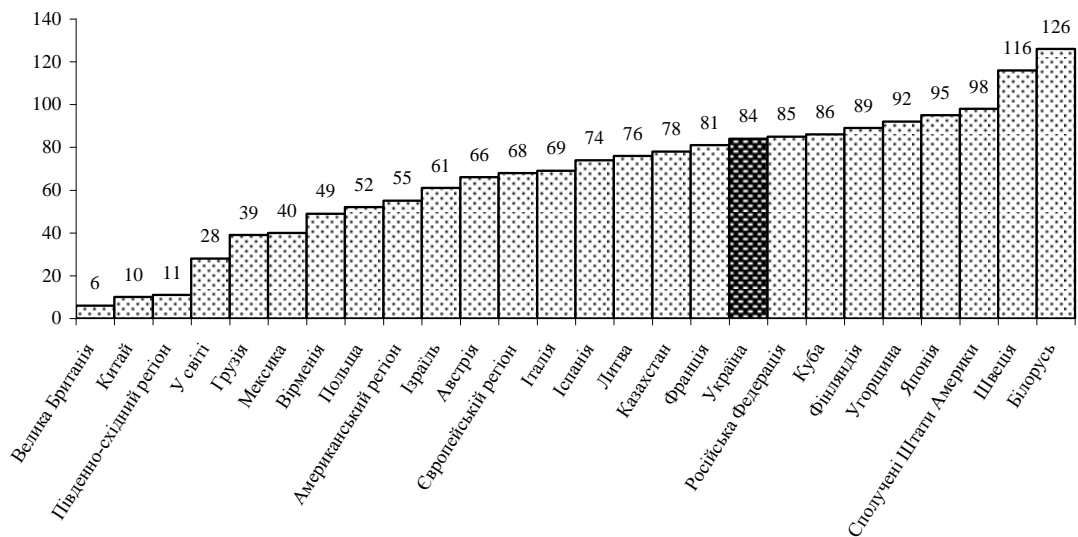


Рис. 5.4.2. Забезпеченість сестринським та акушерським персоналом у світі (на 10 тис. населення)

Таблиця 5.4.4

Динаміка чисельності лікарів за регіонами у 2010 р. і 2017 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість лікарів (без зубних), осіб		Зміни в чисельності у 2017 р. порівняно з 2010 р.
	2010 р.	2017 р.	
<b>Україна</b>	<b>197 065</b>	<b>159600</b>	<b>-37465</b>
АР Крим	8898	—	-8898
<i>Область</i>			
Вінницька	7544	7130	-414
Волинська	3846	3792	-54
Дніпропетровська	13 996	12 666	-1330
Донецька	18 283	5531	-12752
Житомирська	4544	4272	-272
Закарпатська	4754	4510	-244
Запорізька	7712	7355	-357

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість лікарів (без зубних), осіб		Зміни в чисельності у 2017 р. порівняно з 2010 р.
	2010 р.	2017 р.	
Івано-Франківська	7693	7886	+193
Київська	6500	6234	-266
Кіровоградська	3336	3139	-257
Луганська	8923	1964	-6959
Львівська	13 185	12 757	-428
Миколаївська	3755	3328	-427
Одеська	10 250	9707	-543
Полтавська	6582	6315	-267
<i>Область</i>			
Рівненська	4378	4441	-63
Сумська	4090	4062	-28
Тернопільська	5295	5150	-145
Харківська	13 295	12 203	-1092
Херсонська	3389	3199	-190
Хмельницька	5056	4946	-110
Черкаська	4540	4283	-257
Чернівецька	5265	5133	-132
Чернігівська	3897	3583	-314
<i>Місто</i>			
Київ	16 428	16 014	-414
Севастополь	1631	0,00	-1631

Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України».

За статистичними даними в Україні спостерігається високий рівень регіональної диспропорції лікарських кадрів. Так, при низькій укомплектованості штатних посад лікарів в Луганській – 58,7%, Донецькій – 64,7%, Миколаївській – 69,9%, Кіровоградській – 69,3%, Київській – 72,9%, Запорізькій – 75,1%, Житомирській – 75,3% в Чернівецькій, Львівській, Закарпатській, Івано-Франківській областях значна частка лікарів працює на неповну ставку, а випускники медичних університетів не можуть влаштуватись на роботу.

У галузі протягом 2017 р. спостерігалися проблеми щодо комплектації штатних посад медичними працівниками (табл. 5.4.5).

Таблиця 5.4.5

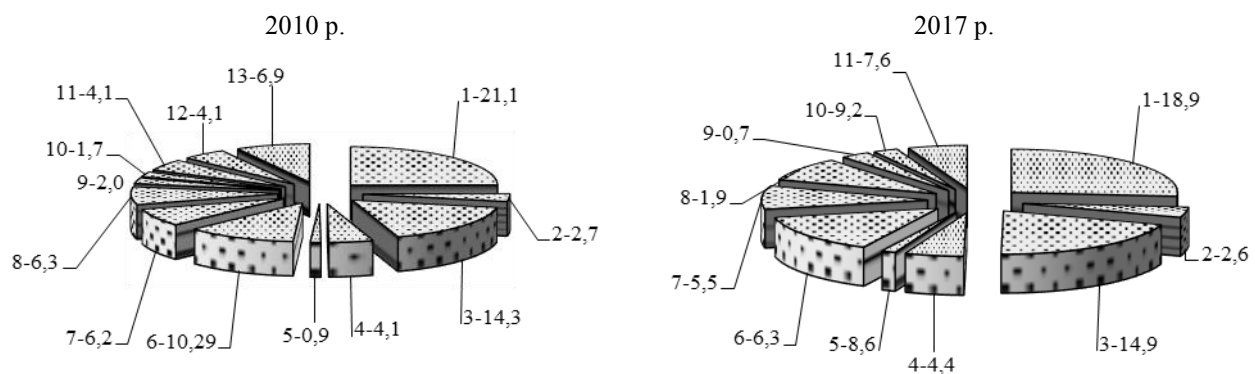
**Кількість штатних посад медичних працівників та укомплектованість ними закладів охорони здоров'я МОЗ України у 2010 р. і 2017 р.**

Показник	Рік	
	2010	2017
<i>Лікарі (без зубних лікарів) (тис.)</i>		
Кількість штатних посад	244,00	195,31
з них зайнятих	223,70	172,68
Чисельність фізичних осіб	197,10	159,60
<i>СМП (тис.)</i>		
Кількість штатних посад	450,20	354,13
з них зайнятих	431,60	329,58
Чисельність фізичних осіб	428,70	330,44
<i>Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами (%)</i>		
Лікарі	80,80	81,71
СМП	95,20	93,31

Показник	Рік	
	2010	2017
<i>Розрив між штатними посадами і чисельністю фізичних осіб (тис.)</i>		
Лікарі	46,90	35,71
СМП	21,50	23,69

Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України».

Коливання показників структур лікарів за окремими, найбільш суттєвими, групами спеціалістів за 2010–2017 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 7,5% (в абсолютних вимірах – на 6588 особу). Загальна характеристика структури лікарів за групами спеціалістів наведена на рис. 5.4.3.



- 1 – Терапевти, уся група  
2 – Медицина невідкладних станів  
3 – Хірурги, уся група  
4 – Анестезіологи  
5 – Стоматологи, уся група  
6 – Акушери-гінекологи  
7 – Педіатри  
8 – Психіатри  
9 – Санітарна група, усього  
10 – Сімейні лікарі  
11 – Інтерни

**Рис. 5.4.3. Питомі ваги лікарів окремих спеціальностей у загальній чисельності лікарів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2010 р. і 2017 р. (%)**

Серед проблем, які слід вирішити, є зростання питомої ваги працівників пенсійного віку. У 2017 р. питома вага пенсіонерів-лікарів становила близько 27,0%. (табл. 5.4.6). Це потребує в майбутньому пошуку резервів з підготовки медичних кадрів з урахуванням компенсації втрат за цей чинник.

Таблиця 5.4.6

**Кількість та питома вага працюючих пенсіонерів – лікарів закладів охорони здоров'я системи МОЗ України окремих типів у 2017 р.**

Назва	кількість осіб	% до лікарів – фізичних осіб
обласних лікарень	1380	20,0
обласних дитячих лікарень	668	21,1
центральных міських лікарень та міських лікарень	5500	26,0
дитячих міських лікарень	841	23,0
міських поліклінік	1219	28,2
дитячих міських поліклінік	412	28,0
центральных районних лікарень	7790	28,2

районних лікарень	730	28,0
центрів первинної медико-санітарної допомоги	6974	32,2
дільничних лікарень	30	28,0
амбулаторії, сільських лікарських амбулаторії та АЗПСМ	263	21,2
<b>Всього</b>	<b>25807</b>	<b>27,0</b>

Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України».

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 плінності. 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 2010–2017 рр. намітилася позитивна динаміка щодо укомплектованості медичним персоналом: укомплектованість лікарями у 2017 р. становила 81,71% (у 2010 р. – 80,80%), а дефіцит лікарських кадрів – майже 35,71 тис. осіб (46,90 тис.); укомплектованість СМП – 93,31% (95,20%), дефіцит середніх медичних кадрів – 23,69 тис. осіб (21,50 тис.).

МОЗ України останніми роками приділяє значну увагу пріоритетному укомплектуванню посад лікарів, які надають ПМСД, зокрема ЛЗП–СЛ. Однак протягом 2010–2017 рр., у зв'язку з поліпшенням тенденцій у Донецькій, Луганській, Львівській областях, укомплектованість ЛЗП–СЛ (за даними статистичних звітів) збільшилась на 0,8 процентні пункти (табл. 5.4.7).

Таблиця 5.4.7

**Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами у 2010–2017 рр. (%)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік						
	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017
<b>Україна</b>	<b>73,47</b>	<b>76,46</b>	<b>71,66</b>	<b>71,44</b>	<b>66,27</b>	<b>75,47</b>	<b>74,27</b>
<i>Область</i>							
Вінницька	72,32	77,04	75,18	78,02	77,64	76,00	73,00
Волинська	65,89	71,68	73,94	64,70	76,55	77,00	79,00
Дніпропетровська	68,16	72,0	65,05	65,71	75,31	75,00	74,00
Донецька	66,36	70,21	65,70	68,05	–	63,04	61,00
Житомирська	71,32	76,64	72,53	70,55	73,1	73,1	73,00
Закарпатська	85,14	87,97	93,56	89,40	91,3	92,1	88,00
Запорізька	71,08	77,32	76,21	71,02	74,8	73,00	70,00
Івано-Франківська	69,67	77,21	81,90	95,45	82,23	94,04	95,00

Київська	58,18	70,11	54,10	63,84	69,35	72,00	69,00
Кіровоградська	66,26	70,22	54,81	57,54	53,33	65,01	62,00
Луганська	69,55	70,94	75,64	58,40	62,81	67,00	65,00
Львівська	92,09	93,55	89,25	89,25	28,97	97,00	96,00
Миколаївська	60,00	65,41	48,97	59,21	65,74	64,00	62,00
Одеська	66,01	72,47	65,26	68,58	67,49	69,00	67,00
Полтавська	73,03	75,76	65,19	77,22	72,73	68,00	68,00
Рівненська	64,94	78,90	78,74	67,90	80,37	85,00	84,00
Сумська	70,07	72,93	66,78	69,38	72,30	75,00	75,00
Тернопільська	83,64	86,52	89,20	87,53	81,15	86,00	86,00
Харківська	70,74	71,90	68,77	69,74	71,73	72,00	73,00
Херсонська	58,81	67,68	63,62	53,27	57,14	55,00	54,00
Хмельницька	79,63	86,88	85,90	82,76	81,37	82,00	82,00
Черкаська	74,83	71,27	–	66,20	68,47	67,00	64,00
Чернівецька	79,25	76,23	94,05	86,08	82,1	89,00	91,00
Чернігівська	79,20	80,32	78,44	66,44	62,45	68,00	65,00
м. Київ	76,06	59,87	–	68,50	76,94	78,00	78,00

Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України».

При цьому критичним є рівень укомплектованості штатних посад лікарів за наступними спеціальностями:

лікарі-лаборанти – 28,4%, лікарі-статистики – 53,0%, дієтологи – 46,00%, імунологи – 49%, бактеріологи – 44,6%, методисти – 47,4%, патологоанатоми – 54,5%, мікробіологи і вірусологи – 54%, дитяча патологічна анатомія – 49,88, дитяча фтизіатрія – 69,40, дитяча анестезіологія – 68,97, судові психіатри-експерти – 54,7%, лікарі-імунологи – 59,6%, медицина невідкладних станів – 61,35, психотерапевти – 63,9%, лікарі функціональної діагностики – 67,8%, наркологи – 69,5%, анестезіологи – 73,6%, серцево-судинні хірурги – 72,6%, рентгенологи – 73,4% 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, анестезіологи, неонатологи, педіатри і лікарі медицини невідкладних станів, про що засвідчили такі порівняльні характеристики (табл. 5.4.8).

Таблиця 5.4.8.

**Загальні характеристики рівнів кваліфікації у галузі в цілому порівняно з указаною групою у 2010 р. та 2017 р.**

Фахівці	Чисельність лікарів у групі (осіб)		Атестовані на кваліфікаційні категорії у групі (% до загального числа лікарів)	
	2010 р.	2017 р.	2010 р.	2017 р.
Клінічна лабораторна діагностика	3894	3118	90,00	94,00
Лікарі - терапевти	18 883	9221	75,40	91,0
Лікарі - медицини невідкладних станів	5290	4050	79,90	95,00
Лікарі - неонатологи	1734	1457	94,00	94,00
Лікарі - анестезіологи	8106	5562	76,90	97,00
Лікарі - паталогоанатоми	801	694	94,00	92,00

Лікарі - педіатри	12 453	7724	74,60	93,00
ЛЗП-СЛ	8140	14313	60,00	95,00
<b>Усього по галузі</b>	<b>197 065</b>	<b>52167</b>	<b>68,30</b>	<b>94,00</b>

*Примітка: За даними Центру медичної статистики МОЗ України та ДП «Укрмедресстр МОЗ України».*

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.

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 – 17,0%, лікарі-санологи – 23,1%, лікарі з гігієни харчування – 25,0%, токсикологи – 47,2%, лікарі з гігієни праці – 50,0%.

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.

### **Висновки**

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 соціальної 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.



## **5.5. Розвиток законодавчої та нормативно-правової бази охорони здоров'я, її адаптація до міжнародних та європейських стандартів**

Правове регулювання відносин у галузі охорони здоров'я з урахуванням сучасних тенденцій розвитку суспільно-політичного життя, формування відповідної нормативно-правової бази, забезпечення правильного застосування, неухильного додержання та запобігання невиконанню вимог актів законодавства з питань охорони здоров'я є основними інструментами проведення державної політики у сфері охорони здоров'я та реалізації пріоритетних напрямів реформування галузі.

Здійснення ґрунтовних перетворень структурних та функціональних засад системи охорони здоров'я потребує послідовної, чіткої й діяльної взаємодії всіх органів державної влади в процесі реалізації ними повноважень, визначених Конституцією та законами України.

Відповідно до положень статті 13 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» державну політику охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів. Згідно статті 14 цього закону реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади.

Президент України виступає гарантом визначених Конституцією України прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я, видає укази і розпорядження, у межах повноважень, передбачених статтею 106 Конституції України.

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я.

Центральні органи виконавчої влади реалізують державну політику охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством України.

Для забезпечення реалізації проголошеної Урядом медичної реформи протягом 2017 р. Верховною Радою України прийнято низку законів, якими законодавчо закріплені головні завдання та пріоритетні напрями реформування галузі.

Найбільш визначальними з них є Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» від 19 жовтня 2017 р. № 6327 та Закон України «Про підвищення доступності та медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 р. № 717.

Перший із зазначених законів визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Відповідно до положень частини першої статті 2 цього закону програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) є програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за

рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

У межах програми медичних гарантій держава гарантує повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- екстреної медичної допомоги;
- первинної медичної допомоги;
- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- медичної реабілітації;
- медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Відповідно до положень статті 4 зазначеного закону програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому МОЗ України, за погодженням з Мінфіном та затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік. Обсяг коштів, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України.

Розділ II Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» визначає основні принципи програми медичних гарантій, права та обов'язки пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій, особливості договорів про медичне обслуговування населення та їх істотні умови, порядок отримання та засади оплати медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

Відповідно до положень статті 7 цього розділу розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів відноситься до компетенції Уповноваженого органу. Згідно Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №1013-р, реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення повинен здійснювати новий центральний орган виконавчої влади - Національна служба здоров'я України (НСЗУ), який буде єдиним національним замовником медичних послуг та лікарських засобів. Крім того до функцій Уповноваженого органу віднесено:

- проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;

- укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;
- здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій;
- отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів і надавачів медичних послуг, з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»;
- забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я.

На виконання пункту 2 плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р. Уряд постановою КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 затвердив Положення про Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Положення визначає основні завдання НСЗУ, перелік її прав та обов'язків, обсяг компетенції Голови НСЗУ, порядок призначення та звільнення заступників Голови НСЗУ, порядок формування консультативних, дорадчих та інших допоміжних органів НСЗУ.

Для забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю Уповноваженого органу утворюється Рада громадського контролю, що формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу, у складі 15 осіб, які переобираються кожні два роки. Порядок проведення конкурсу з формування Ради громадського контролю, її персональний склад та положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до пункту 4 Положення про Раду громадського контролю при Національній службі здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 271 основними завданнями Ради є:

- здійснення громадського контролю за діяльністю НСЗУ;
- сприяння взаємодії НСЗУ з громадськими об'єднаннями, іншими інститутами громадянського суспільства у сфері медичного обслуговування населення;
- забезпечення прозорості діяльності НСЗУ;
- інформування НСЗУ про громадську думку щодо формування та реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та про програму державних гарантій медичного обслуговування населення.

З метою впровадження нових механізмів фінансування медичної допомоги за рахунок коштів державного бюджету за договорами про медичне обслуговування населення відповідно до положень статті 10 Закону України від 19 жовтня 2017 р. № 6327 встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. Методика розрахунку тарифів і коригувальні коефіцієнти затверджуються МОЗ України, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної фінансової і бюджетної політики. Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій здійснюється НСЗУ на підставі інформації та документів, що внесені надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я. Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається між закладом охорони здоров'я

незалежно від форми власності чи фізичною особою - підприємцем, яка в установленому законом порядку одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та НСЗУ. Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та Типову форму договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій затверджено постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» від 25 квітня 2018 р. № 410.

Відповідно до положень статті 11 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в Україні створюється електронна система охорони здоров'я – інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс. НСЗУ забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я та веб-сайту, на якому розміщується інформація про цю систему.

Кабінет Міністрів України постановою «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25 квітня 2018 р. № 411 затвердив Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я та Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я.

Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я (далі - ЕСОЗ) визначає завдання та функціональні можливості ЕСОЗ, загальні вимоги щодо внесення та обміну інформацією і документами в системі, встановлює процедуру реєстрації користувачів, права та обов'язки адміністратора центральної бази даних ЕСОЗ, технічні вимоги до електронних медичних інформаційних систем, регламентує процедуру доступу до центральної бази даних. Відповідно до пункту 20 зазначеного вище Порядку центральна база даних ЕСОЗ включає наступні реєстри:

- Реєстр пацієнтів;
- Реєстр декларацій про вибір лікаря;
- Реєстр суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;
- Реєстр медичних спеціалістів;
- Реєстр медичних працівників;
- Реєстр договорів про медичне обслуговування населення;
- Реєстр договорів про реімбурсацію.

Закон України «Про підвищення доступності та медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 р. № 717 визначає правові, економічні та організаційні засади, принципи і напрями регулювання розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості для забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного та ефективного медичного обслуговування.

Стаття 5 зазначеного закону визначає повноваження Кабінету Міністрів України, МОЗ України, центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну регіональну політику, місцевих державних адміністрацій та органів місцевого

самоврядування щодо забезпечення підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Відповідно до положень статті 7 цього закону надавачі медичних послуг у сільській місцевості зобов'язані застосовувати телемедицину для залучення до надання медичної допомоги лікарів-консультантів із закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації. Також, відповідно до прикінцевих положень зазначеного закону Основи законодавства України про охорону здоров'я доповнено визначенням терміну телемедицина та новою статтею 35<sup>6</sup> (Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини).

Аналіз результатів нормотворчої діяльності у 2017 р. доводить, що сучасна нормативно-правова база охорони здоров'я переважно формується відповідно до принципів та пріоритетів державної політики охорони здоров'я, визначених Конституцією України, Основами законодавства про охорону здоров'я та іншими прийнятими відповідно до них актами законодавства, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я. Проте, без належного правового регулювання залишаються питання:

- формування правових, організаційних, економічних і соціальних засад охорони здоров'я з урахуванням сучасних тенденцій розвитку суспільно-політичного життя та пріоритетних напрямів реформування галузі;

- забезпечення солідарної участі держави, роботодавців та територіальних громад у фінансуванні медичної допомоги;

- впровадження сучасних механізмів ефективного та раціонального використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів галузі;

- підвищення престижності праці медиків, рівня заробітної плати в охороні здоров'я, встановлення медичним працівникам надбавок за вислугу років, сумлінну працю, виплати матеріальної допомоги на оздоровлення;

- забезпечення оптимізації та децентралізації системи управління в охороні здоров'я, автономізації медичних закладів;

- впровадження дієвої системи контролю якості та ефективності медичної допомоги;

- стимулювання пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги та стаціонарозамінних технологій;

- впровадження прогресивних форм господарювання закладів охорони здоров'я та ринкових відносин у медичній галузі.

Законодавчому врегулюванню зазначених питань сприятиме подання на розгляд Уряду та Верховної Ради України законопроектів “Про заклади охорони здоров'я”, “Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування”, що мають бути розроблені за участю народних депутатів України, представників органів державної влади, організацій роботодавців, профспілок, наукових установ та громадських об'єднань з метою забезпечення загальнодоступності, рівноправності громадян в отриманні медичної допомоги, реформування механізмів фінансування та управління галуззю.

Прийняття зазначених законопроектів створить належне підґрунтя для розробки та затвердження Кабінетом Міністрів України, центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування низки підзаконних нормативно-

правових актів, які забезпечать врегулювання механізмів реалізації визначених на законодавчому рівні пріоритетних напрямів реформування системи охорони здоров'я України.

Одним з пріоритетних напрямів оновлення існуючої нормативно-правової бази охорони здоров'я є удосконалення механізму формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням кращого європейського та міжнародного досвіду.

У Концепції розвитку системи громадського здоров'я схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. №1002-р зазначається про необхідність формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, визначення нових підходів та розроблення програм для розв'язання проблем у сфері громадського здоров'я, наголошується про неефективність міжвідомчої взаємодії заінтересованих центральних органів виконавчої влади та необхідність консолідації функцій із здійснення державного контролю та нагляду.

Концепція запроваджує принцип пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади, що передбачає визнання актуальних проблем у галузі охорони здоров'я комплексними і пов'язаними із соціальним детермінантом здоров'я.

Формування системи громадського здоров'я з урахуванням досвіду країн європейського регіону в реалізації політики – Здоров'я-2020, сприятиме становленню медичної практики на принципах справедливості, загальнодоступності, високої якості медичної допомоги та ефективного використання ресурсів галузі.

У вересні 2012 р. представники 53 країн на сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ затвердили основи нової регіональної політики охорони здоров'я – Здоров'я-2020 у форматі двох документів: документ, який визначає ключові цінності та принципи реалізації нової політики, вагомі політичні, соціальні та економічні аргументи, що доводять необхідність суттєвих перетворень у сфері охорони здоров'я – «Основи європейської політики підтримки держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», а також більш розгорнута версія – «Здоров'я-2020: основи політики і стратегія», яка містить контекстуальний аналіз, основні стратегії, фактичні данні та деталізацію потенціалу, що є необхідними для ефективної реалізації політики покращення здоров'я і підвищення рівня благополуччя.

В сукупності ці документи становлять гнучку рамкову основу для побудови політики держав-членів Європейського регіону, що базується на багаторічному глобальному та регіональному стратегічному досвіді та покликана служити дієвим засобом підтримки міністерств охорони здоров'я в їх діяльності по залученню ключових зацікавлених сторін до спільних зусиль, спрямованих на поліпшення здоров'я мешканців Європейського регіону.

Загальна мета політики Здоров'я-2020 - значно поліпшити здоров'я і підвищити рівень благополуччя населення, скоротити нерівність щодо здоров'я, зміцнити громадську охорону здоров'я та забезпечити наявність систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей, які характеризуються високою якістю допомоги та дотриманням принципів загального охоплення населення, соціальної справедливості та стійкості.

Застосовуючи термін «благополуччя» (well-being) при формулюванні мети нової регіональної політики її розробники ґрунтуються на визначенні здоров'я, закріпленому в Уставі ВООЗ, як стану повного фізичного, душевного і соціального благополуччя. Об'єктивні параметри благополуччя включають: стан здоров'я, рівень освіти, працевлаштування, соціальні зв'язки, оточуюче середовище, особисту безпеку, участь у громадському житті та прийнятті рішень, житлові умови і можливість відпочинку .

Досягнення мети політики Здоров'я-2020 передбачає вирішення двох взаємопов'язаних стратегічних завдань: перше – досягти поліпшення здоров'я для всіх і скоротити нерівність щодо здоров'я; друге - удосконалити лідерство та колективне керівництво в інтересах здоров'я.

Наголошуючи на необхідності поліпшити здоров'я для всіх (Health for All), держави-члени Європейського регіону зобов'язуються послідовно забезпечувати реалізацію стратегічної цілі, що полягає в досягненні всіма людьми такого рівня здоров'я, який дозволяє їм вести соціально та економічно продуктивне життя . Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є скорочення нерівності щодо здоров'я (health inequality) – зменшення відмінностей, коливань і дисбалансів за динамічними показниками стану здоров'я окремих громадян та груп населення (очікувана тривалість життя, смертність, захворюваність). Несправедливість щодо здоров'я (health inequity) – відмінності або нерівність за показниками здоров'я на рівні окремих груп громадян країни чи на рівні країн, які обумовлені розбіжностями соціальних, економічних та екологічних факторів переважно внаслідок порушення принципу соціальної справедливості. Ці відмінності можуть бути усунені виключно шляхом цілеспрямованих змін державної політики урядами країн Європейського регіону. Слід зазначити, що терміни нерівність і несправедливість щодо здоров'я в документах ВООЗ часто застосовують як синоніми .

Визначаючи шляхи реалізації цих завдань, Здоров'я-2020 підтримує активну участь громадськості у формуванні та реалізації національних стратегій з питань охорони здоров'я, а також пропонує нові форми стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, відповідно до яких піклування про здоров'я та благополуччя громадян розглядається як сфера відповідальності суспільства і держави.

Основи політики Здоров'я-2020 визначають чотири пріоритетні напрямки стратегічних дій:

- інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини і розширення прав і можливостей громадян;

- вирішення найбільш актуальних проблем Європейського регіону, що стосуються неінфекційних та інфекційних хвороб;

- зміцнення орієнтованих на людину систем охорони здоров'я, потенціалу охорони громадського здоров'я, вдосконалення епідагляду, а також підвищення готовності та реагування при надзвичайних ситуаціях;

- забезпечення стійкості місцевих спільнот та створення підтримуючого середовища.

Європейський регіональний комітет ВООЗ підкреслює що ці взаємопов'язані та взаємодоповнюючі пріоритетні напрямки, базуються на відповідних стратегіях та планах дій ВООЗ на регіональному та глобальному рівнях. Їх реалізація потребує застосування

комплексних підходів стратегічного планування, що сприяють підвищенню рівня здоров'я, соціальної справедливості та благополуччю.

Політика Здоров'я-2020 визначає головні, всеохоплюючі регіональні цільові орієнтири: до 2020 р. скоротити передчасну смертність серед населення Європейського регіону; підвищити показники середньої очікуваної тривалості життя для населення Європейського регіону;

скоротити масштаби нерівностей щодо здоров'я в Європейському регіоні;

підвищити рівень благополуччя населення Європейського регіону;

забезпечити загальне охоплення послугами та право на найвищий досяжний рівень здоров'я;

встановити національні цілі й орієнтири щодо здоров'я в державах-членах Європейського регіону.

Кожна з держав-членів самостійно приймає рішення стосовно характеру та темпів досягнення цільових орієнтирів, їм пропонується визначати національні цілі та задачі, пов'язані з охороною здоров'я.

Національні орієнтири повинні мати кількісний та якісний характер і відповідати принципу «SMART», тобто бути конкретними, вимірюваними, досяжними, реалістичними та мати визначенні терміни реалізації (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound). Кожен з них має демонструвати реальний прогрес стосовно процесів, проміжних та кінцевих результатів реалізації основ політики Здоров'я-2020.

Цільові орієнтири розроблені за трьома основними сферами, які охоплюють два стратегічні завдання і чотири пріоритетні напрямки стратегічних дій, що покладені в основу політики Здоров'я-2020.

До цих основних сфер належать:

тягар хвороб та фактори ризику;

здорові люди, благополуччя і детермінанти;

процеси, стратегічне керівництво і системи охорони здоров'я.

Для чіткого розуміння зазначених пріоритетних напрямків та цільових орієнтирів їх треба розглядати у контексті принципів та загальноновизнаної термінології ВООЗ. Термін «стійкість» (sustainability) в публікаціях ВООЗ застосовується для позначення динамічного процесу ефективної адаптації та індивідуального або колективного реагування у відповідь на несприятливі обставини, а також здатності протидіяти таким обставинам, відновлюватись після їх впливу, визначати та залучати необхідні ресурси і сприятливі фактори. В економіці охорони здоров'я цей термін вживають для позначення потенціалу підтримки позитивних показників здоров'я на попередньо обумовлений період при задовільному ресурсному забезпеченні в умовах певних змін організаційних чи суспільних факторів. В політиці Здоров'я 2020 термін «стійка спільнота» також часто застосовується в контексті необхідності створення відповідних інфраструктур, систем та механізмів спрямованих на зниження ризиків або мінімізацію їх наслідків. У цьому розумінні терміни «стійкість» (sustainability) і «сталий розвиток» (sustainable development) часто застосовуються як синоніми, що в свою чергу підкреслює синергізм між проблемами громадського здоров'я та політикою сталого розвитку.



Політика Здоров'я-2020 передбачає участь у її реалізації урядів держав-членів, громадянського суспільства, недержавних організацій, приватного сектору, науковців і працівників охорони здоров'я, місцевих спільнот та окремих громадян. Необхідність поєднання їх індивідуальних та колективних зусиль для формування стратегій зміцнення здоров'я і підвищення рівня благополуччя передбачає обов'язок щодо створення умов для спільних дій, обумовлює необхідність розробки та підтримки відповідних структур та механізмів спрямованих на удосконалення співробітництва.

Інноваційні механізми співробітництва, такі як Мережа охорони здоров'я Південно-Східної Європи, «Північний вимір», Європейська мережа ВООЗ «Здорові міста», національні мережі «Здорові міста» і «Регіони за здоров'я», субрегіональні мережі внесли значний вклад у впровадженні в практику політики Здоров'я-2020.

Європейське регіональне бюро ВООЗ в якості направляючого та координуючого органу забезпечує залучення до реалізації нової регіональної політики охорони здоров'я впливових регіональних мереж і структур, таких як установи ООН, ОЄСР, СНД, ЄЕС, Рада Європи та ЄС, агентства та фонди з підтримки сталого розвитку.

Співробітництво з ЄС забезпечує надійну основу та відкриває широкі можливості, оскільки в 27 країнах, що входять до складу Європейського регіону, проходить процес інтеграції та кооперації з питань охорони здоров'я на основі стратегії ЄС. Країни-кандидати на вступ до ЄС, потенційні кандидати і країни, що співпрацюють в рамках Інструменту європейської політики сусідства та партнерства, також активно забезпечують приведення свого законодавства та практики у відповідність до правової системи ЄС. Ці процеси мають зіграти важливу роль в реалізації політики Здоров'я-2020.

Так, згідно положень Глави 22 Розділу V Угоди про асоціацію між Україною та ЄС сторони зобов'язуються розвивати співробітництво у сфері охорони здоров'я для створення передумови сталого розвитку та економічного зростання. Співробітництво, зокрема, охоплює сфери:

- зміцнення системи охорони здоров'я України шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу;
- попередження і контроль над інфекційними хворобами, підвищення готовності до ризику спалахів високо патогенних хвороб та імплементація Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП);
- попередження та контроль за неінфекційними захворюваннями, пропагування ЗСЖ, визначення основних детермінант здоров'я та проблем в галузі охорони здоров'я;
- якість та безпечність субстанцій людського походження;
- інформація та знання в галузі охорони здоров'я.

Для забезпечення співробітництва у сфері охорони здоров'я Україна зобов'язується забезпечити поступове наближення національного законодавства до принципів права ЄС. Угода містить ряд положень про застосування принципу «охорона здоров'я у всіх політиках» (Health in all policies), який в свою чергу є одним із основних механізмів реалізації політики Здоров'я-2020.

Виконання завдань, визначених планом заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною та ЄС, Планом заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів

України, Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», планом заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р. опосередковано сприяють досягненню цілей Політики Здоров'я-2020, проте оптимальним варіантом комплексного вирішення проблем системи охорони здоров'я на основі стратегії нової регіональної політики є затвердження та реалізація адаптованої до національних умов Загальнодержавної програми Здоров'я 2020.

#### **5.6. Діяльність Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, пріоритетні напрями її подальшого удосконалення та розвитку**

Відповідно до Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 № 647, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (далі – Держлікслужба) є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів (далі – лікарські засоби), медичної техніки і виробів медичного призначення (далі – медичні вироби), та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Основними напрямками роботи Держлікслужби є:

- здійснення державного контролю за дотриманням вимог законодавства щодо забезпечення якості та безпеки лікарських засобів на всіх етапах обігу;
- здійснення державного ринкового нагляду за дотриманням вимог технічних регламентів щодо медичних виробів;
- ліцензування господарської діяльності, в тому числі: з виробництва лікарських засобів; з імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів); з оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами; у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- здійснення контролю за дотриманням суб'єктами господарювання вимог ліцензійних умов.

#### ***Державний контроль за дотриманням вимог законодавства щодо забезпечення якості та безпеки лікарських засобів***

У 2017 р. у зв'язку з дією мораторію на проведення планових заходів державного нагляду (контролю), планові заходи у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів Держлікслужбою не проводилися.

Разом з тим, у 2017 р. проведено низку позапланових заходів державного нагляду (контролю) щодо дотримання суб'єктами господарської діяльності вимог законодавства щодо якості лікарських засобів. Зокрема, територіальними органами Держлікслужби:

- перевірено 163 ліцензіати фармацевтичної практики за 347 місцями провадження діяльності (аптечні склади, аптеки, аптечні пункти). За результатами проведених перевірок встановлено 90 випадків порушення законодавства, видано 81 розпорядження / припис про

необхідність усунення виявлених порушень, відібрано 383 зразки лікарських засобів, складено 10 адміністративних протоколів;

– перевірено 25 ліцензіатів медичної практики (приватні, комунальні, відомчі лікувально-профілактичні заклади; служби крові) за 25 місцями провадження діяльності. За результатами проведених перевірок встановлено 21 випадок порушення законодавства, видано 3 приписи про необхідність усунення виявлених порушень, складено 1 адміністративний протокол.

У рамках державного контролю за якістю ввезених на територію України лікарських засобів територіальними органами Держлікслужби:

– опрацьовано 12535 заяв суб'єктів господарювання;  
– проведено візуальний контроль 82259 серій лікарських засобів в результаті якого встановлено 500 невідповідностей вимогам щодо якості;  
– підготовлено 1448 повідомлень про проведення лабораторного контролю та 1807 направлень до уповноважених лабораторій разом із супровідними документами;  
– видано 82840 позитивних та 149 негативних висновків про якість ввезених лікарських засобів.

У напрямку здійснення лабораторного аналізу якості серій лікарських засобів територіальними органами Держлікслужби:

– проаналізовано 363 готових лікарських засобів, відібраних під час інспектування;  
– проаналізовано у зв'язку із сумнівами щодо якості 108 лікарських засобів;  
– здійснено 531 аналіз зразків води очищеної;  
– встановлено 19 невідповідностей за фізико-хімічними показниками;  
– встановлено 208 невідповідностей за візуальними показниками.

Крім цього, протягом 2017 р. Держлікслужбою видано 106 розпоряджень про заборону реалізації (торгівлі), зберігання та застосування лікарських засобів, а саме:

– 21 розпорядження про заборону обігу 30 серій 20 найменувань та 7 розпоряджень про заборону всіх серій 7 найменувань неякісних лікарських засобів;  
– 8 розпоряджень про заборону обігу 172 найменувань незареєстрованих лікарських засобів;  
– 17 розпоряджень про заборону обігу 17 серій 14 найменувань фальсифікованих лікарських засобів та 1 розпорядження про заборону всіх серій 1 найменування фальсифікованого лікарського засобу;  
– 38 розпоряджень про заборону обігу 210 серій 198 найменувань лікарських засобів, ввезених з порушенням законодавства України;  
– 4 розпорядження про заборону 4 серій 4 найменувань лікарських засобів у зв'язку з закінченням терміну тимчасової заборони.

### ***Державний ринковий нагляд за дотриманням вимог технічних регламентів щодо медичних виробів***

Держлікслужба та її територіальні органи проводять планові та позапланові заходи державного ринкового нагляду щодо медичних виробів. Планові заходи проводяться у розповсюджувачів медичних виробів, а позапланові – у розповсюджувачів та виробників такої продукції.

Заходи державного ринкового нагляду в 2017 р. здійснювались територіальними органами Держлікслужби відповідно до Планів здійснення ринкового нагляду на 2017 р. та секторального плану державного ринкового нагляду за 2017 рік.

Протягом 2017 р. територіальними органами Держлікслужби здійснено 613 планових та 94 позапланових заходів державного ринкового нагляду щодо медичних виробів. За результатами здійснених заходів складено 809 актів, прийнято 140 рішень про вжиття обмежувальних (корегувальних) заходів, на 64 суб'єкта господарювання накладено штрафних санкцій у розмірі 227 тис. 426 грн.

Пунктом 41 Технічного регламенту щодо медичних виробів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753, пунктом 26 Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 754, та пунктом 38 Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 755, визначено, що орган з оцінки відповідності інформує, зокрема, Держлікслужбу про всі видані, змінені, доповнені, тимчасово припинені, відкликані або відхилені сертифікати відповідності. Станом на 31 грудня 2017 р. у Держлікслужбі має місце наявна інформація щодо 2368 сертифікатів.

З 18.04.2017 набрав чинності наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.02.2017 № 122 «Про затвердження Порядку ведення Реєстру осіб, відповідальних за введення медичних виробів, активних медичних виробів, які імплантують, та медичних виробів для діагностики *in vitro* в обіг, форми повідомлень, переліку відомостей, які зберігаються в ньому, та режиму доступу до них» (далі – Порядок).

Відповідно до Порядку відомості до Реєстру осіб вносяться Держлікслужбою на підставі повідомлень від осіб, відповідальних за введення медичних виробів, медичних виробів для діагностики *in vitro* та активних медичних виробів, які імплантують (далі – виробни) в обіг, в яких міститься інформація, зазначена в абзаці першому пункту 31 Технічного регламенту щодо медичних виробів, абзацах першому – п'ятому пункту 23 Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*, а також пункті 33 Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують.

За період з 18.04.2017 по 31.12.2017 в Реєстр осіб, відповідальних за введення медичних виробів, активних медичних виробів, які імплантують, та медичних виробів для діагностики *in vitro* в обіг, внесено 1422 повідомлення від виробників або уповноважених осіб, відповідальних за введення виробів в обіг, а також надіслано 154 листа щодо залишення повідомлень без розгляду.

***Ліцензування та контроль за дотриманням ліцензійних умов у сфері господарської діяльності з виробництва, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової і роздрібною торгівлі лікарськими засобами та у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів***

У 2017 р. Держлікслужба продовжила ліцензування господарської діяльності у сфері обігу лікарських засобів та підконтрольних речовин.

Станом на кінець 2017 р. кількість ліцензіатів Держлікслужби у сфері господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних

фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами за відповідними видами господарської діяльності становить:

- виробництво (промислове) лікарських засобів – 113 (місць провадження діяльності – 198);
- виробництво (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки – 268 (місць провадження діяльності – 371);
- імпорт лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) – 211 (місць провадження діяльності – 225);
- оптова торгівля лікарськими засобами – 427 (місць провадження діяльності – 490);
- роздрібна торгівля лікарськими засобами – 7106 (місць провадження діяльності – 22437, з них: 17709 – аптеки; 4728 – аптечні пункти);
- біг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів – 4456 (місць провадження діяльності – 4935).

У 2017 р. Держлікслужбою видано 1346 дозволів на ввезення на територію України, 345 дозволів на вивезення з території України та 22 дозволи на транзит через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

У 2017 р. планові заходи державного контролю щодо дотримання суб'єктами господарювання Ліцензійних умов не здійснювались у зв'язку з набранням чинності 01.01.2017 Закону України «Про тимчасові особливості здійснення заходів державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності», статтю 2 якого встановлено до 31 грудня 2017 року мораторій на проведення органами державного нагляду (контролю) планових заходів із здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності.

В той же час позапланові перевірки щодо дотримання суб'єктами господарювання Ліцензійних умов здійснювались Держлікслужбою на підставах, визначених статтю 3 Закону України «Про тимчасові особливості здійснення заходів державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності».

Протягом 2017 р. територіальними органами Держлікслужби здійснено 146 позапланових перевірок щодо дотримання суб'єктами господарської діяльності Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, у тому числі за місцями провадження діяльності, а саме:

- промислових виробників лікарських засобів – 25;
- аптечних складів – 62;
- аптек – 275;
- аптечних пунктів – 40.

За результатами здійснених заходів складено 13 актів на анулювання ліцензії, видано 80 розпоряджень про усунення порушень та 6 розпоряджень про призупинення виробництва лікарських засобів (з них, відносно 1-го виробника у кінці 2017 р. було прийнято рішення щодо поновлення виробництва).

Також, у 2017 р. територіальними органами Держлікслужби здійснено 3050 позапланових передліцензійних перевірок, у тому числі за місцями провадження діяльності:

- промислових виробників лікарських засобів – 41;
- аптечних складів – 61;
- аптек – 2636;

- аптечних пунктів – 353;
- місць провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів – 28.

За результатами здійснених заходів складено 2588 позитивних та 462 негативних актів.

У 2017 р., відповідно до рішень суду, проведено також 2 позапланові перевірки стосовно дотримання суб'єктами господарської діяльності вимог законодавства щодо обігу підконтрольних речовин.

### ***Організація та контроль виробництва готових лікарських засобів. Відповідність умов виробництва вимогам Належної виробничої практики (GMP)***

Сучасний світовий фармацевтичний ринок динамічно розвивається, що призводить до підвищення конкуренції і появи нових вимог до організації управління підприємствами. Результати аналізу підприємств цього сектора в країнах-лідерах світової економіки показують, що досягнення стратегічної мети в управлінні забезпечується шляхом використання європейських методів управління якістю та сертифікації систем управління відповідно до ISO 9001, ISO 13485, GMP, GLP, GCP, BBP та ін.

Держлікслужба забезпечує підтвердження умов виробництва готових лікарських засобів вимогам належної виробничої практики (GMP).

***Довідково. GMP – (Good Manufacturing Practice або Належна Виробнича Практика) – це частина системи управління якістю на підприємстві, яка гарантує, що лікарські засоби постійно виробляються і контролюються відповідно до стандартів якості, які відповідають призначенню лікарських засобів, а також з вимогами реєстраційного досьє, досьє досліджуваного лікарського засобу для клінічних випробувань або специфікації на таку продукцію.***

*Це міжнародний стандарт, який встановлює вимоги до виробництва і контролю якості лікарських засобів, а також спеціальні вимоги до виробництва активних фармацевтичних субстанцій та окремих видів лікарських засобів. Стандарт GMP це забезпечення якості на всіх етапах виробництва – від моменту надходження вихідної сировини і пакувальних матеріалів на підприємство до відвантаження готової продукції на склад.*

У 2017 р. Держлікслужбою опрацьовано 682 заяви суб'єктів господарської діяльності щодо проведення сертифікації виробництв лікарських засобів на відповідність вимогам GMP. За результатами опрацювання:

- проведено 73 інспектування;
- видано 62 сертифікати GMP;
- видано 545 висновків відповідності умов виробництва вимогам GMP;
- залишено без розгляду 8 заяв;
- відмовлено – 6 заявникам.

### ***Міжнародне співробітництво***

У 2017 р. як і в попередні роки Україна активно приймала участь в міжнародному співробітництві. Держлікслужба представлена у наступних міжнародних організаціях:

- Міжнародна система співробітництва фармацевтичних інспекцій;
- Європейська комісія з фармакопеї;

- Комісія з наркотичних засобів;
- Міжнародний комітет з контролю над наркотиками;
- Міжнародна конференція протидії наркотикам.

*Міжнародна система співробітництва фармацевтичних інспекцій (PIC/S).*

Участь у PIC/S сприяє встановленню єдиних вимог до виробництва лікарських засобів, контролю якості лікарських засобів, проведення інспектувань умов виробництва та контролю якості лікарських засобів відповідно до вимог належних практик та вимог Європейського Союзу.

Держлікслужба забезпечує виконання зобов'язань, пов'язаних із членством у PIC/S, а саме: на постійній основі здійснює навчання інспекторів, співпрацює у складі робочих груп PIC/S, підтримує функціонування системи управління якістю Держлікслужби, вносить зміни до законодавства України за наявності відповідних змін в законодавстві Європейського Союзу.

Засідання Комітету PIC/S відбувається двічі на рік. Голова Держлікслужби Н.Я. Гудзь взяла участь у засіданні Комітету та семінарі з 11 по 15 вересня 2017 року, м. Тайбей (Китайський Тайбей). Одним із питань, опрацьованих в ході засідання стало узгодження рекомендацій щодо проведення групою міжнародних інспекторів повторного оцінювання Держлікслужби відповідно до стандартної процедури Спільної програми PIC/S повторного оцінювання.

*Європейська комісія з фармакопеї.*

Конвенція про розробку Європейської фармакопеї з поправками, внесеними відповідно до положень Протоколу до неї, була розроблена Радою Європи з метою затвердження єдиних фармакопейних стандартів якості лікарських засобів, узгодження специфікацій лікарських речовин. Конвенція має на меті поступовий розвиток Фармакопеї у Європі, є спільною для всіх держав-членів, визначає єдиний набір характеристик та методів випробувань – офіційних стандартів, що діють на території цих країн для активних субстанцій та допоміжних речовин, що використовуються при виробництві лікарських засобів.

Засідання Європейської комісії з фармакопеї проходять тричі на рік у м. Страсбург, Франція.

З метою участі представників МОЗ України та Держлікслужби у засіданнях Європейської комісії з фармакопеї відповідно до Конвенції про розробку Європейської фармакопеї із поправками, внесеними відповідно до положень Протоколу до неї, Держлікслужбою розроблено проект Указу Президента України «Про делегацію України для участі у засіданнях Європейської комісії з фармакопеї» (далі – Проект). Проект 11 січня 2018 року погоджено на засіданні Кабінету Міністрів України та встановленим порядком подано на відповідне затвердження.

*Комісія з наркотичних засобів*

Комісія з наркотичних засобів – основний орган ООН для реалізації співробітництва в сфері боротьби зі злочинністю, нелегальним виробництвом і споживанням наркотиків, терористичною загрозою, корупцією, торгівлею людьми.

Засідання Комісії відбувається двічі на рік у м. Відень, Австрія. Участь у заходах Комісії з наркотичних засобів надає можливість долучитись до прийняття спільних рішень

щодо протидії незаконному обігу наркотиків та, у той же час, забезпечити доступ до наркотичних засобів і психотропних речовин у медичних і наукових цілях.

Протягом 2017 року представники Держлікслужби не брали участь у засіданнях Комісії.

*Міжнародний комітет з контролю над наркотиками (МККН ООН).*

Основними функціями МККН ООН є: контроль за законним обігом наркотиків і психотропних речовин в світі для підтримки рівноваги між виробництвом і споживанням наркотиків в медичних і наукових цілях; запобігання витоку наркотиків в незаконний обіг; контроль за виконанням державами-учасницями зобов'язань за відповідними міжнародними угодами.

Держлікслужбою на постійній основі надається до МККН ООН нижче означена інформація:

– статистичні дані про імпорт-експорт наркотичних засобів (щоквартально за формою А);

– дані про річні потреби в наркотичних речовинах, обсяг виготовлення синтетичних наркотиків, обсяг виробництва опію і культивування опійного маку для цілей інших ніж виробництво опію (щорічно за формою В);

– дані про виробництво, виготовлення, споживання, складські запаси наркотичних речовин та накладення на них арешту (щорічно за формою С);

– статистичні дані про імпорт-експорт психотропних речовин, включених в сп. II Конвенції до МККН ООН (щоквартально за формою А/Р);

– звіт про речовини, включені до Конвенції про психотропні речовини 1971 року (щорічно за формою Р);

– річні потреби речовин для медичних та наукових потреб до МККН ООН (за формою В/Р);

– речовини, які часто використовуються для незаконного виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (щорічно за формою D).

*Міжнародна конференція протидії наркотикам*

Конференція була проведена в м. Київ 11 – 12 вересня 2014 р. за підтримки Групи Помпиду Ради Європи та Управління з наркотиків та злочинності ООН. Протягом останніх років відповідних заходів не відбувалось.

У рамках співробітництва Держлікслужби з міжнародними організаціями постійно здійснюються заходи, спрямовані на впровадження європейських регламентів і стандартів у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, медичних виробів, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Зазначене сприяє підвищенню рівня довіри до діяльності галузі, а відтак розвитку взаємовигідного співробітництва.

На сьогоднішній день, проблемним питанням є відсутність у бюджеті Держлікслужби коштів на забезпечення участі її працівників у засіданнях комітетів та робочих груп, навчальних семінарах тощо.

***Діяльність державних підприємств, що належать до сфери управління Держлікслужби***

До сфери управління Держлікслужби входить чотири державних підприємства:



- ДП «Державний науковий центр лікарських засобів і медичної продукції»;
- ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів»;
- ДП «Центральна лабораторія з аналізу якості лікарських засобів і медичної продукції»;

- ДП «Український фармацевтичний інститут якості».

У 2017 р. державними підприємствами, що належать до сфери управління Держлікслужби, проведено низку лабораторних аналізів лікарських засобів за показниками якості, зокрема:

- ДП «Державний науковий центр лікарських засобів і медичної продукції» – 6391;
- ДП «Центральна лабораторія з аналізу якості лікарських засобів і медичної продукції» – 16189;

- Філія ДП «Центральна лабораторія з аналізу якості лікарських засобів і медичної продукції» (м. Дніпро) – 1031;

- Філія ДП «Центральна лабораторія з аналізу якості лікарських засобів і медичної продукції» (м. Львів) – 4129;

- ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів» – 1893.

Крім цього, ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів» спільно з управлінням якості Держлікслужби забезпечено введення в дію з 01.01.2017 Державної Фармакопеї України 2.1, підписання та направлення до друку Державної Фармакопеї України 2 Доповнення 2 із доопрацьованим змістом та текстами статей і монографій, введення 97 статей та монографій, з яких 28 – суто національних (загалом 336 сторінок).

Постійно відстежується і опрацьовується інформація, що надходить до ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів», щодо розробки та оновлення загальних статей та окремих монографій Європейської Фармакопеї. Відповідна інформація і результати її опрацювання, у разі необхідності, беруться до уваги при оновленні Державної Фармакопеї України.

Спеціалісти ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів» беруть участь в роботі експертних і робочих груп Європейської Фармакопеї. Таке співробітництво дозволяє визначити основні напрямки розвитку Державної Фармакопеї України та подальшої гармонізації державних стандартів якості лікарських засобів з європейськими, раціонально використовувати власні ресурси завдяки адаптації існуючих стандартів ЄС.

Продовжується участь у науково-освітніх та науково-практичних програмах Фармакопейної Конвенції США – подано кандидатуру співробітника ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів» на участь у програмі запрошених науковців «Visiting scientists».

Подовжено термін дії Договору щодо можливості використання ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів» текстів Фармакопеї США для розробки Державної Фармакопеї України, згідно з яким використано тексти Фармакопеї США для розробки монографій на готові лікарські засоби, що включено до проекту Доповнення 2 до Державної Фармакопеї України другого видання.

Спеціалісти ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів» продовжують роботу у складі експертної групи Фармакопеї США.

ДП «Український фармацевтичний інститут якості» у 2017 році проведено 53 інспектування виробників лікарських засобів (позитивний результат – 46, негативний – 11), здійснено 102 експертні оцінки щодо підтвердження сертифікату GMP, 152 експертні оцінки щодо сертифікації, переоформлення сертифікату, розширення переліку лікарських засобів до сертифікату GMP, 124 оцінки САРА (план, документальні підтвердження, повторні САРА).

Крім того, забезпечено організацію навчання та підвищення кваліфікації керівних кадрів та спеціалістів Міністерства охорони здоров'я України, Держлікслужби, установ, організацій медичної промисловості незалежно від форм власності та підпорядкування відповідно до вимог державних стандартів освіти як в Україні, так і в інших країнах світу.

### ***Удосконалення нормативно-правового регулювання у сфері діяльності Держлікслужби***

Держлікслужбою України на основі вивчення та аналізу стану справ з виконання завдань і функцій, визначених Положенням про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 № 647, з урахуванням вітчизняного та зарубіжного досвіду (за належністю) та кращих європейських і світових стандартів протягом 2017 року продовжувалась робота з удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази, яка регламентує діяльність Держлікслужби.

Зокрема, протягом 2017 р. розроблено 23 проекти нормативно-правових актів, із них:

- проектів Указу Президента України – 1;
- проектів законів України – 1;
- проектів постанов Кабінету Міністрів України – 8;
- проектів наказів МОЗ України – 13.

Із розроблених проектів нормативно-правових актів станом на лютий 2018 року:

- введено в дію наказами МОЗ України – 9 актів, всі зареєстровані в Мінюсті;
- знаходились на опрацюванні в МОЗ України: проектів законів України – 1 (проект Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України» (зокрема, до законів України «Про ліцензування видів господарської діяльності», «Про лікарські засоби»); проектів постанов КМУ – 8;

– знаходились на погодженні в зацікавлених органах виконавчої влади: проектів Указу Президента України – 1 («Про делегацію України для участі в засіданнях Європейської комісії з фармакопеї»); проектів постанов КМУ – 1; проектів наказів МОЗ України – 2.

Нормотворча діяльність Держлікслужби в 2017 р. здійснювалась з урахуванням наближення (адаптації) законодавства та нормативно-правових актів до законодавства Європейського союзу в ході здійснення євроінтеграційних процесів визначених Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, ратифікованою Законом України № 1678-VII від 16.09.2014 р.

## **6. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

### **6.1. Медичне забезпечення Збройних Сил України та інших утворених відповідно до законодавства України військових формувань**

Більше чотирьох років тривають бойові дії на Сході України. За цей час антитерористичну операцію, що розпочалася 14 квітня 2014 р. на виконання Указу Президента України «Про часткову мобілізацію»<sup>1</sup> та проводилася під керівництвом Служби безпеки України, у відповідності до статті 9 Закону України «Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях»<sup>2</sup> переформатовано в операцію Об'єднаних сил, а відтак стратегічне керівництво силами та засобами Збройних Сил України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, Міністерства внутрішніх справ України, Національної поліції України, центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері цивільного захисту, які залучаються до здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, здійснює Генеральний штаб Збройних Сил України

Керівництво силами та засобами Збройних Сил України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, Міністерства внутрішніх справ України, Національної поліції України, центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері цивільного захисту, які залучаються до здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації безпосередньо у Донецькій та Луганській областях, здійснює Командувач об'єднаних сил, який призначається Президентом України за поданням начальника Генерального штабу – Головнокомандувача Збройних Сил України.

Командувач об'єднаних сил реалізує свої повноваження через Об'єднаний оперативний штаб Збройних Сил України. Повноваження Командувача об'єднаних сил визначаються положенням про Об'єднаний оперативний штаб Збройних Сил України, яке розробляється Генеральним штабом Збройних Сил України та затверджується Верховним Головнокомандувачем Збройних Сил України за поданням Міністра оборони України.

Об'єднаний оперативний штаб Збройних Сил України через відповідні органи військового управління здійснює планування, організацію та контроль виконання заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, спрямування, координацію і контроль за діяльністю військово-цивільних чи військових адміністрацій (у разі їх утворення) у Донецькій та Луганській областях з питань національної безпеки і оборони.

Військовослужбовці, працівники правоохоронних органів та інші особи, які залучаються до здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і

<sup>1</sup> Указ Президента України від 17 березня 2014 р. № 303/2014 «Про часткову мобілізацію».

<sup>2</sup> Закон України від 22 лютого 2018 р. № 2268-VIII «Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях».

стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, на час проведення таких заходів підпорядковуються Командувачу об'єднаних сил, рішення якого є обов'язковими до виконання.

Фактично цим законом визнано та підтверджено провідну роль Збройних Сил України у бойових діях на Сході України.

За інформацією управління ООН з прав людини (УВКПЛ), за період з 14 квітня 2014 р. по 15 серпня 2017 р. в зоні збройного конфлікту на Сході України задокументувало 34 766 постраждалих<sup>3</sup>. Ця цифра включає 10 225 убитих і 24 541 пораненого.

За весь період конфлікту було вбито не менш як 2 505 цивільних осіб, у тому числі: 1 382 чоловіків, 837 жінок, 90 хлопчиків та 47 дівчаток, а також 149 дорослих, чия стать не була встановлена. На додаток до цього 298 цивільних осіб, включаючи 80 дітей, загинули 17 липня 2014 р. в результаті аварії рейсу МН17.

Серед військовослужбовців всіх силових структур найбільших втрат зазнали ЗС України, де безповоротні втрати становлять 3 195 осіб, із них бойові – 2 317, а санітарні втрати – 10 316 осіб, із них бойові – 8 283<sup>4</sup>.

В організації медичного забезпечення особового складу військ, який бере участь у бойових діях, суттєвих організаційних змін не відбулося. Водночас у Міністерстві оборони України активізовано роботу по виконанню завдань щодо медичного забезпечення Сил оборони, визначених Стратегічним оборонним бюлетенем України. Виданням ряду нормативно-правових актів визначено порядок залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги та лікування військовослужбовців на засадах єдиного медичного простору, а також продовжено інтеграцію військово-медичних служб різних військових формувань в питаннях медичного забезпечення військовослужбовців.

Стратегічний оборонний бюлетень України визначає шляхи досягнення цілей оборонної реформи і, зокрема, деталізує цілі та завдання і визначає конкретні заходи реформування системи медичного забезпечення Сил оборони. Так, серед юридичних аспектів заходів реформування (пункт 3.4) передбачено нормативно-правове врегулювання та створення системи медичного забезпечення військ (сил) з урахуванням євроатлантичного досвіду, у тому числі запровадження надання ефективної та кваліфікованої медичної допомоги, медичної реабілітації та оздоровлення військовослужбовців, удосконалення процедур замовлення і постачання медичного майна та медичної техніки<sup>5</sup>

Досягнення оперативної цілі 4.2 «Побудова системи медичного забезпечення для надання належної медичної підтримки всім завданням сил оборони» передбачає унормування питання використання можливостей системи охорони здоров'я у державі щодо надання медичної допомоги, лікування і медичної реабілітації поранених у рамках єдиного медичного простору, створення системи медичної реабілітації, яка забезпечує відновлення

<sup>3</sup> В ООН назвали кількість загиблих та поранених від початку конфлікту на Донбасі. [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http://zik.ua/news/2017/09/12/v\\_oon\\_nazvaly\\_kilkist\\_zagyblyh\\_ta\\_poranenyh\\_vid\\_rochatku\\_konfliktu\\_na\\_1166037](http://zik.ua/news/2017/09/12/v_oon_nazvaly_kilkist_zagyblyh_ta_poranenyh_vid_rochatku_konfliktu_na_1166037) (знято 12.09.2017).

<sup>4</sup> Офіційна інформація МО України щодо кількості загиблих та поранених військовослужбовців ЗС України за час проведення антитерористичної операції на території Донецькій та Луганській областях (вих. № 321КЦ/4003 від 3.11.2017) [Електронний ресурс] – Режим доступу: [https://dostup.pravda.com.ua/request/ato\\_2014\\_2017\\_zsu\\_pob](https://dostup.pravda.com.ua/request/ato_2014_2017_zsu_pob) (знято 12.12.2017).

<sup>5</sup> Указ Президента України від 6 червня 2016 року № 240/2016 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року “Про Стратегічний оборонний бюлетень України”.

фізичних, психологічних і соціальних функцій для повернення до виконання обов'язків військової служби або соціальну та трудову адаптацію.

Завдання 4.2.1 зокрема передбачає забезпечення на національному рівні міжвідомчої координації діяльності медичних служб сил оборони, системи охорони здоров'я та освіти держави щодо ефективного та раціонального використання медичних ресурсів, забезпечення стандартизації медичної допомоги, евакуації, реабілітації та підготовки медичного персоналу, що передбачає створення у Секретаріаті Кабінету Міністрів України структурного підрозділу з питань координації діяльності медичних служб військових формувань та системи охорони здоров'я держави.

Як перший крок виконання зазначеного завдання стало створення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб Сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я. Цей Центр утворений відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я»<sup>6</sup>, якою затверджено Положення про Координаційний центр з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я, а також його склад.

Згідно затвердженого Положення, Координаційний центр є тимчасовим консультативно-дорадчим органом Кабінету Міністрів України, утвореним з метою сприяння забезпеченню координації дій, спрямованих на надання медичної допомоги, зокрема із залученням органів і закладів охорони здоров'я, військовослужбовцям Збройних Сил, Держспецзв'язку, Держспецтрансслужби, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, правоохоронних та розвідувальних органів у частині залучення їх до виконання завдань з оборони держави, а також населенню.

Діяльність Координаційного центру також спрямовано на виконання завдань, визначених оперативною ціллю 4.2 Стратегічного оборонного бюлетеня України. Так, Координаційний центр забезпечуватиме якісну реалізацію матриці Стратегічного оборонного бюлетеня в частині побудови медичного забезпечення для надання належної медичної підтримки всім діям сил оборони відповідно до поставлених завдань та строків.

29 вересня 2017 р. відбулося перше засідання Координаційного центру, на якому голова Координаційного центру – Перший віце-прем'єр-міністр України – Міністр економічного розвитку і торгівлі Степан Кубів зазначив, що «формування Координаційного центру – це спільна перемога, а його діяльність – один із пріоритетів Уряду. Задля ефективної роботи у напрямку надання якісної медичної допомоги нашим громадянам, військовослужбовцям ми створюємо єдиний медичний простір»<sup>7</sup>. На превеликий жаль, у подальшому конструктивної діяльності Координаційного центру не відбулося.

З метою формування єдиного медичного простору в інтересах медичного забезпечення військовослужбовців ЗС України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення у Військово-медичному департаменті Міністерства оборони України підготовлено та

<sup>6</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 11 травня 2017 р. № 412 «Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я».

<sup>7</sup> Відбулося перше засідання Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] – Режим доступу: [old.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20171003\\_c.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20171003_c.html) (знято 3.10.2017)

Кабінетом Міністрів України затверджено розпорядження «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції»<sup>8</sup>.

Цим Розпорядженням доручається:

– обласним державним адміністраціям спільно з органами місцевого самоврядування за пропозиціями МО України визначити заклади охорони здоров'я комунальної власності та кількість ліжок, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції;

– Національній академії медичних наук України за пропозиціями МО України визначити підпорядковані заклади охорони здоров'я та кількість ліжок, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, а також забезпечити надання консультативної та методичної допомоги іншим закладам охорони здоров'я, що залучаються для надання медичної допомоги військовослужбовцям;

– МОЗ України, МО України, обласним державним адміністраціям спільно з органами місцевого самоврядування за рахунок відповідних медичних працівників підпорядкованих закладів охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладів і державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» забезпечити надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров'я, що залучаються для надання медичної допомоги військовослужбовцям;

– МО України та МОЗ України визначити механізм організації надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям у закладах охорони здоров'я, що для цього залучаються.

На жаль, пункт щодо державного фінансування видатків для лікування поранених і хворих військовослужбовців в цивільних закладах охорони здоров'я, який є важливим чинником для забезпечення ефективного функціонування запропонованої моделі, був виключений з проекту Розпорядження в процесі його погодження у визначених центральних органах виконавчої влади.

На виконання зазначеного Розпорядження був опрацьований наказ Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції»<sup>9</sup>, який зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.02.2018 р. за № 252/31704 (далі – наказ).

Цим наказом затверджено Інструкцію щодо організації та порядку надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України, інших військових формувань та правоохоронних органів,

<sup>8</sup> Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 травня 2017 р. № 352-р «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції».

<sup>9</sup> Наказ Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України від 7 лютого 2018 р. № 49/180 «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції».

особам рядового і начальницького складу та поліцейським, які беруть участь в антитерористичній операції, та Перелік закладів охорони здоров'я з визначеною кількістю спеціалізованих ліжок, що для цього залучаються. До Переліку включено визначені заклади охорони здоров'я 22 областей України, в яких для надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців виділяється майже 20 тисяч ліжок. Крім того, 1001 ліжко виділяється у 27 державних установах Національної академії медичних наук України.

З метою подальшої інтеграції військово-медичних служб різних військових формувань в питаннях медичного забезпечення військовослужбовців у Військово-медичному департаменті Міністерства оборони України опрацьовано проект Принципів і політики медичного забезпечення Сил оборони (далі – Принципи і політика).

Принципи і політику опрацьовано відповідно до Принципів і політики медичного забезпечення НАТО (МС 0326/3) та з урахуванням національних особливостей, погоджено із заінтересованими військовими формуваннями і правоохоронними органами – складовими Сил оборони.

Принципи і політику 19 грудня 2017 р. за № 220/8924 надіслано до Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб Сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я. Головою Координаційного центру – Першим віце-прем'єр-міністром України – Міністром економічного розвитку і торгівлі України надано згоду та доручення (№ 51300/1/1-17 від 28 грудня 2017 р.) щодо його внесення до порядку денного чергового засідання Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб Сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я для його обговорення та затвердження.

Принципи і політика – це сукупність принципів, положень та єдиних організаційних вимог, що визначають порядок медичного забезпечення військ (сил) і мають на меті досягнення максимальної ефективності діяльності медичних служб всіх складових Сил оборони в мирний час та під час виконання завдань з оборони держави. Правовою основою їх розроблення є закони України та інші нормативно-правові акти з питань оборони держави і охорони здоров'я.

Принципи і політика відображають систему поглядів, керівні принципи, положення та вимоги щодо організації медичного забезпечення Сил оборони і не деталізують окремі його складові та клінічні аспекти військової медицини. Порядок медичного забезпечення Сил оборони, організаційні та клінічні аспекти надання медичної допомоги та лікування військовослужбовців визначаються та затверджуються у керівних документах нижчого рівня та військово-медичних стандартах.

Положення Принципів і політики поширюються і є обов'язковими для медичного забезпечення всіх складових Сил оборони, які включають Збройні Сили України, Державну службу спеціального зв'язку та захисту інформації України, Державну спеціальну службу транспорту, інші утворені відповідно до законів України військові формування, а також правоохоронні та розвідувальні органи, в частині залучення їх до виконання завдань з оборони держави.

Принципи і політика визначають, що медичне забезпечення є окремим видом забезпечення Сил оборони і має за мету реалізацію системи заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню хвороб, надання медичної допомоги військовослужбовцям, лікування і відновлення їх працездатності та боєздатності після поранень, захворювань і травм. Вони узгоджені з нормативно-

правовою базою підготовки та застосування Сил оборони і є основою для розроблення нормативно-правових актів та керівних документів з питань їх медичного забезпечення.

Прийняття та затвердження єдиних Принципів і політики медичного забезпечення Сил оборони надасть можливість побудувати військово-медичні служби всіх складових Сил оборони на загальних організаційних основах за модульним принципом, що дасть можливість поєднати їх зусилля, поліпшити якість медичної допомоги та підвищити ефективність медичного забезпечення військовослужбовців.

Наступним кроком узгодженої роботи Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства оборони України та інших військових формувань в питаннях формування єдиного медичного простору для військової охорони здоров'я стало видання наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження переліків лікарських засобів та медичних виробів, які повинні бути в складі аптечок медичних загальновійськових індивідуальних, аптечки автомобільної загальновійськової, наплічника медичного загальновійськового санітара та наплічника медичного загальновійськового санітарного інструктора»<sup>10</sup>.

Цим наказом затверджено та передбачено запровадження для всіх складових Сил оборони єдиного складу аптечки медичної загальновійськової індивідуальної, аптечки автомобільної загальновійськової, наплічника медичного загальновійськового санітара та наплічника медичного загальновійськового санітарного інструктора, що дозволить забезпечити єдині підходи до надання домедичної допомоги пораненим військовослужбовцям на полі бою, а саме однаковий перелік і зміст медичних заходів.

Стан системи військової охорони здоров'я в нашій державі, її проблеми і тенденції подальшого 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, Міністерстві оборони України, на наукових конференціях, а також висвітлювалися у спеціалізованих виданнях.

Детальний аналіз стану медичного забезпечення військовослужбовців по трьох періодах проведення АТО наведено у розділі 6. Характеристика медичного забезпечення антитерористичної операції» попереднього щорічного видання<sup>11</sup>. У цьому виданні в розділі 6 наданий аналіз стану медичного забезпечення військовослужбовців в АТО протягом 2017 року.

Таким чином, виконання завдань, визначених Стратегічним оборонним бюлетенем України, дало можливість:

<sup>10</sup> Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 січня 2017 р. № 6 «Про затвердження переліків лікарських засобів та медичних виробів, які повинні бути в складі аптечок медичних загальновійськових індивідуальних, аптечки автомобільної загальновійськової, наплічника медичного загальновійськового санітара та наплічника медичного загальновійськового санітарного інструктора» (зарєстрований в Міністерстві юстиції України 25 січня 2017 р. за № 113/29981).

<sup>11</sup> Мельник П.С. Характеристика медичного забезпечення в зоні антитерористичної операції / П.С. Мельник, М.В. Кудренко, Г.О. Слабкий, О.О. Коваленко, А.В. Верба, В.О. Жаховський, В.Г. Лівінський, В.І. Коробка, Л.М. Шугалей, В.Г. Волоха, Г.М. Сіроштан, В.І. Клименко, В.В. Колесник, В.В. Кулик, Ю.В. Інкелевич // «Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 р.» / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – С. 384-432.



- врегулювати порядок залучення цивільних закладів охорони здоров'я та всієї системи охорони здоров'я держави для надання медичної допомоги та лікування військовослужбовців на засадах єдиного медичного простору;
- реалізовувати на практиці заходи щодо інтеграції військово-медичних служб різних військових формувань в питаннях медичного забезпечення військовослужбовців;
- активізувати роботу щодо подальшого удосконалення системи медичного забезпечення Збройних Сил України.

### **6.1.1. Медичне забезпечення особового складу Збройних Сил України**

Розвиток системи медичного забезпечення ЗС України спрямований на формування системи медичного забезпечення військ, що буде спроможною до виконання завдань за призначенням як в умовах повсякденної діяльності, так і під час їх застосування, та відповідатиме вимогам щодо медичного забезпечення військ країн – членів НАТО.

Побудова сучасної системи медичного забезпечення ЗС України проводиться відповідно до Концепції програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 р.<sup>12</sup> та Програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 р.<sup>13</sup> за такими напрямками:

- опрацювання нормативно-правової бази діяльності медичної служби ЗС України;
- організаційна перебудова медичної служби ЗС України;
- зміни в організації та порядку медичного забезпечення ЗС України;
- удосконалення системи підготовки медичного персоналу;
- забезпечення медичної служби сучасним комплектно-табельним оснащенням;
- розроблення нових зразків санітарної техніки та постачання їх у війська.

Медичне забезпечення особового складу Збройних Сил України здійснюється штатними силами і засобами медичної служби військових частин і з'єднань та лікувальними закладами Міністерства оборони України із залученням державних та комунальних закладів охорони здоров'я, дислокованих у зоні конфлікту (районних, міських, обласних лікарень), в яких до 30% ліжкового фонду передбачено для потреб Збройних Сил України. Також у 10 районних та міських лікарнях, розташованих поблизу лінії зіткнення, виконують завдання щодо надання медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям лікарсько-сестринські групи (групи медичного підсилення) з військових закладів охорони здоров'я.

Участь у медичному забезпеченні військовослужбовців приймають всі заклади охорони здоров'я Міністерства оборони України, а саме: Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»), п'ять Військово-медичних клінічних центрів регіонів (ВМКЦ), військові госпіталі та поліклініки. Продовжують виконувати завдання з надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим 4-и розгорнуті в операційній зоні військові мобільні госпіталі (ВМГ).

<sup>12</sup> Наказ Міністерства оборони України від 26 липня 2017 р. № 389 «Про затвердження Концепції програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 року».

<sup>13</sup> Наказ директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України від 15 листопада 2017 р. № 21 «Про затвердження Програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 року».

Загальна ліжкова місткість закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України складає 6 550 ліжок (з них 6150 – ВМКЦ регіонів та військові госпіталі, 400 – ВМГ).

За час проведення антитерористичної операції 8 953 поранених вже отримали необхідну медичну допомогу та виписані (станом на кінець 2017 р.) із закладів охорони здоров'я.

В зоні проведення АТО побудована наступна система лікувально-евакуаційних заходів:

- на першому рівні медична допомога надається силами та засобами медичних підрозділів військових частин і з'єднань;

- на другому рівні медична допомога надається у військових мобільних госпіталях або групами медичного підсилення у визначених районних і міських лікарнях поблизу лінії зіткнення з подальшою евакуацією поранених, травмованих та хворих у стаціонарні військові лікувальні заклади – Дніпровський військовий госпіталь і Військово-медичний клінічний центр Північного регіону та цивільні заклади охорони здоров'я м. Харків та м. Дніпро, з яких сформований третій рівень медичного забезпечення;

- у подальшому поранених евакуюють до НВМКЦ «ГВКГ» (м. Київ), ВМКЦ Центрального, Західного та Південного регіонів (міста Вінниця, Львів, Одеса), Військово-медичного клінічного центру професійної патології особового складу Збройних Сил України (м. Ірпінь, Київської обл.) та клінічних установ Національної академії медичних наук України.

Медична евакуація поранених із взводних і ротних опорних пунктів та медичних пунктів військових частин здійснюється до найближчих військових і цивільних лікувальних закладів із залученням автомобільного санітарного транспорту. В подальшому, після надання необхідної медичної допомоги, для медичної евакуації використовується автомобільний санітарний транспорт, залізничний транспорт, армійська авіація (вертольоти Мі-8) та літаки транспортної авіації. Так, літаком аеромедичної евакуації Ан-26 «ВІТА» евакуювано 3824 поранених і хворих військовослужбовців, вертольотами армійської та літаками транспортної авіації – 1765 військовослужбовців.

Направлено для лікування за кордон – 344 військовослужбовці (без врахування заходів медичної реабілітації). На початок 2018 р. 336 із них уже повернулися на Батьківщину, 3 померло (у Німеччині – 2, у США – 1), 8 осіб ще продовжують лікування.

#### ***Надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в районі проведення антитерористичної операції***

Для надання військовослужбовцям стоматологічної допомоги в районі проведення антитерористичної операції в складі ВМГ розгорнуті стаціонарні стоматологічні кабінети, 5 пересувних стоматологічних кабінетів та 2 позаштатних стоматологічних кабінети. В зазначених медичних підрозділах протягом 2017 р. стоматологічну допомогу було надано 24 107 пацієнтам.

Серед стоматологічної патології переважають: карієс (40,5%), пульпіти (16,7%), періодонтити (17,5%), інші (25,3%). Протезування зубів військовослужбовцям – учасникам АТО проводиться в пунктах постійної дислокації.

Протягом 2017 р. до Центральної стоматологічної поліклініки Міністерства оборони України (ЦСП) за стоматологічною допомогою звернулось 6 350 учасників АТО. В залежності від стану ротової порожнини проводиться терапевтичне, ортопедичне або

хірургічне лікування. Хірургічне лікування включає реконструктивно-відновлювальні операції з застосуванням дентальних імплантів. В комплексній стоматологічній реабілітації воїнів АТО лікарями хірургічного відділення ЦСП та лікарями-волонтерами Асоціації стоматологів України (АСУ) встановлено більше 130 дентальних імплантів.

***Медико-соціальна реабілітація та санаторно-курортне лікування учасників антитерористичної операції***

Для санаторного лікування та проведення медичної реабілітації військовослужбовців-учасників АТО у Міністерстві оборони України є 4 санаторно-курортні заклади (Центри медичної реабілітації та санаторного лікування «Пуща-Водиця» (м. Київ), «Трускавецький» (м. Трускавець), Центральний військово-клінічний санаторій «Хмільник» (м. Хмільник) та два санаторних відділення ВКМЦ регіонів (м. Вінниця та м. Одеса). Загальна штатна ліжкова місткість становить 1650 ліжок, що дає можливість протягом року прийняти на лікування близько 19 тис. осіб. Середня кількість розгорнутих ліжок протягом року – 1 210.

Протягом 2017 р. у Центрах медичної реабілітації та санаторного лікування (санаторіях) пройшли лікування 10 965 осіб, які мають право на пільгове лікування, із них:

- військовослужбовців – 3 228;
- ветеранів військової служби – 2 259;
- ветеранів та інвалідів війни – 3 573;
- членів їх сімей – 1 518;
- працівників ЗС України – 387.

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 протезування та відновлення функцій втрачених кінцівок. Для вирішення даного питання та вдосконалення 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 завершення лікування поранених потребували протезування 205 осіб, у тому числі подвійного – 29 осіб, потрійного – 2 особи, всі чотири кінцівки – 1. Виконано протезування кінцівок 151 особі, решта потребує планового протезування.

***Забезпеченість лікарськими засобами та виробами медичного призначення військовослужбовців, медичних підрозділів військових частин і з'єднань, військових госпіталів та Військово-медичних клінічних центрів***

Основна увага щодо забезпечення медичною технікою, майном та індивідуальними засобами медичного захисту приділяється військовим частинам і з'єднанням, що виконують завдання за призначенням у районах проведення антитерористичної операції.

У 2017 р. забезпеченість медичним майном становила 83% від потреби, у тому числі: лікарськими засобами – 80%; перев'язувальними засобами – 87%; витратним медичним майном – 83%; медичною апаратурою та обладнанням – 79%; медичним майном для надання невідкладної медичної допомоги – 84%; індивідуальними засобами медичного захисту – 82%; в районі проведення АТО аптечками медичними загальновійськовими індивідуальними – 100%.

За 2017 р. до військових частин, які виконують завдання в районі проведення антитерористичної операції, видано понад 17 000 аптечок медичних загальновійськових індивідуальних (АМЗІ) та аптечок першої медичної допомоги загального призначення (гуманітарна допомога).

Отримано та передано військовим частинам, які виконують завдання в районі проведення АТО, 99 санітарних автомобілів «Богдан 2551». Також отримано один рухомий кабінет хірургічний та один рухомий кабінет рентгенологічний, 8 броньованих медичних машин МТ-ЛБ-С і 40 автомобілів швидкої медичної допомоги на базі НММWV типу М 1152.

Відповідно до виділених на 2017 р. кошторисних призначень за загальним фондом (програма КПКВ 2101080 «Медичне лікування, реабілітація та санаторне забезпечення особового складу Збройних Сил України, ветеранів військової служби та членів їх сімей, ветеранів війни») проведено децентралізовану закупівлю медичного обладнання та апаратури, а саме:

Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» (м. Київ):

– система рентгенографічна та флюороскопічна OPERA Swing;

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (м. Львів):

– система рентгенографічна та флюороскопічна OPERA T90cs;

– лапараскопічний хірургічний комплекс;

– аналізатор Альфа для закритих пробірок 20p CL MCI QC ABR;

– LID A500 Автоматичний біохімічний аналізатор.

#### ***Здійснення санітарно-епідеміологічного нагляду в зоні проведення антитерористичної операції***

Для забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя військ в районах проведення АТО задіяні три пересувні санітарно-епідеміологічні групи (ПСЕГ) у складі фахівців Служби превентивної медицини Міністерства оборони України, на які покладені завдання протиепідемічного захисту військ.

З метою оперативного реагування на зміну епідемічної ситуації щоденно ведеться оперативний облік інфекційної захворюваності серед особового складу військових частин, що виконують завдання в зоні АТО. По кожному випадку інфекційного захворювання проводиться епідеміологічне розслідування з метою встановлення причин та умов їх виникнення, факторів передачі інфекції, визначення меж осередків та вживаються заходи щодо їх локалізації та ліквідації.

Епідемічна ситуація серед військовослужбовців Збройних Сил України в районах проведення АТО у 2017 р. та за I квартал 2018 р. по основним нозологічним формам оцінюється, як благополучна. Інфекційні захворювання реєструвалися на рівні поодиноких випадків, не пов'язаних між собою.

З метою профілактики захворюваності на грип спеціально підготовленими мобільними групами Військово-медичних клінічних центрів під контролем фахівців служби Превентивної медицини Міністерства оборони України у 2017 р. проведено щеплення 4600 військовослужбовцям з груп 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, мають постійні робочі контакти з відвідувачами).

Фахівцями ПСЕГ систематично здійснюється контроль за проведенням санітарних і протиепідемічних заходів у військах, за дотриманням санітарних норм та правил розміщення, харчування, водопостачання та лазнево-прального обслуговування особового складу.

На базі лабораторій медичних польових (ЛМП) проводиться лабораторний контроль якості питної води і продовольства, обстеження декретованого контингенту (працівників харчування та медичного персоналу), інфекційних хворих та осіб з підозрою на захворювання. Також за допомогою дезінфекційно-душових автомобілів (ДДА-3) проводиться санітарна обробка особового складу та камерна дезінфекція постільних речей і обмундирування.

З метою запобігання виникненню та поширенню зооантропонозних інфекцій серед військовослужбовців фахівцями Служби превентивної медицини Міністерства оборони України у 2017 році на території військових

частин в районах проведення АТО проводилися дератизаційні та дезінсекційні заходи. Дератизація проведена на площі 28,3 га, дезінсекція – 13,96 га.

В районах проведення АТО на території Донецької та Луганської областей налагоджено взаємозв'язок і взаємодія Служби превентивної медицини Міністерства оборони України з відповідними територіальними органами Міністерства охорони здоров'я України.

***Формування системи медичного забезпечення військ, яка буде спроможною до виконання завдань за призначенням як в умовах повсякденній діяльності, так і під час їх застосування, та відповідатиме вимогам щодо медичного забезпечення військ країн – членів НАТО***

З метою виконання завдань, визначених Стратегічним оборонним бюлетенем, у 2017 році напрацьовані такі керівні документи з питань медичного забезпечення ЗС України:

– Концепція програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 року (затверджена наказом Міністерства оборони України від 26 липня 2017 389). Концепція опрацьована у відповідності з вимогами Воєнної доктрини України, Концепції розвитку сектору безпеки і оборони України, Стратегічного оборонного бюлетеня України та Державної програми розвитку Збройних Сил України на період до 2020 року, що затверджені відповідними указами Президента України;

– Програма розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 року, що затверджена наказом директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України № 21 від 15.11.2017 р. Програма містить перелік конкретних заходів щодо розвитку системи медичного забезпечення з визначеними термінами виконання та необхідними ресурсами;

– Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України, що затверджена наказом Генерального штабу Збройних Сил України № 445 від 20.12.2017 р. Доктрину опрацьовано у відповідності з Принципами і політикою медичного забезпечення НАТО (МС 0326/3), Спільної доктрини НАТО щодо медичного забезпечення (АJP-4.10(В)) та Спільної об'єднаної доктрини з медичної евакуації (STANAG 2546);

– Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період, що затверджена наказом Генерального штабу Збройних Сил України № 90 від 02.03.2016 р. На цей час опрацьовано проект наказу Генерального штабу

Збройних Сил України «Про затвердження Настанови з медичної евакуації у Збройних Силах України»;

- Положення про військовий мобільний госпіталь, що затверджене наказом директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України № 21 від 15.11.2017 року;

- Порядок постачання медичного майна Збройними силами України в мирний час, що затверджений наказом Міністерства оборони України № 261 від 11.05.2017 р. та зареєстрований в Мін'юсті 01.06.2017 р. за № 688/30556.

Проведено наукове обґрунтування медико-технічних вимог на нові зразки санітарних автомобілів і військово-медичної техніки (у тому числі броньованої та для аеромедичної евакуації), рухомих кабінетів, а саме – хірургічних та рентгенівських тощо, здійснюється їх дослідна експлуатація.

Проведено дослідження нових зразків військового польового одягу і взуття, розроблено проекти норм індивідуального бойового раціону харчування військовослужбовців та лікувального харчування, опрацьовано рекомендації санітарно-гігієнічних та протиепідемічних (профілактичних) заходів під час проведення АТО, а також щодо порядку поведінки з медичними відходами та порядку їх утилізації в зоні проведення АТО.

Проводяться наукові дослідження проблем збереження психічного здоров'я військовослужбовців, зокрема психодіагностики, медико-психологічної реабілітації бійців АТО, психотехнології захисту від інформаційного впливу та маніпулювання свідомістю, а також розробка методології прогнозування професійної придатності до екстремальних умов діяльності людини.

Як результат цих напрацювань створена та функціонує система медичної та медико-психологічної реабілітації, структурними елементами яких є:

- клініка медичної реабілітації, професійної патології та нетрадиційних методів лікування з відділенням реабілітації пацієнтів з ампутованими кінцівками та інвалідів у ВМКЦ професійної патології особового складу ЗС України (м. Ірпінь);

- відділення відновлювального лікування та реабілітації (для спинальних хворих) у ВМКЦ Західного регіону (м. Львів);

- психіатричне відділення та відділення психоневрологічної реабілітації у Старокостянтинівському військовому госпіталі;

- відділення відновлювального лікування та реабілітації у ГВМКЦ «ГВКГ» (м. Київ) та ВМКЦ Південного регіону (м. Одеса).

- Значна увага приділялася відновленню медичної служби військової ланки, а саме:

- опрацьовано та затверджено нові штати медичних рот бригад та медичних пунктів батальйонів;

- введено посади стрільців-санітарів відділень, бойових медиків взводів, старших бойових медиків рот;

- створено 205 навчальний центр з підготовки фахівців з тактичної медицини.

Відповідно до завдань, визначених Стратегічним оборонним бюлетенем, створений єдиний орган управління медичним забезпеченням Збройних Сил України на стратегічному рівні – Головне військово-медичне управління, яке прийшло на заміну Військово-медичному

департаменту Міністерства оборони України та Центральному військово-медичному управлінню Збройних Сил України.

Нині розпочався новий етап розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України і, як орієнтир, за зразок обрано організаційну побудову системи медичного забезпечення медичної служби Бундесверу.

На цей час у Головному військово-медичному управлінні опрацьовано перспективи розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України та представлено їх на нараді під головуванням першого заступника Міністра оборони України за участі представників заінтересованих структурних підрозділів Міністерства оборони України, Генерального штабу Збройних Сил України, начальників медичних служб видів ЗС України тощо. В цілому пропозиції начальника Головного військово-медичного управління – начальника медичної служби Збройних Сил України щодо необхідності подальшого реформування системи медичного забезпечення військ (сил) підтримано, протокол наради затверджено та подано доповідь з пропозиціями Міністру оборони України.

***Основними проблемними питаннями в медичному забезпеченні ЗС України на цей час залишаються:***

- низька укомплектованість медичних підрозділів військових частин та військово-медичних закладів необхідною кількістю медичного персоналу;
- відсутність сучасного комплектно-табельного оснащення медичної служби та польового санітарно-технічного майна;
- застарілість медичної апаратури та медичної техніки у військово-медичних закладах та незабезпеченість військ сучасними евакуаційно-транспортними засобами для проведення медичної евакуації.

#### ***6.1.2. Стан медичного забезпечення особового складу Державної прикордонної служби України***

Медичне забезпечення військовослужбовців Державної прикордонної служби України, які беруть участь в антитерористичній операції, здійснюється відповідно до «Дорожніх карт», що визначають лікувально-евакуаційний шлях пораненого (ураженого, травмованого) чи хворого та надання йому відповідної медичної допомоги на всіх етапах медичної евакуації: медичний пункт військової частини, військовий мобільний госпіталь Міноборони (комунальна лікувальна установа військово-цивільної адміністрації зони АТО), Військово-медичний клінічний центр Державної прикордонної служби України. У разі потреби в наданні високо-спеціалізованої медичної допомоги задіяні провідні спеціалізовані заклади охорони здоров'я як вітчизняні, так і закордонні.

З метою скорочення часу подолання лікувально-евакуаційного шляху активно застосовується аеромедична евакуація.

Забезпеченість лікарськими засобами та виробами медичного призначення у 2017 році становила 75%.

Стоматологічна допомога військовослужбовцям Державної прикордонної служби України в зоні АТО надається силами пересувного стоматологічного кабінету.

Медична реабілітація та санаторно-курортне лікування учасників АТО проводиться безоплатно у клінічному санаторії «Аркадія» Державної прикордонної служби України (м. Одеса), та в разі потреби в санаторіях інших центральних органів виконавчої влади.

### ***6.1.3. Стан медичного забезпечення особового складу Міністерства внутрішніх справ України***

Медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС проводиться відповідно до законодавства України та відповідного наказу МВС України від 03.06.2016 р. № 462, який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 02.07.2016 за р. 912/29042, зі змінами, внесеними наказом МВС України № 1051 від 20.12.2017 р., зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 15.01.2018 р. за № 53/31505.

Зазначеним наказом затверджено Інструкцію про порядок медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС, пунктом 1 розділу II якої визначено перелік осіб, які мають право на безоплатне медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС.

Серед осіб, які відповідно до законодавства прикріплені на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС, є учасники антитерористичної операції на сході України (далі – учасники АТО). Питання щодо їх забезпечення медичною допомогою знаходиться на постійному контролі керівництва МВС України.

Надання медичної допомоги особам, які мають право на безоплатне медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС, забезпечується лікувально-профілактичними закладами, які є в кожній області та м. Києві, а також медичними реабілітаційними центрами МВС.

Забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення осіб, у тому числі і учасників АТО, які прикріплені на безоплатне медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС, здійснюється відповідно до Закону України «Про державний бюджет 2017 року» за бюджетною програмою КПКВК 1001100 «Медичне забезпечення працівників МВС, поліцейських та працівників Національної поліції України» по КЕКВ 2220 «Медикаменти та перев'язувальні матеріали».

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 кошторису по КЕКВ 2730 «Інші виплати населенню».

Учасники АТО, які отримали поранення, проходять у лікувально-профілактичних закладах МВС переважно відновне та реабілітаційне лікування. Ліжка хірургічного профілю є в ДУ «ТМО МВС України по Харківській та Луганській областях» і Центральному госпіталі МВС України.

В лікувально-профілактичних закладах МВС, у разі необхідності, для лікування хворих застосовується гемотранфузійна терапія. Оскільки заготівля крові та її препаратів зазначеними закладами не здійснюється, для забезпечення потреб закладу проводиться закупівля необхідних компонентів та препаратів відповідно до угод, укладених з центрами крові за місцем їх дислокації.

Санаторно-курортне та реабілітаційне лікування учасників антитерористичної операції в системі МВС здійснюється відповідно до ст. 12, 13 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», постанови Кабінету Міністрів України від 27 квітня 2011 р. № 446 «Про порядок забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей», наказу Міністерства



внутрішніх справ України від 14 грудня 2015 р. № 1568 «Про порядок пільгового реабілітаційного, санаторно-курортного лікування, оздоровлення та відпочинку в медичних реабілітаційних центрах, санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та оздоровчих закладах Міністерства внутрішніх справ України поліцейських, деяких інших категорій осіб та членів їх сімей», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 11.01.2016 р. за № 27/28137, у двох медичних центрах Національної гвардії України та 8 медичних реабілітаційних центрах МВС.

Щорічно учасники бойових дій забезпечуються безоплатними путівками до санаторно-курортних закладів за рахунок коштів, виділених з державного бюджету.

З метою розширення медичних послуг з надання реабілітаційного та санаторно-курортного лікування для осіб, які брали участь в АТО, в системі закладів охорони здоров'я МВС створено Медичний реабілітаційний центр «Пуща-Водиця» (м. Київ) з відділенням відновного лікування та медико-психологічної реабілітації, а відділення медичної реабілітації в Медичному центрі «Нові Санжари» Національної гвардії України оснащено сучасним медичним обладнанням.

На цей час в медичних закладах МВС отримало реабілітаційне та санаторно-курортне лікування близько 3000 осіб з числа працівників органів внутрішніх справ та військовослужбовців Національної гвардії України, які брали участь в 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 закладах охорони здоров'я МВС, пацієнти, у тому числі і учасники АТО, в установленому порядку направляються до відповідних спеціалізованих та високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я системи МОЗ України та Національної академії медичних наук України.

Однією з основних проблем в організації медичної та медико-психологічної реабілітації є відсутність в Україні єдиних стандартів надання медичної та медико-психологічної реабілітації.

#### ***6.1.4. Стан медичного забезпечення особового складу Служби безпеки України***

Військово-медичні підрозділи СБУ протягом всього періоду АТО 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, за необхідності, залученням провідних фахівців спеціалізованих медичних установ України. Підтримується необхідний запас лікарських засобів, виробів медичного призначення, здійснено дооснащення медичних підрозділів та закладів медичним обладнанням, що дозволило задовольнити потреби в медичному забезпеченні особового складу СБУ, в першу чергу задіяного в районі АТО. Постійно вживаються всі необхідні заходи щодо забезпечення військовослужбовців СБУ, які направляються до району проведення АТО, індивідуальними та колективними засобами медичного захисту.

За весь період АТО, станом на 10.04.2018 р., загальна кількість постраждалих з числа військовослужбовців СБУ, які брали участь в АТО, складає 137 осіб, з яких поранених – 58, у

т.ч. важкопоранених – 23, загиблих та померлих – 21. Проліковано і виписано для продовження служби близько 86% військовослужбовців. За рішенням МСЕК 14 осіб з числа постраждалих отримали відповідні групи інвалідності. При цьому, зазначені особи в повному обсязі забезпечені необхідними засобами реабілітації. Серед постраждалих військовослужбовців на теперішній час потреб в протезуванні немає.

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 чи амбулаторного лікування проводиться реабілітаційне лікування в умовах відділень реабілітації санаторіїв СБУ. За сприяння МЗС України та Місії України при НАТО за весь період АТО 37 постраждалих військовослужбовців СБУ отримали хірургічне та реабілітаційне лікування за кордоном (Польща, Німеччина, 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 району 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 реабілітаційних відділень санаторіїв СБУ. Надання стоматологічної (зубопротезної) допомоги всім військовослужбовцям СБУ, у т.ч. задіяним в АТО, здійснюється в ЗОЗ СБУ в межах кошторисних призначень.

Враховуючи те, що більшість санітарних втрат залежить від ефективності само- та взаємодопомоги безпосередньо в зоні бойових дій, значні зусилля було направлено на вдосконалення медичної підготовки військовослужбовців СБУ. З 2014 р. всі військовослужбовці при їх направленні до району проведення АТО в обов'язковому порядку забезпечуються індивідуальними засобами надання медичної допомоги та проходять навчання з тактичної медицини в формі курсів бійця-рятувальника за стандартами ТССС (Tactical Combat Casualty Care), які використовуються в системі підготовки НАТО.

Запроваджені заходи дали можливість мінімізувати санітарні втрати особового складу СБУ, попередити наслідки посттравматичних стресових реакцій та зберегти боєздатність співробітників СБУ, що беруть участь в АТО.

## **6.2. Медичне забезпечення населення в зоні проведення АТО (ООС) та суміжних з нею областях**

### **6.2.1. Медичне забезпечення населення в Донецькій області**

Мережа закладів охорони здоров'я області (територія підконтрольна Україні) складається з 168 закладів, з них 34 Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), 52 заклади обласного підпорядкування, 48 з яких – лікувальні, 53 лікарні другого рівня, 15 стоматологічних поліклінік та 3 медичних училища.

Мережа закладів первинної медичної допомоги складається з 34 самостійних ЦПМСД до складу яких входять 247 лікарських амбулаторій та 313 ФАПів, які обслуговують 545 населених пунктів. Протягом 2017 р. відкрито 4 нові амбулаторії у містах Краматорськ і Торець та Маріїнському і Волноваському районі.

Укомплектованість лікарськими кадрами первинної ланки є недостатньою, зокрема, на первинному рівні вона склала 60%, що на 4% менше в порівнянні з 2016 роком. Найбільш низьким залишається рівень укомплектованості лікарями ЦПМСД у містах Авдіївка, Бахмут, Костянтинівка та Маріуполь, а також в районах: Бахмутському, Мангушському, Ясинуватському.

Частка сімейних лікарів, серед усіх лікарів закладів ПМСД складає 49%, що на 28,5% більше, ніж у 2016 році. В ЦПМСД м. Авдіївка та ЦПМСД Костянтинівського району 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 – 28,9%.

Кількість хворих, що розпочали та закінчили лікування у лікарів, які надають первинну медичну допомогу становить 76,8%. Питома вага хворих, які отримали лікування у лікарів II та III рівнів за направленням лікарів ЦПМСД становить – 12,1%. У закладах ПМСД міст Торецьк, Вугледар, Слов'янськ, Мангушського та Слов'янського районів частка хворих, яких було направлено на вищі рівні медичної допомоги більше 20%.

У кожному ЦПМСД активно працюють денні стаціонари, в яких розгорнуто 3690 ліжок терапевтичного та педіатричного профілю. В умовах денних стаціонарів лікування отримали на 8% хворих більше, ніж у 2016 році.

В усіх ЦПМСД спланований та проводиться динамічний нагляд за прикріпленими контингентами населення для виявлення факторів ризику, латентних форм захворювань та захворювань, які потребують лікування. Профілактичними оглядами із числа неорганізованого населення та певних контингентів населення, медичне обслуговування яких передбачено на первинному рівні надання медичної допомоги, було охоплено 95,7%. Найгірші показники охоплення профілактичними оглядами в м. Авдіївка (76%) та Нікольському районі (74%). В повному обсязі профілактичними оглядами були охоплені діти у віці від 0 до 17 років.

За результатами профілактичних оглядів вперше виявлено 17,9% захворювань. Вище обласного показника виявлення захворювань у ЦПМСД міст Добропілля, Дружківка, Костянтинівна та Покровськ, а також Бахмутському і Покровському районах. Зниження виявляємості захворювань має місце в м. Краматорськ (ЦПМСД №1, 2) та Добропільському районі.

Частка злоякісних новоутворень, виявлених у пізніх стадіях перебігу хвороби, становить 28,0%, що більше ніж у 2016 р.. Питома вага раку молочної залози III-IV ст. серед вперше виявлених онкозахворювань молочної залози становить 34,6%. Впродовж звітного пер іоду скринінгом раку шийки матки було охоплено 73,9%, а на рак молочної залози – 15,99% жінок, включених до плану профілактичного огляду на рік. На жаль, така ситуація не забезпечує своєчасність виявлення цієї патології. Найгірша ситуація у Ясинуватському, Мангушському, Костянтинівському та Покровському районах, а також у містах Мирноград і Лиман.

Також на первинній ланці здійснюється спостереження за учасниками АТО, ветеранами ВОВ та іншими пільговими категоріями. Проте, через відсутність в учасників АТО бажання активно звертатись за медичною допомогою, під диспансерним спостереженням в лікарських амбулаторіях на кінець року перебувало лише 20% від тих, які перебувають на обліку в органах соціального захисту. Кожному ветерану та учаснику бойових дій, за необхідності, призначається амбулаторне, стаціонарне лікування, або санаторне-курортне лікування згідно із Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», а громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, – згідно із Законом України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської аварії» та інших контингентів. Під час обстеження ветеранів були виявлені особи, які потребували санації ротової порожнини, протезування тощо. Для забезпечення ветеранів лікарськими засобами за рецептами лікарів в разі амбулаторного лікування захворювань, визначених Постановою Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303, було витрачено понад 3,8 млн. грн., що на 700 тис. грн. більше, ніж у 2016 році. Показник забезпеченості пільгових категорій безоплатними медикаментами по області склав 30,7%.

### ***Основні показники здоров'я та захворюваність населення***

Протягом багатьох років у Донецькій області, як і в інших регіонах України, зберігається велика поширеність захворювань системи кровообігу. У 2017 р. показник поширеності захворювань системи кровообігу склав 5816,5 (2016 р. – 5772,2) на 10 тис. населення, тобто відмічаємо зростання поширеності на 1%. Захворюваність склала 543,3 на 10 тисяч населення, протягом останніх років відзначається зниження захворюваності з 554,7 до 543,3 на 2%. (2016 р. – 554,7). Слід відзначити, що серед людей літнього віку ці показники (поширеність і захворюваність) вище на 13–15%.

Одним з найбільш поширених захворювань системи кровообігу є гіпертонічна хвороба. На цей час в області зареєстровано 482,1 тис. людей, які страждають усіма формами гіпертонічної хвороби (2016 р. – 477,8), що становить 43,9% всіх захворювань серцево-судинної системи і займає 18% в загальній структурі захворюваності. Протягом 2016–2017 рр. показники поширеності гіпертензії та захворюваності населення гіпертонічною хворобою залишаються практично на одному рівні (поширеність: 2016 р. – 2929,0; 2017 р. – 2977,6 на 10 тис. населення, захворюваність: 2016 р. – 266,9; 2017 р. – 266,2). Найкраще виявлення гіпертонічної хвороби при профоглядах на первинному рівні досягнуто в м. Маріуполь – 4,85%, Покровському районі – 4,61% та м. Селидове – 4,51%. Нижче обласного показника виявлення в містах: Краматорськ – 1,5%, Лиман – 2,1% та Авдіївка – 1,2%.

Поширеність ішемічної хвороби серця в 2017 році становила 2264,9 (в 2016 р. – 2243,1) на 10 тис. населення, зростання на 0,1%. Захворюваність на ішемічну хворобу в області в 2017 р. становила 181,3 випадків на 10 тис. населення, в 2016 р. – 186,4 на 10 тис. населення, збільшення на 0,3%.

Показники раннього виявлення захворювань серцево-судинної системи у 2017 р. покращилися, зокрема на гіпертонічну хворобу показник склав 3,02% (2016 р. – 2,69%), на ішемічну хворобу серця – 2,14% (2016 р. – 1,94%).

У 2017 р. у відділенні кардіо- та рентгенваскулярної хірургії, відкритому у 2016 році в м. Краматорську, проліковано 999 хворих з захворюваннями серцево-судинної системи.

Імплантовано 184 кардіостимулятора, проведено 222 стентування коронарних артерій. Таким чином, завдяки зусиллям обласних спеціалістів хворим регіону (зокрема жителям м. Краматорську) з серцево-судинною патологією наразі стала доступною довгоочікувана медична допомога третинного рівня.

Найбільш загрозливим для життя захворюванням, що вимагає невідкладних заходів, є гострий інфаркт міокарда. Показник захворюваності по регіону суттєво не змінився. Залишаються високими показники захворюваності інфарктом у містах Слов'янськ (21,5 на 10 тис. населення) та Покровськ (22,9 на 10 тис. населення), що вище обласного показника майже вдвічі. Найменшим цей показник (майже вдвічі менший обласного) в м. Краматорськ, Ясинуватському та Олександрівському районах. Летальність склала – 18,4%. Найвищі показники летальності від інфаркту міокарду у Волноваському, Олександрівському та Нікольському районах, містах Вугледар, Дружківка, Покровськ і Слов'янськ. Своєчасна госпіталізація та надання медичної допомоги, в так зване «терапевтичне вікно», дозволяє зберегти життя хворим і повернути людей до повноцінного життя. Своєчасно госпіталізовано у 2017 р. 62,3% хворих, у 2016 р. – 69,5% хворих.

В цілому по області спостерігається зменшення поширеності цереброваскулярних захворювань на 6%, при цьому у 70% хворих з супутнім діагнозом гіпертонія. Залишається високим рівень захворюваності на інсульти, який становить – 31,6 випадків 10 тис. населення (2016 р. – 32,3 на 10 тис. населення). Найвищий показник захворюваності на інсульти в містах Мирноград – 40,8; Вугледар – 44,6. Основними факторами ризику розвитку інсультів за даними поданих реєстрів є: артеріальна гіпертензія (87,9% випадків); захворювання серця (50,9%), куріння (16,6%), порушення ліпідного обміну (20,8%) та стрес (6,4%).

З метою уточнення діагнозу, для проведення сучасного правильного лікування використовується метод нейровізуалізації, протягом року проведено дослідження в 70% випадків (2016 р. – 57%). Тромболітична терапія в лікуванні ішемічних інсультів у 2016–2017 рр. в області не проводилася (2015 р. – 1).

Летальність пацієнтів від гострого порушення мозкового кровообігу у порівнянні з попереднім роком знизилася та становить: від ішемічного інсульту – 17,3% (2016 р. – 20,0%), від геморагічного – 47% (2016 р. – 52%). Найвищі показники летальності пацієнтів від гострого порушення мозкового кровообігу в закладах охорони здоров'я м. Торець (28,8%), м. Селидове (24,3%) і м. Добропілля (22,4%).

Поширеність хвороб ендокринної системи на 6-му місці. Питома вага захворювань ендокринної системи в загальній структурі становить лише 5,1%, але цукровий діабет у структурі захворювань ендокринної системи складає 46,9%. В останнє десятиліття в області спостерігається тенденція до зростання захворюваності на цукровий діабет.

Поширеність цукрового діабету серед населення в 2017 р. склала 3435,9 на 100 тис. населення (2016 р. – 3266,3). Захворюваність на цукровий діабет має тенденцію до зростання та в 2017 р. становила 285,4 випадків на 100 тис. населення (в 2016 р. – 264,1). Захворюваність серед дорослих становить 333,2 (в 2016 р. – 308,9), серед дітей 24,9 (2016 р. – 20,8), серед підлітків 16,3 на 100 тис. населення (2016 р. – 10,5). Найбільша захворюваність відмічається в містах Селидове (59,2 на 10 тис. населення), Мирноград (48,5 на 10 тис. населення) та Лиман (45,9 на 10 тис. населення).

Виявлення цукрового діабету на профоглядах залишається на рівні попередніх років, при середньому показнику по області 0,25% складає в містах м. Селидове – 0,54; Лиман –

0,52. Водночас в окремих населених пунктах виявлення цукрового діабету на профоглядах є вкрай низьким та становить: у м. Дружківка – 0,04%, у м. Мирноград – 0,07%.

На цей час потребують постійної замісної інсулінотерапії 11 040 осіб. Від квітня 2017 року забезпечення пацієнтів препаратами інсуліну здійснюється за референтними цінами (цінами відшкодування).

У 2017 р. на забезпечення хворих препаратами інсуліну виділено 36 млн. гривень, виписано рецептів на суму 24,1 млн. гривень. Виділені кошти не були використані в повному обсязі у зв'язку з наявністю в закладах охорони здоров'я залишків препаратів інсуліну, закуплених за рахунок коштів обласного бюджету в 2016 року.

Раннє виявлення цукрового діабету та своєчасно розпочате лікування дозволяють попередити або уповільнити процес формування таких серйозних ускладнень, як діабетична ретинопатія (2017 – 41,6%), нефропатія (2017 – 12,6%) і діабетична стопа (7,4%), які на цей час є у 40% хворих.

З 2016 р. в Національному реєстрі хворих з хронічною хворобою нирок (ХХН) відбулися зміни, в зв'язку з чим ведеться тільки реєстрація хворих з ХЗН III-V стадії.

На 01.01.2018 на обліку перебуває 903 особи з ХХН III-V стадії (2016 р. – 778 осіб), з них хворих з ХХН III стадії – 483 особи (2016 р. – 415 осіб), з ХХН IV стадії – 91 особа (2016 р. – 70 осіб). Хворих з ХХН V стадії (на гемодіалізі та трансплантації) – 258 осіб (2016 р. – 237 осіб), без гемодіалізу – 71 особа (2016 р. – 56 осіб). У 2017 р. відкрито обласне відділення гемодіалізу.

Протягом 2017 р. в хірургічних стаціонарах ЛПЗ Донецької області було проведено понад 23 000 оперативних втручань з приводу хірургічних захворювань в плановому та екстреному порядку. Загалом в хірургічних стаціонарах проліковано 31 174 хворих. Хірургічна активність складає 74%.

### ***Хірургічна робота***

Невідкладна хірургічна допомога при екстремій хірургічній патології у хірургічних підрозділах складає 80–85%. Так з 10 613 усіх операцій на органах черевної порожнини 5 761 (54%) було проведено за невідкладними показаннями.

Протягом 2017 р. до хірургічних стаціонарів області було госпіталізовано 9 092 хворих (у 2016 р. – 9 079) з невідкладною хірургічною патологією (з так званою хірургічною «вісімкою»). 64% з цієї кількості хворих були оперовані за невідкладними показаннями в ургентному порядку.

Післяопераційна летальність у невідкладній хірургії в області склала 1,8% (2016 р. – 1,83%). Серед хворих з гострою хірургічною патологією, які звернулись за медичною допомогою через 24 години після початку захворювання (34,5%), післяопераційна летальність вище в 2,5 рази – 4,3% (2016 р. – 3,26%).

При гострій кишковій непрохідності, гострому холециститі, шлунково-кишкових кровотечах та гострому панкреатиті відсоток пізньої звертаємості за медичною допомогою складає більше 45–50%. Для порівняння при травмах внутрішніх органів цей показник 24,3%, перфоративній виразці – 25%, гострому апендициті та защемленій грижі – 20–26%. У випадках пізньої звертаємості показники післяопераційної летальності при усіх без винятку нозологіях в невідкладній хірургії в 3–4 рази перевищують показники летальності при своєчасному зверненні за хірургічною допомогою. Так, післяопераційна летальність при перфоративній виразці складає 7,5% (при зверненні пізніше 24 годин – 25,4%), при

защемленій грижі – 1,3% (при пізньому зверненні – 4,8%). Ці негативні показники дзеркально відображають існуючу соціальну і фінансову напруженість серед населення, наряду з недоліками санітарно-просвітницької роботи.

У 2017 р. зріс показник післяопераційної летальності при шлунково-кишкових кровотечах з 10,1% до 12,5%, гострому панкреатиті – з 17% до 18,5%.

У 2017 р. в порівнянні з попереднім роком (при приблизно однаковій кількості госпіталізованих хворих по кожній хірургічній нозології) зменшився показник післяопераційної летальності при гострій кишковій непрохідності (з 6,3% до 5,7%) та травмах внутрішніх органів (з 7,2% до 4,6%). Практично незмінним залишився показник післяопераційної летальності при защемленій грижі та гострому холециститі. При гострому апендициті післяопераційної летальності у 2017 році не було (2016 р. – 0,16%).

В амбулаторно-поліклінічних закладах області протягом 2017 р. прооперовано понад 40,0 тис. хворих. Водночас в хірургічних стаціонарах у 2017 р. було проведено понад 15,5 тис. оперативних втручань на шкірі та підшкірній клітковині (38% від загальної кількості), що свідчить про нераціональне використання високовартісного хірургічного ліжка та недостатнє використання хірургії одного дня в хірургічних підрозділах ЛПЗ області.

#### ***Екстрена медична допомога***

Мережа підрозділів Центру екстреної медичної допомоги залишається стабільною – 7 станцій, 27 підстанцій та 47 пунктів постійного базування.

Забезпеченість сертифікованими автомобілями 100 відсоткова.

Укомплектованість лікарями служби екстреної медичної допомоги складає: лікарями – 35,6%, середнім медичним персоналом – 80,9%. Не вистачає лікарських кадрів для комплектування бригад швидкої медичної допомоги та особливо кадрів для створення акушерської, нейрохірургічної та анестезіологічної бригад відділу консультативної спеціалізованої допомоги.

Кількість звернень в 2017 р. – 208,7 на 1 тис. населення, що на 10,1% більше ніж у 2015 р. та на 4,4% менше, ніж у 2016 році.

Питома вага екстрених викликів – 80,4%.

Своєчасність прибуття бригад на екстрені виклики у 2017 р. загалом по Центру становила 89,83%. В місті цей показник дорівнює 90,77%, у сільській місцевості – 85,38%.

Кількість транспортувань за межі Донецької області зменшилась з 609 випадків у 2016 р. до 470 у 2017 р. (мінус 33%).

Питома вага виїздів до хронічних хворих у 2017 р. склала 4,7%, що на 0,42% більше ніж у 2016 р. (4,28%).

Питома вага викликів, що закінчились летально, суттєво не змінилася: 2015 р. – 1,116%, 2016 р. – 1,061%, 2017 р. – 1,102%.

Питома вага летальності в присутності бригади також практично не змінилася: 2015 р. – 0,105%, 2016 р. – 0,1%, 2017 р. – 0,106%. Водночас зменшилась летальність в присутності бригади при виїздах на нещасні випадки та ДТП, незважаючи на зростання останніх. Так, якщо в 2016 р. вона складала 0,7%, то в 2017 р. – 0,48% і основну роль тут зіграв своєчасний доїзд бригад екстреної медичної допомоги до місця пригоди.

Забезпеченість бригад екстреної медичної допомоги апаратурою, медикаментами та предметами медичного призначення у 2017 р. була достатньою для надання якісної екстреної медичної допомоги.

### ***Наркологічна допомога***

На цей час в області функціонує 7 наркологічних диспансерів (міста: Маріуполь, Дружківка, Волноваха, Костянтинівка, Краматорськ, Покровськ, Слов'янськ), 8 відділень обов'язкових наркологічних профілактичних оглядів (міста: Слов'янськ, Краматорськ, Маріуполь, Дружківка, Волноваха, Добропілля, Покровськ, Костянтинівка), 3 сертифікованих лабораторних відділення при диспансерах (міста: Слов'янськ, Маріуполь, Краматорськ), а також у достатній кількості є кабінети оглядів громадян на стан сп'яніння та кабінети обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів.

На диспансерному обліку знаходиться 22 344 особи з алкоголізмом, 455 – алкогольні психози, 5227 – наркоманія, 414 – токсикоманія. Кількість осіб, що перебувають на диспансерному обліку з приводу наркопатології у 2017 р. дещо збільшилася, що обумовлено з активізацією профілактичної роботи органів місцевого самоврядування та національної поліції, активізацією роботи наркологічної служби, а також стрімким зростанням кількості вимушених переселенців, які переїхали з тимчасово непідконтрольної території області.

***Участь закладів охорони здоров'я регіону в наданні медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України, інших військових формувань та співробітникам правоохоронних органів***

На цей час на обліку в області перебуває 9 621 учасник бойових дій, які безпосередньо брали участь у антитерористичній операції. У порівнянні з 2016 р. кількість учасників АТО зросла на 25%.

Медична допомога вищезазначеним категоріям надається мережею лікувально-профілактичних закладів первинної медичної допомоги та в медичних закладах другого та третього рівнів надання медичної допомоги з мережею спеціалізованих ліжок (ветеранські палати), загальний ліжковий фонд якої становить 394 ліжка. Практично у більшості відділень міських та районних лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) для ветеранів війни виділені окремі палати поліпшеної комфортності, переважно одно- та двомісні. Всього функціонує 188 таких палат.

Щорічно проводяться комплексні медичні профілактичні огляди. За результатами медоглядів та диспансерного нагляду розробляються плани реабілітаційних заходів. Визначаються особи, які потребують обстеження, амбулаторного, стаціонарного лікування в ЛПЗ на рівні району або обласних лікарень відповідного профілю, госпіталях, санаторіях, в різних видах протезування: зубного, слуховими апаратами, штучними кришталіками та кардіостимуляторами тощо.

На цей час питанням психічного здоров'я демобілізованих в регіоні опікується КЗОЗ «Обласна психіатричної лікарня м. Слов'янськ» і психоневрологічні лікарні та диспансери, які мають у своєму складі лікарів-психіатрів, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів. Починаючи з 2014 р. по теперішній час у лікарні надана допомога 118 учасникам АТО.

Департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації сплановано на території КЗОЗ «Обласна клінічна психіатрична лікарня м. Слов'янська», після проведення реконструкції, відкрити Центр психологічної реабілітації для учасників АТО, їхніх сімей та внутрішньо-переміщених осіб. На цей час виготовлена проектно-кошторисна документація, проведена експертиза та отриманий експертний висновок.



За результатами профілактичних медичних оглядів під диспансерний нагляд взято 984 особи. Амбулаторне лікування за пільговими рецептами отримали 430 демобілізованих учасників АТО на суму 216,5 тис. грн (у 2016 р. забезпечено 123 особи на 66,4 тис. грн) Середні витрати на одного демобілізованого склали 503,5 грн. (2016 р. – 339 грн). Стационарно проліковано 329 учасників АТО (2016 р. – 464 особи).

Демобілізовані учасники АТО з травмами опорно-рухового апарату мали можливість пройти курс реабілітації на базі Українського державного медико-соціального центру для ветеранів війни в с. Циблі Київської області. Протягом року оздоровлено 12 осіб.

У 2017 р. медико-соціальними експертними комісіями оглянуто 81 особу на предмет встановлення групи інвалідності та частки втрати працездатності. Для спрощення та наближення медико-соціальної експертизи в області практикується проведення виїзних засідань експертних комісій в територіальних закладах охорони здоров'я.

Вперше встановлено групи інвалідності 57 особам, у т. ч. I групи – 1 особа, II групи – 9 осіб, III групи – 47 осіб. Інші отримали рекомендації з медичної, професійної та соціальної реабілітації. Всім інвалідам визначено рекомендації з медичної, психологічної, професійної і соціальної реабілітації.

Для отримання путівок на санаторно-курортне лікування 130 демобілізованим учасникам АТО було видані довідки за формою 70/о в органи соціального захисту (2016 р. – 98 осіб).

Найбільший практичний досвід медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій напрацьований у КЛПУ «Обласний госпіталь для ветеранів війни м. Святогірська», де розгорнуто 180 ліжок терапевтичного профілю (терапія, кардіологія, неврологія), на яких щорічно оздоровлюється до 2,5 тис. пацієнтів. Протягом 2017 р. у даному закладі оздоровлено 520 учасників АТО, з яких 97 демобілізованих учасників з Донецької області (2016 р. – 339 осіб).

У госпіталі запроваджено мультидисциплінарний підхід багатопрофільної команди лікарів до проведення реабілітаційних заходів. Крім медикаментозного лікування, пацієнти отримують фізіотерапевтичне лікування, яке включає масаж, електро- та магнітопроцедури, водолікування. Функціонують фітобар, соляна кімната та зал лікувальної фізкультури. Всім пацієнтам проводяться лабораторні, функціональні, за необхідності – рентгенологічні та УЗІ обстеження. У разі потреби пацієнти можуть отримати стоматологічну допомогу.

Це стало можливим завдяки потужній матеріально-технічній базі, достатньому рівню фінансування, наявності кваліфікованого кадрового потенціалу та зручному територіальному розміщенню. Фінансування госпіталю здійснюється з обласного бюджету, з пріоритетним забезпеченням лікувальною апаратурою, твердим і м'яким інвентарем, санітарним автотранспортом, що дає можливість надавати пацієнтам своєчасну кваліфіковану медичну допомогу. Протягом 2017 р. для покращення умов перебування пацієнтів проведені капітальні ремонти приміщень, а також придбано УЗД-апарат і обладнання для водолікувального корпусу фізіотерапевтичного відділення. Загальні витрати склали – 19,2 млн. грн. В планах – будівництво сучасного (європейського зразка) корпусу для відділення фізичної та реабілітаційної медицини.

### **6.2.2. Медичне забезпечення населення в Луганській області**

Надання медичної допомоги цивільному населенню в Луганській області, в тому числі громадянам, які постраждали внаслідок проведення АТО, здійснюється на первинному рівні в 16 центрах первинної медико-санітарної допомоги, до складу яких входять 133 лікарські амбулаторії та 236 фельдшерсько-акушерських пунктів.

Вторинну медичну допомогу населенню області надають 4 міські лікарні, 1 міська дитяча лікарня, 12 центральних районних лікарень, 2 районних лікарні та 2 дільничних лікарні.

Третинний рівень надання медичної допомоги в області представлений обласною клінічною лікарнею, обласною дитячою клінічною лікарнею, центром з профілактики та боротьби зі СНІД, двома психіатричними лікарнями, шістьма диспансерами, однією станцією переливання крові та трьома станціями швидкої медичної допомоги.

Особливість надання населенню області медичної допомоги третинного рівня полягає у слабкій діагностичній базі, відсутності повноцінної обласної клінічної лікарні (працюють хірургічне, травматологічне, урологічне та поліклінічне відділення на орендованих площах у центральних міських лікарнях), обласний клінічний онкологічний диспансер розташований на орендованих площах, відсутній обласний перинатальний центр.

Поруч з цивільним населенням в регіоні надається медична допомога військовослужбовцям ЗС України, інших військових формувань та співробітникам правоохоронних органів.

З органами управління охорони здоров'я (закладами охорони здоров'я) інших відомств відпрацьована взаємодія та координація заходів щодо надання медичної допомоги учасникам АТО та цивільному населенню.

Основними пріоритетними напрямками відновлення, удосконалення та подальшого нарощування потенціалу готовності медичних структур регіону до виконання завдань за призначенням є:

- відновлення повноцінної роботи обласної клінічної лікарні, обласного клінічного онкологічного диспансеру;
- покращення забезпеченості закладів охорони здоров'я клініко-діагностичним обладнанням;
- покращення забезпеченості закладів охорони здоров'я лікарськими кадрами;
- відновлення роботи централізованої диспетчерської служби обласного центру екстреної медичної допомоги;
- створення перинатального центру.

### **6.2.3. Медичне забезпечення населення в Дніпропетровській області**

Дніпропетровська область безпосередньо межує з територією, на якій проводиться антитерористична операція, тому з травня 2014 р. вона першою розпочала прийом поранених, травмованих та хворих військовослужбовців, цивільних осіб – учасників АТО, а також громадян, які прибули з території східних областей України та АР Крим. Для цього у всіх лікувально-профілактичних закладах області створено резерв лікарських засобів та виробів медичного призначення для своєчасного надання невідкладної амбулаторної та стаціонарної допомоги.

Керівниками лікувально-профілактичних закладів взято під особистий контроль організацію якісного та своєчасного надання медичної допомоги громадянам, які прибули з території східних областей України та АР Крим.

Станом на кінець 2017 р. в Центрах первинної медико-санітарної допомоги Дніпропетровської області оглянуто 76 728 громадян, із них проведено профілактичних оглядів з проведенням лабораторних та інструментальних методів обстежень – 76 505 особам. Взято на диспансерний облік – 19 729 осіб, амбулаторно проліковано – 16 049 осіб, госпіталізовано та проліковано – 6 875 осіб, у тому числі 2 091 дитину.

Крім того, на постійному замісному лікуванні перебували 15 хворих з термінальною стадією ниркової недостатності (гемодіаліз та перитонеальний діаліз). Всього за звітний період замісну терапію отримало 138 осіб. Взято на диспансерний облік хворих після трансплантації органів на підтримуючій терапії – 4 особи.

Хворих з онкологічною патологією – 928 осіб, із складною кардіологічною патологією, яка потребувала високоспеціалізованої допомоги – 225 осіб, у тому числі 114 дітей, хворих на туберкульоз – 74, а також 509 хворих на цукровий діабет, які отримували цукрознижувальні препарати. Кількість осіб, які включені до програми замісної підтримуючої терапії – 52 особи (всього за звітний період було включено до програми – 114 осіб), кількість хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД – 153.

Дніпропетровська область отримала гуманітарну допомогу на загальну суму – 18 397,91 тис. грн, яка включала лікарські засоби, перев'язувальний матеріал, протиправцеву сироватку, засоби індивідуального захисту тощо.

Також область отримала грошову допомогу з резервного фонду Державного бюджету для здійснення невідкладних заходів щодо забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення хворих переселенців, які потребують гемодіалізу на загальну суму 6,2 млн. грн.

Крім того, Департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації забезпечено проведення медичного огляду внутрішньо переміщених осіб, які проживають у «транзитних містечках» (м. Дніпро, м. Кам'янське, м. Кривий Ріг, м. Нікополь, м. Павлоград).

Медичними працівниками лікувально-профілактичних закладів, максимально наближених до модульних містечок, оглянуто 1347 осіб, у тому числі 403 дитини, взято на диспансерний облік 271 особа.

Медична допомога пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям і цивільним особам – учасникам АТО надається в лікувально-профілактичних закладах області та військовому госпіталі МО (м. Дніпро).

З початку надходження поранених, травмованих та хворих учасників АТО до лікувально-профілактичних закладів області всього надано медичну допомогу 9 313 особам, прооперовано – 3 802 осіб, у тому числі протягом 2017 р. надано медичну допомогу 1 564 особам, прооперовано – 588 осіб.

Залишається актуальним питанням проведення психотерапевтичної, психологічної та медичної реабілітації, яка протягом 2017 р. надавалась у відділенні на 25 ліжок для ветеранів війни Обласної клінічної психіатричної лікарні, а також амбулаторно в умовах денних стаціонарів психоневрологічного центру.

На базі Обласного наркологічного диспансеру організований реабілітаційний центр, де працюють лікарі-наркологи спільно з волонтерами – психологами з метою надання

амбулаторної психотерапевтичної допомоги учасникам антитерористичної операції, членам їх сімей, шляхом консультацій для повернення постраждалих до мирного життя, лікування наркологічних розладів.

З початку проведення АТО надано стаціонарну психотерапевтичну, психологічну та психіатричну допомогу 2893 учасникам АТО.

Також в області створено мобільну психологічну бригаду у складі психіатра, психотерапевта та психолога, яка здійснює виїзди в лікувальні заклади міст Кривого Рогу, Павлограда та Дніпровський військовий госпіталь і допомагають психологічною підтримкою бійцям, які знаходяться в стаціонарних відділеннях.

На базі КЗ «Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни» у грудні 2015 р. відкрито центр реабілітації учасників АТО, де проводиться медикаментозне лікування, психологічна, фізична реабілітація за рахунок коштів обласного бюджету.

Під нове відділення в обласному госпіталі виділили цілий поверх. Учасники бойових дій і раніше проходили реабілітацію в обласному госпіталі ветеранів війни, проте тепер ця робота стала зручнішою: на одному поверсі створені комфортні палати, сучасне обладнання та спеціалісти, які знають, як допомогти у найтяжчих випадках. В усіх коридорах та палатах зроблено спеціальні поручні, щоб пацієнти більше рухалися самостійно, а не лежали, відремонтовані душові. Користуватися нею зможуть навіть лежачі хворі та пацієнти на візочках. Центр реабілітації учасників АТО розрахований на 40 ліжок.

Придбано медичне обладнання для фізичної реабілітації на загальну суму 3 млн. грн.. обласних коштів, що дозволяє відновити життєво важливі рухові вміння та навички, забезпечити нормальне функціонування систем організму, активізувати розумові здібності, оптимізувати стан здоров'я та працездатності.

При лікуванні використовується комплексний метод: одночасно фізична, психологічна, соціальна реабілітація та медикаментозне лікування. В центрі функціонує кімната психологічного розвантаження. Кожним пацієнтом опікується ціла команда спеціалістів: психолог, психотерапевт, соціальний працівник та інші. Такий підхід застосовують в Європі. У центрі фахівці госпіталю працюють разом з волонтерами. Спеціалісти пройшли тренінг від литовських медиків, які мають великий досвід в реабілітації після важких потрясінь.

У новому центрі повертають до повноцінного життя бійців АТО з ураженнями спинного і головного мозку, порушеннями опорно-рухового апарату. Стандартний курс реабілітації – 18 днів. На цей час отримали лікування 1633 учасника АТО.

В КЗ «Дніпропетровська обласна фізіотерапевтична лікарня «Солоний лиман» учасникам АТО надаються всі види фізіотерапевтичної допомоги, масаж, лікувальна фізкультура, грязебальнеолікування і кліматотерапія тощо. Протягом 2017 р. реабілітаційне лікування отримали 23 учасника АТО. Позитивний ефект від лікування отримано у всіх пролікованих.

В 2017 р. проведені косметичні ремонти відділень та окремих кабінетів. З вересня 2017 р. на базі терапевтичного відділення розпочато створення другого реабілітаційного центру для учасників АТО на 40 ліжок, розроблено проектно-кошторисну документацію. На цей час проводиться ремонт даху стаціонарного корпусу для дорослих, залів лікувальної фізкультури.

Отримана благодійна допомога у вигляді обладнання для проведення лікувальної фізкультури (велотренажер, бігова доріжка, фітнес станція, шведська стінка та інше) на загальну суму понад 900 тис. грн., а також обладнання для обслуговування хворих (коляски

для душу, сидці для ванної кімнати, підйомник на суму понад 22 тис. грн). Відділення фізіотерапії отримало медичну апаратуру на суму понад 1 млн грн (апарати ультразвукової терапії, лазерної-, магніто-, прессотерапії та інше), а для залів лікувальної фізкультури придбано обладнання на суму понад 700 тис. грн (велотренажери, гребний тренажер, орбітрек, фітнес центр).

У всіх 58 Центрах первинної медико-санітарної допомоги області забезпечено медичну допомогу демобілізованим особам, яким створені умови для проведення медичних оглядів з лабораторною діагностикою, консультаціями високосвідчених профільних фахівців. Лікарі закладів охорони здоров'я первинного рівня своєчасно та безперервно надають медичну допомогу, проводять реабілітаційні заходи відповідно до індивідуальних планів реабілітації демобілізованих осіб, забезпечують безкоштовними лікарськими засобами та протезуванням у разі потреби.

Відповідно до наказу Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 01.03.2017 р. № 215/0/197-17 «Про заходи щодо надання медичної допомоги ветеранам війни у 2017 р. » за 2017 р. профілактичні огляди пройшли 13 384 осіб, оформлено 3 355 довідок на санаторно-курортне лікування. В зазначених лікувально-профілактичних закладах Дніпропетровської області на диспансерному обліку перебували 10 120 осіб.

Комісією медико-соціальної експертизи оглянуто 1 569 учасників АТО, визначено інвалідами 768 особи, 795 особам встановлені відсотки втрати працездатності від 25% до 50%.

При облдержадміністрації відкрито Центр допомоги учасникам АТО та членам їх сімей (далі – Центр АТО), де здійснюється оперативний розгляд звернень демобілізованих учасників АТО, членів їх сімей та членів загиблих військовослужбовців, які брали участь у проведенні АТО, а також працює цілодобова телефонна гаряча лінія психологічної підтримки постраждалих учасників АТО, членів їх сімей та демобілізованих військовослужбовців за принципом «єдиного вікна».

На офіційному веб-сайті Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації та на офіційній сторінці департаменту в соціальній мережі Facebook розміщені інформаційні повідомлення: «Шлях пораненого/травмованого/хворого учасника АТО», «Шлях демобілізованого учасника АТО», «Єдиного вікна» для учасника АТО», де зазначено маршрут людей, які повернулися з зони АТО та їх сімей та «Дорожня карта пораненого в АТО».

#### ***6.2.4. Медичне забезпечення населення в Запорізькій області***

На виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції», доручення Кабінету Міністрів України від 21 березня 2016 р. № 8587/33/1-15, доручення Адміністрації Президента України за результатами засідання Ради регіонального розвитку від 20 березня 2017 р. в області здійснюються заходи щодо медичного, санаторно-курортного лікування, та психолого-психіатричної реабілітації учасників антитерористичної операції.

Надання медичної допомоги демобілізованим військовослужбовцям в закладах охорони здоров'я області здійснюється згідно з наказами Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації: від 10 квітня 2015 р. № 393 «Про надання медичної допомоги, проведення відновного лікування та реабілітаційних заходів демобілізованих осіб, учасників

АТО, в закладах охорони здоров'я Запорізької області» (зі змінами в наказі від 06 жовтня 2015 р. № 981) та від 12 вересня 2016 р. № 798 «Про удосконалення організації надання медичної допомоги учасникам антитерористичної операції».

Станом на 20 квітня 2018 р. до закладів охорони здоров'я області звернулося за медичною допомогою 7 538 осіб, постраждалих у зоні проведення АТО, у тому числі – 7 104 військовослужбовця (з них госпіталізовано – 3 153).

За даними закладів охорони здоров'я області медична допомога надана 5765 демобілізованим учасникам АТО, у тому числі – 2 598 особам з приводу захворювань та 3 167 осіб пройшли профілактичні огляди.

Психолого-психіатрична реабілітація демобілізованих осіб здійснюється закладами спеціалізованого територіального медичного об'єднання «Психіатрія» та КЗ «Госпіталь ветеранів війни» Запорізької обласної ради, в яких станом на 30 березня 2017 р. пройшли стаціонарне лікування 1 271 військовослужбовець, амбулаторна допомога надана 164 військовослужбовцям учасникам АТО.

У 2017 р. до медико-соціальних експертних комісій звернувся 181 військовослужбовець, із них 116 встановлено групи інвалідності. За I квартал 2018 р. звернулось 82 військовослужбовця, 57 – встановлено групи інвалідності.

Для оздоровлення учасників антитерористичної операції в комунальному закладі «Санаторій медичної реабілітації «Глорія» на 2017 р. було виділено 113 путівок, отримали путівки 98 демобілізованих учасників АТО.

Встановленим порядком прийнято рішення та сплановано створення обласного центру медичної реабілітації ветеранів війни на базі розширеного комунального закладу «Госпіталь ветеранів війни».

Наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 3 квітня 2017 р. 297 «Про затвердження робочої групи для підготовки медичного завдання на розроблення проектно-кошторисної документації на створення Обласного центру медичної реабілітації ветеранів війни на базі розширеного КЗ «Госпіталь ветеранів війни» Запорізької обласної ради» створено робочу групу з розробки медичного завдання на реконструкцію з добудовою приміщень комунального закладу «Госпіталь ветеранів війни». Станом на 20 квітня медичне завдання погоджено заступником голови Запорізької обласної державної адміністрації та передано для опрацювання до Управління капітального будівництва облдержадміністрації.

Питання забезпечення учасників антитерористичної операції належною кваліфікованою медичною допомогою в закладах охорони здоров'я області знаходиться на постійному контролі Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації.

#### ***6.2.5. Медичне забезпечення населення в Харківській області***

В Харківській області для медичного забезпечення демобілізованих учасників АТО та цивільного населення, яке постраждало внаслідок проведення АТО, задіяна уся мережа закладів охорони здоров'я. Управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації визначений перелік закладів охорони здоров'я вторинного і третинного рівнів, що функціонують на території Харківської області, в яких передбачається лікування та реабілітація як військовослужбовців, що демобілізовані із районів проведення антитерористичної операції, так і цивільного населення, яке постраждало внаслідок проведення АТО, – це 38 закладів охорони здоров'я обласного підпорядкування, 16 закладів

охорони здоров'я м. Харкова для дорослих та 4 дитячих, 15 міських поліклінік для дорослих та 10 для дітей, 6 пологових будинків, 9 стоматологічних поліклінік, 6 диспансерів, КЗОЗ «Харківська міська косметологічна лікарня», комунальні заклади охорони здоров'я районів області – 64.

В усіх закладах охорони здоров'я Харківської області забезпечується додержання чинного законодавства України щодо медичного забезпечення як демобілізованих учасників АТО, так й цивільного населення, яке постраждало в наслідок бойових дій, а саме:

- безоплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за рецептами лікарів відповідно до вимог чинного законодавства;

- першочергове безоплатне зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів);

- першочергове обслуговування в закладах охорони здоров'я і аптеках та першочергова госпіталізація в заклади незалежно від форми власності;

- щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних фахівців та додаткових методів обстеження.

Ще з травня 2015 р. в закладах охорони здоров'я Харківської області налагоджена співпраця з керівниками територіальних рай(міськ)військкоматів щодо регулярного отримання інформації про військовослужбовців, які демобілізовані із районів проведення антитерористичної операції та прибули на територію постійного проживання або тимчасового перебування, складання їх реєстрів із дотриманням нормативних актів щодо захисту конфіденційної інформації та персональних даних.

Продовжується робота щодо забезпечення виконання в закладах охорони здоров'я Указу Президента України від 18.03.2016 р. № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» та наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації від 26.03.2015 р. № 194 «Про медичне забезпечення демобілізованих військовослужбовців». Станом на 01.04.2018 р. в закладах охорони здоров'я області внесено в реєстри учасників АТО 11 270 осіб, у тому числі в районах області 6 781 особа та в м. Харкові 4 489 осіб.

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 2018 р. проводяться повторні профілактичні медичні огляди демобілізованим особам, членам їх сімей та членам сімей загиблих військовослужбовців.

На базі КЗОЗ «Обласного госпіталю ветеранів війни» ведеться реєстр демобілізованих військовослужбовців та членів їх родин, списки на демобілізованих завіряються керівництвом рай(міськ)військкоматів. Із числа демобілізованих були звільнені з причини поранення 158 осіб, у тому числі 107 осіб із районів області, 51 особа – з м. Харкова. Окрім цього, через виявлені захворювання або їх загострення демобілізовано 146 осіб, у тому числі 111 осіб із районів області та 35 осіб з м. Харкова. Документи, що засвідчують безпосередню участь демобілізованого в зоні проведення АТО наявні у 7 978 осіб, у тому числі 6 164 особи з районів області мають такі документи і 1 814 осіб з м. Харкова. Станом на 01.04.2018 2 117 осіб продовжують службу.

Профілактичні медичні огляди демобілізованих та членів їх сімей проводяться за участю 12 спеціалістів (терапевт, хірург, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, психіатр, стоматолог, дерматолог, фтизіатр, уролог, травматолог, інші). З початку 2018 р. оглянуто 1 446 осіб або 16,6% від осіб які демобілізовані, проживають за місцем реєстрації та не відмовились від медичного огляду, в тому числі в районах області оглянуто 23,2%, в м. Харкові – 7,91%. Після проведених у цьому році медичних оглядів вперше виявлено 378 випадків патології або у 26,1% від оглянутих. У 1 046 демобілізованих в наявності захворювання, які не були протипоказані для проходження військової служби та після демобілізації не мали загострення. Відповідно до проведеного в подальшому обстеження на диспансерний облік взято 1256 осіб, або 86,9% від оглянутих.

Після проведеного медичного огляду фахівцями були визначені обсяги лікування та реабілітації. Підлягало стаціонарному лікуванню – 215 осіб, у тому числі в закладах охорони здоров'я вторинного рівня – 115 осіб, в закладах охорони здоров'я третинного рівня – 71 особа, в науково-дослідних інститутах – 35 осіб. Проведено стаціонарне лікування 121 особи або 63,4% від тих, що підлягали госпіталізації. У 343 особи визначено потребу у проведенні амбулаторного лікування. Станом на 01.04.2018 р. проліковано 286 осіб або 83,4%. Встановлено, що 142 оглянуті демобілізовані особи потребують зубного протезування. Станом на 01.04.2018 р. запротезовано 13 осіб. Санаторно-курортному лікуванню підлягало 236 осіб. Видано санаторно-курортних довідок 155 демобілізованим, інші – утримались від санаторно-курортного лікування. Оздоровлено в санаторно-курортних закладах станом на 01.04.2018 р. 12 осіб.

За 3 місяці 2018 р. фахівцями КЗОЗ «Обласний центр медико-соціальної експертизи» визнані особами з інвалідністю 25 демобілізованих учасників АТО, у тому числі II групи – 6 осіб, III групи – 19 осіб. Відсотки втрати працездатності встановлені 29 особам. Причинами інвалідності стали: поранення, контузії, каліцтва, захворювання одержані під час захисту Батьківщини – 20 осіб, загальне захворювання – 3 особи, захворювання при проходженні військової служби – 2 особи.

Для усіх осіб з інвалідністю розроблені індивідуальні програми реабілітації. Визначені рекомендації з медичної реабілітації – 25, їх працевлаштування – 30, із соціальної реабілітації – 20. Лікування в санаторно-курортних умовах рекомендоване 15 особам. Надані 5 рекомендацій щодо забезпечення технічними засобами реабілітації 3 особам із числа учасників антитерористичної операції: 2 – палиці, 3 – протезно-ортопедичні вироби. Зважаючи на велику важливість проведення реабілітаційних заходів особам даної категорії, фахівцями КЗОЗ «Обласний центр медико-соціальної експертизи» усім особам з інвалідністю рекомендоване відновлювальне лікування, надані рекомендації із працевлаштування, рекомендоване лікування в санаторно-курортних умовах, надані рекомендації із соціальної реабілітації.

Психіатрична допомога та психологічна реабілітація військовослужбовців, які демобілізовані із районів проведення антитерористичної операції, проводиться мережею усіх закладів охорони здоров'я психіатричного та психоневрологічного профілів Харківської області. Амбулаторна психіатрична та психоневрологічна допомога і психологічна реабілітація надається мережею психоневрологічних диспансерів районів області та м. Харкова і відповідних кабінетів центральних районних лікарень. Психологічну реабілітацію учасників антитерористичної операції на базі КЗОЗ «Обласного госпіталю ветеранів війни» проводять 1



лікар-психотерапевт і 4 практичних психолога. За 3 місяці 2018 р. практичні психологи провели 176 індивідуальних та 163 групових заняття з демобілізованими учасниками АТО.

У 2018 році продовжується робота по направленню учасників АТО за результатами медичного огляду для безоплатного проходження курсу санаторної медико-психологічної реабілітації в умовах ДП Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води». З цією метою на базі КЗОЗ «Обласного госпіталю ветеранів війни» працює відбіркова комісія за участю фахівців охорони здоров'я та обласного відділення виконавчої дирекції Фонду соціального страхування (ФСС) з тимчасової втрати працездатності, за 3 місяці роботи якої направлено 12 працюючих учасників АТО на санаторну медико-психологічну реабілітацію із відшкодуванням вартості реабілітації через ФСС.

КЗОЗ «Обласний госпіталь ветеранів війни» визначений провідним закладом для надання стаціонарної медичної допомоги та психологічної реабілітації осіб вищевказаного контингенту.

За даними керівників закладів охорони здоров'я зареєстровано 9563 членів сімей демобілізованих, в тому числі батьків демобілізованих – 3029 осіб, дітей демобілізованих – 3638 осіб, подружжя – 2462 особи, інших – 434 особи. Станом на 01.04.2018 р. медичний огляд проведено 1496 особам або 15,6% від тих, що зареєстровані. У 82 осіб або 5,4% було вперше виявлено захворювання, ще у 652 осіб захворювання були виявлені у попередні роки. На диспансерний облік взято 744 особи, або 49,7%. 119 членів сімей демобілізованих мають групу інвалідності.

Управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації розроблена «Пам'ятка для військовослужбовців, що повернулися із зони АТО» з питань надання медичної допомоги, у тому числі психологічної, демобілізованим із зони АТО, тираж якої склав 10 тис. примірників. Ця пам'ятка направлена у рай(міськ)військкомати, заклади охорони здоров'я і органи соціального захисту населення. Також розроблені «Пам'ятка лікарю загальної практики з надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцю, демобілізованому з зони АТО» і «Пам'ятка для членів сімей військовослужбовців, демобілізованих з зони АТО».

Медична допомога демобілізованим із зони антитерористичної операції надається в усіх без винятку закладах охорони здоров'я первинного, вторинного та третинного рівнів.

Управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації розроблена та надіслана в заклади охорони здоров'я області «Дорожня карта медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації військовослужбовців після демобілізації в Харківській області» для використання в їх практичній діяльності.

На цей час, відповідно до реєстру, який ведеться в Управлінні охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, з початку проведення антитерористичної операції до комунальних закладів охорони здоров'я звернулось за медичною допомогою 168 618 осіб із числа тимчасово переміщених осіб з АР Крим, Донецької та Луганської областей, у тому числі 113 799 дорослих, дітей – 54 819.

У поточному році до комунальних закладів охорони здоров'я звернулось за медичною допомогою 13 948 осіб, у тому числі 9 564 дорослих та 4 801 дитина. Стаціонарна допомога надана 48 252 особам, у тому числі 31 169 дорослим та 17 083 дітям (з них 1 624 новонароджених). Амбулаторну медичну допомогу отримало 120 366 осіб, у тому числі 82 630 дорослих та 37 736 дітей.

В закладах охорони здоров'я взято на облік 2 147 вагітних (2,3% від загальної кількості зареєстрованих осіб).

За окремими видами медична допомоги надана:

– 477 особам, хворим на цукровий діабет (354 дорослих, 123 дітей) з приводу забезпечення інсулінами як вітчизняного так і іноземного виробництва;

– 565 хворим на туберкульоз (з них 165 дітей), у тому числі стаціонарно – 268 осіб та амбулаторно – 297 осіб, які забезпечені лікарськими засобами, що отримані централізовано від Міністерства охорони здоров'я України;

– 305 осіб із ВІЧ-інфекцією/СНІДом, у тому числі 268 дорослих та 37 дітей. Усім проведено необхідне обстеження та проводиться спеціальне лікування;

– з онкологічною патологією звернень – 7 437, (5 233 особа), стаціонарна допомога надана 2 780 особам, амбулаторна – 4 657;

– 21 пацієнтам (21 дорослий), хворим на хронічну хворобу нирок, надається високоспеціалізована медична допомога із застосуванням методів замісної ниркової терапії, а саме: гемодіалізу (8 дорослих) («штучна нирка»), а також імуносупресивної терапії для хворих (13 дорослих), які перенесли трансплантацію нирки та інших органів).

Тільки за 2017 р. загальні витрати на надання медичної допомоги тимчасово переміщеним особам склали 62,8 млн. грн., з них на стаціонарне лікування – 55,9 млн грн, амбулаторне – 6,9 млн гривень.

Питання щодо медичної допомоги та психологічної реабілітації учасників АТО, організації медичного забезпечення осіб, які тимчасово переміщені з АРК, м. Севастополя, Донецької та Луганської областей до Харківської області знаходиться під постійним контролем Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації.

***Висновки щодо стану охорони здоров'я цивільного населення в районах проведення АТО та наближених до них:***

Медичне забезпечення населення в районах проведення АТО та наближених до них здійснюється органами управління та закладами охорони здоров'я обласних рад і облдержадміністрацій з урахуванням загальних особливостей, що впливають на планування, організацію та проведення заходів щодо надання медичної допомоги, лікування та проведення оздоровчо-реабілітаційних заходів.

Система охорони здоров'я населення в районах проведення АТО та наближених до них працює в посиленому режимі так як:

1. 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 внутрішньо 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 система охорони здоров'я населення в цих областях потребує додаткового нормативно-правового врегулювання та фінансової підтримки з боку держави.

## 7. ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗВИТКУ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Державна політика в Україні щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій (телемедицини, дистанційного навчання тощо) спрямована на ліквідацію відставання в цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття на сучасний рівень управління охороною здоров'я, практичної медицини, медичної освіти і науки.

Для України актуальними є питання розробки стратегії формування та подальшого вдосконалення відомчої інформаційної системи відповідно до вимог єдиного інформаційного простору країни, а об'єкт інформатизації розглядається як складова частина інформаційної структури держави та сукупність різноманітних структур і форм їх взаємодії щодо збору, обробки, збереження, розповсюдження та використання різних видів інформації з метою підтримки прийняття рішень та задоволення інтересів громадян.

У рамках виконання проектів інформатизації охорони здоров'я, в т.ч. існуючих регіональних програм інформатизації галузі за останні роки зроблені істотні кроки з покращення комп'ютерного забезпечення закладів охорони здоров'я (в першу чергу обласного та районного рівнів), підключення їх до мережі Інтернет; створення корпоративної мережі обміну інформацією між установами та медичними закладами на основі електронної пошти; створення локальних мереж в медичних закладах; розвитку та підтримки функціонування медичних web-сайтів; розвитку інформаційних технологій клінічної та навчальної спрямованості; впровадження автоматизованих робочих місць медичних працівників, медико-статистичних систем, систем типу «Стаціонар» або «Поліклініка» зі створенням персоніфікованих баз даних; впровадження сучасних телекомунікаційних систем та телемедичних технологій; підвищення ефективності і якості всіх видів робіт, пов'язаних зі збором, обробкою, збереженням і поданням медико-статистичної інформації для підвищення оперативності і якості прийняття управлінських рішень.

Проте головна увага приділяється переважно покращенню матеріально-технічної бази органів управління охороною здоров'я та закладів вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги, що полегшує працю окремих фахівців (переважно з адміністративних та фінансових служб, служби статистики), але не дає значущого ефекту як для закладу так і для галузі в цілому.

Причому близько 50% є частка морально застарілих комп'ютерів, що унеможлиблює впровадження повною мірою сучасних програмних продуктів, які розраховані на більш потужне устаткування. Це призводить до низького рівня використання лікувально-діагностичних інформаційних систем, їх недостатню якість та ізольованість, відсутність на галузевому рівні цілісної системи збору, обміну та аналізу інформації.

Намітилася тенденція відокремлення інформаційного забезпечення в самостійні системи, які не пов'язані методологічно між собою, і функціонують ізольовано через неузгодженість у підходах до кодування інформації, застосування програмного забезпечення. Інформація, що накопичується в таких базах даних, практично не використовується в процесі прийняття управлінських та лікарських рішень, не дає можливості оцінити якість надання медичної допомоги, діяльність територіальних медичних служб і закладів охорони здоров'я.

Відсутні належні нормативні документи, що регламентують використання комп'ютерних систем у сфері електронного документообігу, захисту інформації, сертифікації програмних засобів, стандартів передання даних та інформаційного обміну. Повільно розвивається інформаційно-телекомунікаційна інфраструктура галузі. В таких умовах створення єдиного медичного інформаційного простору неможливе.

Основна тенденція у розробці та впровадженні принципів електронної охорони здоров'я (eHealth) у 2017 р. полягала не лише в проектуванні та розробці 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, у т.ч. використовуючи можливості Інтернет.

### ***Стан справ з інформатизації на регіональному рівні***

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.

Програма інформатизації охорони здоров'я *Волинської області* затверджена наказом УОЗ Волинської ОДА від 07.12.2015 р. № 284/од «Про затвердження Програми інформатизації охорони здоров'я області на 2016-2018 роки».

За останні 3 роки поступово проводиться оновлення та розширення парку наявної комп'ютерної техніки у закладах охорони здоров'я різного рівня надання медичної допомоги. Так у 2016 р. на балансі закладів охорони здоров'я області було 1793 ПК, у 2017 р. – 2060. Одночасно з використання поступово вилучається застаріла техніка.

За 2017 р. суттєво покращилось забезпечення комп'ютерною технікою первинної ланки, кількість комп'ютерів в Центрах ПМСД склало 613, з них в амбулаторіях встановлено 305 ПК. Переважна більшість амбулаторій (130 з 140) були забезпечені комп'ютерною технікою за рахунок співпраці зі Світовим банком.

Фінансування заходів з інформатизації охорони здоров'я останнім часом здійснюється переважно за рахунок місцевих бюджетів та інших джерел фінансування. Так, у 2016 р. з місцевих бюджетів витрачено 1644,16 тис. грн, з інших джерел – 679,08 тис. грн, у 2017 р. – біля 1300 тис. грн з місцевого бюджету та 850 тис. з інших джерел фінансування.

При наданні медичної допомоги різного рівня заклади охорони здоров'я використовують наступні програмні комплекси (таблиця 7.1).

Таблиця 7.1

#### **Основні програмні комплекси, що використовуються на території Волинської області**

Назва системи	Назва закладу, в якому встановлено систему
Автоматизована інформаційно-пошукова система для лікувально-профілактичних закладів «Стационар» (розробник ТЗОВ «Медсистема»)	13 центральних районних лікарень Луцькій міській пологовий будинок Обласна дитяча лікарня Обласний госпіталь інвалідів війни
Автоматизована інформаційно-пошукова система для лікувально-профілактичних закладів «Поліклініка» (розробник ТЗОВ «Медсистема»)	9 центральних районних поліклінік Луцька міська дитяча поліклініка Луцькі міські центри ПСМД №№ 1–3 та амбулаторії, що входять до їх складу Луцькій міській пологовий будинок

Назва системи	Назва закладу, в якому встановлено систему
Автоматизована інформаційно-пошукова система для лікувально-профілактичних закладів «Поліклініка» (розробник ІП «Інфомедсервіс», м.Черкаси)	Ратнівський районний центр ПСМД
Комп'ютерна програма «MedControl» – система оперативної обробки медичної статистичної інформації	Волинській обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
«Поліклініка» (власна розробка медичних закладів)	Нововолинська міська лікарня Обласна клінічна лікарня Обласний наркологічний диспансер
«Стаціонар» (власна розробка медичних закладів)	Луцька міська клінічна лікарня Нововолинська міська лікарня Обласна клінічна лікарня Обласний наркологічний диспансер
Медична інформаційна система «Реєстр індивідуального серцево-судинного ризику дорослого населення Волинської області» (проект Світового банку)	15 районних центрів ПСМД 5 міських центрів ПСМД 15 центральних районних лікарень 2 міські лікарні Обласна клінічна лікарня
Реєстр хворих на туберкульоз	Волинське обласне протитуберкульозне об'єднання
Реєстр хворих на онкологічні захворювання	Обласний онкологічний диспансер
Реєстр хворих на цукровий діабет	Волинське обласна клінічна лікарня

Завдяки провадженню ІТ-компоненту Субпроєкту «Вдосконалення медичної допомоги хворим з хворобами системи кровообігу у Волинській області» Проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі в людей» створено медичну інформаційну систему «Реєстр індивідуального серцево-судинного ризику дорослого населення Волинської області».

За два роки впровадження станом на 31.12.2017 р. до Реєстру внесено інформацію про 239 360 пацієнтів (орієнтовно чверть населення Волині).

Уся інформація зберігається на серверах у КЗ «Волинський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». Створена та пройшла оцінку відповідності Комплексна система захисту персональних даних пацієнтів у Службі спеціального зв'язку України. В області з реєстром працюють понад 600 медиків. До нього підключені всі амбулаторії загальної практики – сімейної медицини (140), ЦПМСД (20), районні, центральні районні та міські лікарні й Волинська обласна клінічна лікарня – загалом 42 заклади.

Диференційований доступ до даних мають усі медзаклади області первинного, вторинного та третинного рівня надання послуг. Процес наповнення реєстру триває з середини вересня 2017 року. Реєстр надає можливість реєструвати заклади охорони здоров'я, лікарів та декларації між пацієнтом і лікарем в системі e-Health. Є напрямки для розширення медичної інформаційної системи «Реєстр індивідуального серцево-судинного ризику дорослого населення Волинської області» шляхом трансформації в Єдину систему електронної охорони здоров'я Волинської області.

На даний час в світлі впровадження медичної реформи надання первинної медичної допомоги в області проводиться підписання електронних декларації між лікарем та пацієнтом. Під час підготовки запровадження даної компанії представники практично всіх центрів ПМСД області відвідали навчальний семінар у м. Рівному у грудні 2017 року. Всі сімейні лікарі, лікарі терапевти дільничні та лікарі-педіатри на даний час мають власні електронні скриньки та електронні підписи для підписання декларацій з пацієнтами. На даний час не всі заклади забезпечені в достатній кількості комп'ютерною технікою та

високошвидкісним Інтернетом, що створює певні проблеми при підписанні декларації. Крім того, розробники деяких МІСів не під'єднали свої програмні продукти до системи e-Health, що також ускладнює процедуру підписання декларацій. Заклади змушені використовувати декілька МІСів одночасно, що потребує додаткових затрат як матеріальних так і кадрових. Найбільше декларацій підписано у тих закладах, де практично в кожного лікаря, який здійснює прийом пацієнтів, встановлено ПК з підключенням до Інтернету. Найменше там, де підписання декларацій здійснюється в лише з одного-трьох ПК, які встановлені, як правило в реєстратурі закладу.

Станом на 31.12.2017 р. 100% закладів охорони здоров підключені до мережі Інтернет. Крім того, 130 амбулаторій, які входять до складу районних та міських центрів надання первинної медичної допомоги підключені до мережі Інтернет та можуть використовувати можливості наявної в них комп'ютерної техніки для доступу до МІСів «Реєстр індивідуального серцево-судинного ризику дорослого населення Волинської області» та підписання декларацій.

В зв'язку з запровадженням МІСів у роботу закладів впроваджуються комплексні проекти щодо створення та розширення локальних мереж закладів. При відсутності комплексного підходу до цього питання в деяких закладах області створення локальних мереж відбувалось безпланово та хаотично часто з ініціативи лікарів.

На Волині триває реалізація заходів Субпроєкту Світового банку «Вдосконалення медичної допомоги хворим з хворобами системи кровообігу у Волинській області» відповідно до Угоди про позику та зобов'язань, узятих за Субсидіарною угодою, підписаною між Міністерством охорони здоров'я України та ВОДА.

На початку, із 30 млн доларів на компонент «Створення медичної інформаційної системи «Реєстр індивідуального серцево-судинного ризику дорослого населення Волинської області», його впровадження та забезпечення технічної підтримки» планувалося виділити понад 400 тис. доларів.

За два роки роботи групи управління субпроєктом у цьому напрямку:

- закуплено комп'ютерне обладнання для ведення медичної інформаційної системи та поставлено в усі діючі заклади охорони здоров'я області;
- створено та впроваджено електронний реєстр пацієнтів, які страждають на хвороби системи кровообігу;
- впроваджена Комплексна система захисту інформації, отримано атестат відповідності вимогам технічного захисту інформації від Інституту спеціального зв'язку та захисту інформації Національного технічного університету «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»;
- у серпні 2017 р. проведені навчання для медичних працівників області щодо користування реєстром;
- з кінця вересня 2017 р. електронний реєстр наповнюється інформацією, тобто створюються електронні медичні картки.

На сьогодні у намірах – трансформація медичної інформаційної системи «Реєстр індивідуального серцево-судинного ризику дорослого населення Волинської області» в Єдину систему електронної охорони здоров'я Волинської області.

Протягом останніх років працівники закладів охорони здоров'я області брали участь в різноманітних відеоконференціях, під час яких розглядалися актуальні питання діагностики і

лікування захворювань. Здебільшого ці конференції проводились в рамках чотирьох інтернет-платформ:

- Saba Centra (<https://cloud.saba.com/>). Платформа використовується в межах проекту «Сітка лікарів», ініціатором якого є Світова федерація українських лікарських товариств (СФУЛТ), а партнером виступає Програма «Від лікарні до лікарні». Основним завданням «Сітки лікарів» є розширення міжнародних зв'язків українських лікарень та покращення надання медичної допомоги в сільській місцевості. СФУЛТ бере активну участь у розвитку телемедицини в Україні та області. Телеконференції проводяться регулярно в останню п'ятницю кожного місяця. До числа лекторів запрошуються як провідні українські спеціалісти, так і американські професори.

- BigBlueButton (<http://bigbluebutton.org>). Ця платформа є відкритим для усіх проектом компанії Google, який в Україні використовується професорами Львівського національного медичного університету, а Волинська область приймає в ньому участь в якості учасника. Також цей проект використовується і для організації телеконференцій, так як доступ до платформи є вільним.

- Платформа сайту «МедПросвіта» громадської організації «Просвіта» ([http://medprosvita.com.ua/distanczionnoe\\_obuchenie1](http://medprosvita.com.ua/distanczionnoe_obuchenie1)). Платформа розрахована на старший медичний персонал (лікарі) і працює при підтримці МОЗ України. Це унікальний навчальний блок, який містить комплекс інтерактивних інструментів, що дозволяють спеціалісту з мінімальними втратами часового і матеріального ресурсів отримувати інформація, необхідну для професійного росту, залишатися ознайомленими про останні тенденції в тих сферах практичної медицини і фармації, які його цікавлять. Перевагою цієї платформи є й те, що там не лише подаються певні матеріали на медичну тематику, але й проходить тестування отриманих знань. Для цього учасникам рекомендовано після ознайомлення з матеріалами певної конференції і вивчення презентацій доповідачів, натиснути кнопку «Пройти тест», яка знаходиться під вікном відеоплеєра. На кожне питання існує лише одна вірна відповідь, а кількість часу, який потрібен для проходження тесту, не регламентується.

Microsoft Lync 2010 Attendee (<http://inmeds.com.ua/instrument/3329>), яка використовується Національною медичною академією післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (кафедра медичної інформатики та Центр дистанційної освіти) Семінари проводяться двічі на місяць.

У *Дніпропетровській області* в рамках реалізації субпроекту «Підтримка реформування системи охорони здоров'я Дніпропетровської області» проекту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» на рівні закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, впроваджується Єдина медична інформаційна система на базі програмного продукту «МедЕйр» (далі – і–Система).

Протягом 2013–2015 рр. розроблялось технічне завдання та у 2016 р. відбулися торги на придбання «Спеціалізованого медичного програмного забезпечення для амбулаторій загальної практики – сімейної медицини» на базі програмного продукту «МедЕйр».

Система складається з наступних функціональних модулів: реєстратура, в тому числі он-лайн черга пацієнтів; електронний реєстр пацієнтів, медична інформація пацієнта; диспансерний облік; електронний рецепт; статистика. Реєстрація інформації щодо

встановлених діагнозів передбачає використання довідника Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ–10) та Міжнародного класифікатора первинної допомоги ICPC2–Ukraine.

На цей час завершені роботи з адаптації, за результатами якої Система готова до впровадження в експлуатацію. З 2017 р. Система знаходиться на етапі дослідної експлуатації у пілотних центрах та амбулаторіях ЗПСМ, з подальшим встановленням у кожному центрі первинної медико-санітарної допомоги області. Було придбано та встановлено потужне найсучасніше серверне обладнання для розгортання Data-центру області. Проведено торги на розробку технічного завдання на створення комплексної системи захисту інформації для забезпечення безпечного зберігання персональних даних пацієнтів.

В результаті впровадження буде сформований єдиний портал пацієнтів області, який надасть можливість пацієнтам самостійно записуватись на прийом до лікарів, переглядати дані щодо оглядів лікарів, перелік електронний рецептів тощо.

Протягом 2015–2016 рр. в Дніпропетровській області створена функціонально єдина регіональна оперативно-диспетчерська служба, яка складається з двох рівнозначних центрів по прийняттю викликів у м. Дніпро (ЦМП № 1) та м. Кривому Розі (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 КЗ «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» ДОР» 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 бригадами екстреної медичної допомоги, 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, де 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.

На цей час 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 у 5 закладах, на вторинному рівні – у 26 закладах, на первинному – у 9 закладах. 13 закладів підключені до телемедичного порталу України, з них 5 – третинного рівня, 6 – вторинного рівня, 1 – первинного рівня та ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Для проведення телемедичних консультацій заклади використовують персональні комп'ютери оснащені Web камерами та програмою Skype. У 8 ЗОЗ встановлено системи відеоконференцій Polysom або Trueconf. 5 закладів оснащено телеметричними кардіологічними комплексами TREDEX або UNET.

На цей час існуючі телемедичні кабінети мають можливість за допомогою передачі текстових файлів, що містять дані про пацієнта, і додатково фотографій функціональних,



лабораторних і рентгенівських досліджень та відео зв'язку надавати телемедичні консультації пацієнтам (рис. 7.1).

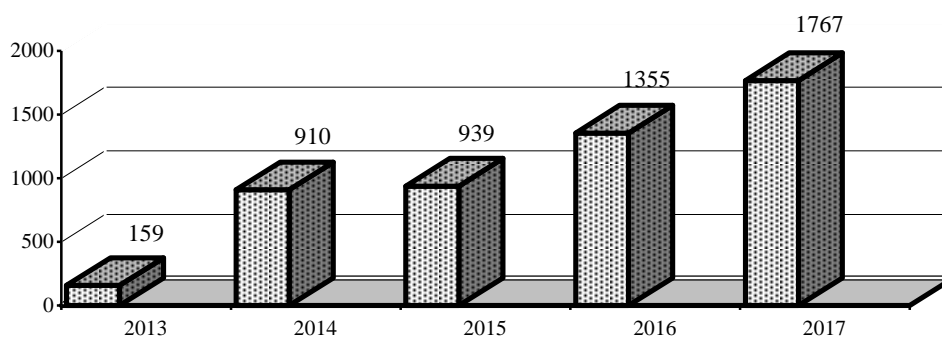


Рис. 7.1. Кількість телемедичних консультацій

В рамках розвитку міжнародного співробітництва з питань сучасних інформаційних технологій протягом 2013–2017 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 в єдиний Data-центр області. Побудова інформаційної системи взаємодії між закладами охорони здоров'я на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги. Основою такою системи є інформаційний об'єкт – «Електронна медична картка», яка реєструється на первинному рівні у амбулаторіях, та у якій накопичуються дані про захворюваність та послуги, надані пацієнту на різних рівнях.

Не дивлячись на складну ситуацію, яка склалася у зв'язку із проведенням АТО на сході країни, території Донецької та Луганської областей, підконтрольні Україні, продовжують опікуватися в т.ч. і впровадженням сучасних інформаційних технологій в охорону здоров'я.

Так, у *Донецькій області* з 2017 р. в області реалізується пілотний проект з впровадження медичної інформаційної системи у м.Бахмут. Було проведено закупівлі через систему ProZorro на суму 9 420 тис. грн. За результатами закупівлі закуплено програмний продукт «Емсимед» на 274 робочих місць, комп'ютери та пристрої безпеки. Отримано погодження від Державного агентства з питань електронного урядування України на закупівлю та впровадження проекту. З квітня розпочато підготовку до отримання сертифікату безпеки та безпечного зберігання даних як у Data-центрі, так і у закритій локальній мережі медичних закладів м. Бахмут.

З 2017 р. у м.Маріуполь впроваджується МІС «Доктор Елекс». Наразі триває етап підключення всіх 6 центрів ПМСД у розрахунку на 290–320 робочих місць. Запущені заклади вторинної медичної допомоги із розрахунку на 40 робочих місці, планується в 2018 р. підключити ще 50 місць. Планується підключити усі заклади м. Маріуполя до телемедицини.

У Волноваському районі з 2015 р. центр ПМСД підключено до МІС «Медстар». Наразі підключені тільки амбулаторії – 63 робочих місць. У 2018 р. планується оснастити структурні підрозділи ЦПСД комплексними портативними телемедичними діагностичними засобами для дистанційного збору та передачі інформації про діяльність організму пацієнтів.

Упродовж 2017 р. проведено 100 телемедичних консультацій. Телемедичні консультації проводяться у Центрі ПМСД Мангушського району (75) з Мангушською центральною районною лікарнею проводяться телемедичні консультації по розшифровці електрокардіограм. Дитяче медичне територіальне об'єднання м. Краматорську проводить телемедичні консультації закладів м.Бахмут, м.Слов'янськ та інших за екстреними показаннями, Центральна районна лікарня м. Лиман, центральна міська лікарня м.Селидове, центральна районна лікарня м.Добропілля приймають участь та самостійно проводять відеоконференції, вебінари.

Заклади медичної допомоги використовують комп'ютери, аудіо-відео гарнітури, у Центрі ПМСД встановлено комплекс телемедичний кардіокомплекс TREDEX.

У Бахмутському районі з березня 2018 р. планується розпочати проведення телемедичних консультацій між структурними підрозділами центру первинної медико-санітарної допомоги та центрально-районною лікарнею м. Бахмут. Для цього організовано кабінет телемедицини у Центральній районній лікарні. Вже ведеться планове консультивання та, за необхідності, екстрені консультації спеціалістів. В такому режимі вже проведено 9 консультацій.

Наразі триває дооснащення закладів ПМД комп'ютерами та гарнітурами (переважно віддалені структурні підрозділи), підключення їх до потужних інтернет-провайдерів з послідувачим впровадженням планових телемедичних консультацій за участю вузьких спеціалістів та спеціалізованих закладів надання медичної допомоги.

Питання щодо впровадження сучасних інформаційних технологій у діяльність закладів охорони здоров'я *Луганської області* залишається одним з пріоритетних у діяльності ЗОЗ міст і районів.

В регіоні розроблена обласна програма інформатизації системи охорони здоров'я області, проте через брак коштів в бюджеті області, вона не прийнята.

На теперішній час в ЗОЗ області нараховується 1648 комп'ютерів.

У зв'язку з проведенням реформи первинної ланки к центральному компоненту «Електронного здоров'я» за допомогою Helse та Емсідмед підключені 16 Центрів ПМСД.

В регіоні з 133 амбулаторій підключені до Інтернет 100 (75%). В амбулаторіях працюють 328 лікарів, які ведуть прийом, 206 (62,8%) робочих місць оснащені комп'ютерами. 230 (70%) лікарів мають електронний цифровий підпис.

На вторинній ланці всі заклади підключені до Інтернет. Забезпеченість комп'ютерами лікарів складає 12% від потреби.

Комп'ютеризація закладів охорони здоров'я триває.

В закладах охорони здоров'я *Запорізької області* проводиться робота з інформатизації та впровадження телсмедицини згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» та Департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації від 10.03.2016 № 225 «Про впровадження наказу МОЗ України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я».

На першому етапі підготовки до впровадження нової моделі фінансування та нових стандартів надання медичних послуг за допомогою органів місцевого самоврядування територій області здійснюється матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я первинної ланки комп'ютерною технікою та широкосмуговим доступом до Інтернет. Продовжується робота з автоматизації робочого місця лікаря первинної медичної допомоги, що дозволяє підключити заклади первинної медичної допомоги, їх структурні підрозділи до системи «Електронне здоров'я».

У рамках реалізації Проекту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей на 2015–2019 роки» в Запорізькій області регіональним планом модернізації мережі первинної медичної допомоги передбачається створення належних умов для розвитку e-Health шляхом закупівлі медичної інформаційної системи (МІС) та комплексної системи захисту інформації (КСЗІ), технічного оснащення робочого місця лікаря первинної ланки, без яких неможливо впровадження нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я та підписання угод із Національною службою здоров'я України.

Біля 1000 робочих місць лікарів буде забезпечено комп'ютером (200 з них в рамках реалізації вищезазначеного Проекту), які будуть поєднані в спільну мережу ЗОЗ за допомогою WiFi-роутеру. Робоче місце матиме МІС та КСЗІ.

На цей час 184 заклади охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги підключено до електронної системи охорони здоров'я eHealth.

Заклади первинної медичної допомоги отримали доступ до центральної бази даних, що контролюється державою через медичні інформаційні системи (МІС), розроблені приватно, які гарантовано надають базовий пакет електронних сервісів. Медичні заклади мали можливість вільно обрати будь-яку медичну інформаційну систему з-поміж тих, які пройшли перевірку і підключилися до центрального компонента електронної системи охорони здоров'я. Закладами первинної медичної допомоги області обрані медичні інформаційні системи: Helsi; Emcimed; Askep.net; MEDSTAR.

У закладах первинної ланки призначені уповноважені особи, що мають право реєструвати пацієнтів у обраній закладом медичній інформаційній системі, та отримали електронний цифровий підпис, що дало змогу спростити та прискорити для пацієнтів процес укладання декларацій з лікарем.

В закладах охорони здоров'я області впроваджено реєстр медичних і фармацевтичних працівників системи Міністерства охорони здоров'я України, що дозволило створити актуальний обласний реєстр усіх працівників охорони здоров'я, це сприяло покращенню кадрової роботи.

Впровадження програми «Медстат» у всіх закладах охорони здоров'я дозволило автоматизувати підготовку, здачу та приймання статистичних звітів. В деяких ЗОЗ впроваджено програми «Поліклініка» і «Стаціонар» для автоматизації обліку захворюваності.

В пілотних закладах охорони здоров'я області для впровадження системи діагностично-споріднених груп використовується програма «М.Е.Дос».

На цей час в області ведуться наступні 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, в області ведеться регіональний реєстр донорів крові та її компонентів та осіб, яким відмовлено у донорстві і яким заборонено виконувати донорські функції.

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. При необхідності, під час телемедичного консультування може забезпечуватись відео- та аудіозв'язок у режимі онлайн.

У закладі кожне відділення, бухгалтерія, відділ кадрів забезпечені комп'ютерами з відповідним програмним забезпеченням. Вся медична документація ведеться в електронному вигляді.

На базі КУ «Запорізький онкологічний клінічний диспансер» ЗОР створена єдина система галузевої статистичної звітності. 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 направлення їх за місцем проживання хворого. 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. Регіональний канцер-реєстр входить до структури державного канцер-реєстру.

Комунальною установою «Територіальне медичне об'єднання «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Запорізької обласної ради з метою впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій створено оперативний відділ (диспетчерська) екстреної «швидкої» медичної допомоги для реєстрації та обробки звернень громадян щодо надання екстреної медичної допомоги за єдиними правилами виклику для населення, передачі викликів на виконання виїзним бригадам швидкої медичної допомоги, підтримки та контролю за оперативним виконанням викликів, своєчасністю госпіталізації

пацієнтів та раціональним використанням бригад та санітарного автотранспорту. Для виконання покладених на відділ завдань, центральна диспетчерська технічно обладнується низкою пристроїв і терміналів для відображення інформації – комп'ютери, монітори, волоконно-оптичні лінії. Оснащуються усіма видами оперативного зв'язку. Засобами визначення місцезнаходження рухомих об'єктів – GPS, системою трансляції цифрової інформації. Відділ забезпечується єдиною базою даних: кадрового забезпечення, карти території з оперативною інформацією про місце розташування рухомих і нерухомих об'єктів, станом ресурсів (служб, лікарень, травм пунктів, диспансерів), санітарних та спеціальних автомобілів. Засобами трансляції оперативної інформації за допомогою цифрового телефонного, стільникового, електронного, зв'язку, приладами автоматичного визначення телефонних номерів абонентів та реєстрації мовної Інформації.

Планується впровадження телеметричного консультативного відділу, як структурного підрозділу Центру, який дасть змогу надання консультативної допомоги медичним працівникам системи екстреної медичної допомоги для вирішення термінових питань інтерпретації біомедичних сигналів (ЕКГ та інші типи сигналу) незалежно від місця знаходження пацієнтів для вибору раціональної тактики екстреної допомоги.

В КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» Запорізької обласної ради у всіх відділеннях та підрозділах використовуються персональні комп'ютери, які об'єднані в локальну мережу та під'єднані до мережі Інтернет для отримання консультацій на четвертому рівні надання медичної допомоги та на кафедрах ДЗ «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України.

Створений реєстр пацієнтів, які лікувались в стаціонарі лікарні, починаючи з 2014 р. Головними позаштатними спеціалістами Департаменту охорони здоров'я ОДА ведуться 16 електронних реєстрів пацієнтів (за нозологічними формами), які оновлюються щороку.

Із відкритих інформаційних ресурсів створений web-сайт, на якому висвітлена інформація про структуру та роботу КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» ЗОР, профіль медичних послуг, які надаються в установі, новини в житті лікарні тощо.

В КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» ЗОР в режимі он лайн проводяться консультації з фахівцями клініки інституту Громашевського, ДУ «Український центр контролю за соціальними хворобами МОЗ України» щодо складних випадків перебігу захворювань пацієнтів, призначення або заміни схеми АРТ у хворих в особливих випадках. Фахівці цього ЗОЗ приймають участь у вебінарах, телеконференціях, в адмініструванні Національного порталу з ВІЛ/СНІД по Запорізькій області.

В КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради активно використовуються інформаційно-телекомунікаційні технології для обслуговування хворих та надання консультацій, є взаємодія з районними та міськими судовими органами Запорізької області. Використовується наступне обладнання: поворотний пристрій ТБ (2 шт.); комплект Defender Accent 965 Nano (миша та клавіатура) (2 шт.); Web-камера A4Tech (2 шт.); колонки 2.0 Logitech (2 шт.); ADSL-модем Huawei H6 (2 шт.); системний блок Asus (2 шт.); монітор 21,5 Electronics (2 шт.).

КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР налагодила систему відеоконференцій TrueConf Online з травня 2015 р. Лікарня має дві системи для відеоконференції, які знаходяться в окремо виділених кімнатах.

Майже 100% судових засідань, на яких вирішуються питання про припинення чи продовження лікування пацієнтів у закладі, проходять за допомогою цієї програми для відеоконференцій TrueConf Online. Також лікарі–психіатри лікарні перед будь–яким судом мають змогу виступати експертами у судових процесах, де необхідна оцінка стану пацієнтів та навати роз'яснення на специфічні питання, не покидаючи межі лікарні. Таким чином, лікарі мають змогу зберігати свій робочий час.

Від початку свого функціонування з травня 2015 р. по грудень 2017 р. проведено 826 процедур відеозв'язку за допомогою системи TrueConf Online.

В комунальній установі «Обласний клінічний ендокринологічний диспансер» Запорізької обласної ради впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій розпочато в 2009 р. з введення електронного реєстру пацієнтів, хворих на цукровий діабет в Запорізькій області. В 2017 р. керівники закладу проходили дистанційне заочне тематичне удосконалення за допомогою інформаційно-телекомунікаційних технологій.

Фахівцями комунальної установи «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер» Запорізької обласної ради протягом 2017 р. в рамках школи «Атопічного дерматиту» проведено в режимі он-лайн 200 телеконсультацій з фахівцями Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України; прийнято участь у Всеукраїнській дистанційній телеконференції з питань алергології за участю міжнародних фахівців; проведено дистанційні лекції для лікарів загальної практики– сімейної медицини м. Бердянська та Бердянського району з основ діагностики шкірних хвороб.

Повністю комп'ютеризована фінансово-економічна служба в закладах охорони здоров'я області. В ЗОЗ м.Запоріжжя для опрацювання фінансової документації використовуються бухгалтерські, економічні та казначейські комп'ютерні програми, впроваджена електронна програма для реєстрації документообігу в медичних установах, використовуються статистичні інформаційні системи, електронні закупівлі «Прозоро». В стоматологічних поліклініках створено електронний реєстр черги пільгової категорії пацієнтів для безкоштовного зубопротезування та реєстр всіх пацієнтів, що отримали послуги з зубопротезування.

З 2017 р. працює власний web-сайт департаменту охорони здоров'я Запорізької міської ради, на сторінках якого розміщена інформація про заклади охорони здоров'я міста, для пацієнтів наявна можливість запису он лайн на прийом до сімейного лікаря поліклініки, розміщена інформація про графік прийому лікарів, новини галузі охорони здоров'я міста.

В закладах охорони здоров'я міста Запоріжжя, що надають первинну медичну допомогу, встановлені телевізійні монітори, на яких висвітлюється інформація щодо впровадження реформи охорони здоров'я та підписання декларацій з сімейними лікарями, щодо профілактики захворювань, працюють web-сайти, в яких розміщена інформація про заклад, керівництво, графік прийому лікарів, графік роботи діагностичних служб, наявність препаратів інсуліну. Також, на сайті можливо залишити коментар та отримати відповідь керівництва. З 2015 р. всі заклади охорони здоров'я оснащені комп'ютерами, працює власна локальна мережа зв'язку. Працюють програми: «Флюорографія», «Запис на прийом до лікаря». В лікарнях наявний загальнодержавний реєстр хворих на цукровий діабет, що отримують інсулінотерапію. Виписані таким пацієнтам рецепти вносяться в електронну централізовану базу даних, що дає змогу підвищити ефективність та своєчасність медичної допомоги пацієнтам, хворим на цукровий діабет, та належно забезпечити їх препаратами

інсуліну. Крім того, наявні реєстри жінок, охоплених цитологічним обстеженням та реєстри пацієнтів з гіпертонічною хворобою і бронхіальною астмою. Планується впровадження автоматизованих систем управління руху медичних документів, зберігання та обліку матеріальних ресурсів.

Медичні працівники закладів охорони здоров'я міста мають можливість приймати участь в дистанційному навчанні та семінарах в режимі он-лайн.

В КЗ «Міська клінічна лікарня № 3» впроваджена Інформаційна технологія – реєстрація на сайті «Є-ліки» лікарських засобів і виробів медичного призначення, які закупаються за бюджетні кошти. Інформація на сайті щотижнево поновлюється. Кожний пацієнт може перевірити наявність лікарських засобів в закладі.

В КУ «Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя» впроваджено серверну програму для обслуговування хворих та їх лікування, реєстрацію з формуванням необхідних документів.

Використовуючи інформаційні технології, в умовах КУ «Запорізька міська багатопрофільна дитяча лікарня № 5» є можливість в режимі он-лайн отримувати консультації провідних фахівців України та за її межами, консультувати, збирати консилиуми, приймати участь в конференціях, проводити вебінари тощо.

В лікарні налагоджено тісну співпрацю, зокрема, в частині он-лайн консультування пацієнтів з генетичними вадами з фахівцями КЗОЗ «Харківський спеціалізований медико-генетичний центр» (м.Харків), професором кафедри педіатрії ХНМУ ім. Каразіна, членом-кореспондентом Національної академії медичних наук України – Гречаніною О.Я. (м.Харків), пацієнтів з вадами серця – з фахівцями ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» (м.Київ). Також, фахівці лікарні плідно співпрацюють з кафедрами ДЗ «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України, зокрема, в частині використання інформаційних технологій в медицині, на базі медіа-центру кафедри дитячих хвороб ФПО ДЗ «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України. Протягом 2016–2017 рр. в умовах лікарні в режимі он-лайн проведено 15 відео-консультацій, з початку 2018 р. – 3 відео-консультації.

З 2017 р. щотижня лікарі акушери-гінекологи ЗОЗ м.Запоріжжя приймають участь в інформаційно-навчальних семінарах з питань акушерсько-гінекологічної допомоги в он-лайн режимі, які проводяться сумісно із кафедрами ДЗ «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України та ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».

Відповідно до наказу департаменту з питань охорони здоров'я Запорізької міської ради від 28.03.2016 № 105 «Про впровадження наказу МОЗ України від № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я міста Запоріжжя» закладами охорони здоров'я міста видано накази щодо впровадження телемедицини та створення кабінетів телемедицини у медичних закладах.

У пологових будинках міста впроваджено телемедичне консультування вагітних високої групи ризику з фахівцями консультативно-діагностичного відділення КЗ «Обласний перинатальний центр» ЗОР.

У ЗОЗ «Пологовий будинок № 3» з лютого 2017 р. функціонує кабінет телемедицини, який обладнаний згідно з вимогами наказу МОЗ України від № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я».

За 2017 рік було надіслано «Запитів на телемедичне консультування» (форма № 001/тм) з консультативно – діагностичного відділення КЗ «Обласний перинатальний центр» ЗОР – 75: з відділення патології вагітних – 40, з гінекологічного відділення – 4, з жіночої консультації – 31. Кабінет додатково проводить діагностичне обстеження вагітних STV на медичному обладнанні Sonisaid TEAM виробництва Великобританії. За 2017 р. проведено 500 функціональних досліджень STV.

У рамках реалізації Проекту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей на 2015–2019 роки» у 2017 р. ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги міста Запоріжжя були забезпечені необхідним мультимедійним обладнанням, що дозволило започаткувати розвиток телемедицини та впровадити дистанційне навчання сімейних лікарів і керівників центрів первинної медико-санітарної допомоги. В КЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4» підготовлено проект угоди з кафедрою сімейної медицини та гастроентерології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» щодо проведення телемедичного консультування пацієнтів співробітниками кафедри.

Лікарі відділення діалізу в КУ «Запорізька міська клінічна лікарня № 10» приймали участь в Українських та міжнародних web-семінарах: 11.09.2017 у НДІ нефрології України «Лікування анемії у хворих з хронічною нирковою недостатністю»; 10.11.2017 в компанії CSK (англомовний семінар) та у семінарах дистанційного навчання, присвяченим проблемам ВІЛ, туберкульозу.

Лікарі-стоматологн КУ «Міська стоматологічна поліклініка № 4» регулярно приймають участь у вітчизняних та міжнародних форумах і семінарах з приводу новітніх технологій у стоматології, використання інформаційних технологій в медицині,

З метою створення єдиного електронного медичного простору в ЗОЗ м.Мелітополь та запровадження ведення електронної карти пацієнта відділом охорони здоров'я Мелітопольської міської ради було впроваджено єдину програму для закладів охорони здоров'я міста – програмний комплекс «Персоніфікований облік медичної допомоги», введена мережа закладів охорони здоров'я міста («Введення електронних довідників»); створено перелік медичних професій закладів охорони здоров'я міста («Електронна картотека медперсоналу»).

Робота з інформатизації закладів охорони здоров'я первинної ланки була розпочата з 2012 р. шляхом пілотування розробленої частки програмного комплексу «Персоніфікований облік медичної допомоги» на базі КУ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» ММР ЗО (далі – КУ «ЦПМСД № 2» ММР ЗО).

На цей час КУ «ЦПМСД № 2» ММР ЗО завершив формування електронного реєстру пацієнтів згідно з встановленим програмним комплексом. Кожна амбулаторія КУ «ЦПМСД № 2» ММР ЗО має відповідну картотеку пацієнтів у вигляді електронної медичної картки, яка містить: паспортні дані, місце проживання, телефон пацієнта; професіональні групи; передбачує соціальний статус; диспансерний нагляд; інвалідність.

Впродовж 2012–2017 рр. в закладах охорони здоров'я м.Мелітополя Запорізької області 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, вебіари за участю міжнародних фахівців;

– на базі амбулаторії загальної практики–сімейної медицини № 1 КУ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» ММР ЗО розгорнуто пункт телемедицини, за допомогою якого відбуваються дистанційні консультації пацієнтів з лікарем–кардіологом КУ «Мелітопольська міська лікарня № 2». За допомогою телемедичних приладів передаються результати електрокардіограм та отримуються консультації лікаря–кардіолога;

– в КУ «Мелітопольський міський пологовий будинок» ММР ЗО також організовано надання телемедичних консультувань вагітним високого ступеня ризику в КЗ «Обласний перинатальний центр» ЗОР. З метою забезпечення цієї послуги жіночому населенню міста заклад забезпечено доступом до високошвидкісного Інтернет. Кожне відділення оснащено персональним комп'ютером з можливістю аудіо та відео передавання даних. З травня 2016 р. проведено 385 консультувань жіночого населення м. Мелітополя лікарями консультативно-діагностичного відділення КЗ «Обласний перинатальний центр» ЗОР.

Таким чином, за допомогою розвитку телемедицини в закладах охорони здоров'я м.Мелітополя відбувається скорочення клінічного маршруту) пацієнта.

У Веселівській центральній районній лікарні 90% робочих місць лікарів та всі відділення лікарні забезпечено комп'ютерами. Всі вони мають доступ до мережі Інтернет. З 2008 р. працює інформаційна медична програма «МедІС». Ця програма включає в себе 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). Всі додаткові обстеження, включаючи аналізи, автоматично вносяться та накопичуються в «Медичній карті стаціонарного хворого» та «Медичній карті амбулаторного хворого» пацієнтів. Програма має можливість надавати виписки через електронні носії. Флюорограф та рентгенапарат – цифрові, тому дані рентгенологічних обстежень надходять до лікарняної комп'ютерної мережі, в разі необхідності надсилаються до медичних закладів третинного рівня для отримання он-лайн консультації хворих. Протягом 2017 р. проведено 27 он-лайн консультацій хворих спеціалістами: КУ «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР, КЗ «Міська клінічна лікарня №3», КУ «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» ЗОР та кафедри дитячих хвороб ДЗ «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України.

У відділення анестезіології та інтенсивної терапії придбано цифровий електрокардіограф з можливістю надсилання даних по Інтернет, який підключено до локальної мережі лікарні. В операційній встановлено відеокамеру, ведеться відеозапис операцій для можливості отримання он-лайн консультацій під час операції. Фіброгастроколоноскоп обладнаний відеокамерою, проводиться відеозапис досліджень, у разі необхідності запис надсилається спеціалістам закладів третинного рівня надання медичної допомоги для отримання он-лайн консультації.

Лікарі Веселівської ЦРЛ приймають участь у вебіарах, навчаються на дистанційних курсах підвищення кваліфікації. В 2017 р. в ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»: «Актуальні питання та невідкладні стани в хірургії»; «Невідкладні стани в практиці сімейного лікаря». В ДЗ «Запорізький державний медичний

університет» МОЗ України – «Актуальні питання педіатрії». В 2018 р. в ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» – «Поліклінічна урологія для сімейних лікарів».

КЗ «Розівський районний Центр ПМСД» РРР ЗО співпрацює з USAID Deloitf «Підтримка реформування системи охорони здоров'я, з підтримки місцевих команд в рамках підготовки до переходу до нової системи фінансування та впровадження реформи охорони здоров'я» (навчання у формі вебінару).

За сприяння Німецького товариства GIZ на базі ДЗ «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України лікарями КЗ «Розівський районний Центр ПМСД» РРР ЗО пройдено очно-заочні курси «Сучасні аспекти менеджменту в охороні здоров'я» та тренінг «Поліпшення комп'ютерних навичок».

Лікарі КУ «Розівська ЦРЛ» РРР беруть участь у щотижневих он-лайн інформаційно-навчальних семінарах, організованих медіа-центром кафедри акушерства, гінекології та РМ ФПО ДЗ «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України;

Медичні працівники КУ «Розівська ЦРЛ» РРР приймають участь у роботі тренінг-семінару «Сучасне ведення лактації та грудного вигодовування»; лікар-психіатр приймає участь в он-лайн семінарах «Лікування опіодної залежності»; проводяться он-лайн консультації з лікарями КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» ЗОР з питань інтерпретації електрокардіограм та тактики ведення пацієнтів з гострими станами в кардіології.

У ДЗ «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» Запорізького державного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України та 1 центр дистанційного навчання телемедицини в самому університеті.

Особливістю роботи центру дистанційного навчання телемедицини 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. Шулика та Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України для лікарів.

Вищезазначені заходи включають телемедичні консультації, науково-практичні семінари, дискусії та обговорення. У семінарах беруть участь фахівці кафедр державного закладу «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України та закладів охорони здоров'я м.Запоріжжя і Запорізької області.

У місті Києві відповідно до пункту 1.7 рішення Київської міської ради «Про затвердження Комплексної міської цільової програми «Електронна столиця» на 2015–2018 роки» передбачено створення інформаційно-аналітичної системи «Електронна медицина». Так, в рамках зазначеного заходу передбачено отримання таких результатів, як «Створення інформаційно-аналітичної системи «Електронна медицина», супроводження та технологічне обслуговування інформаційно-телекомунікаційної системи (далі – ІТС), впровадження електронного рецепта, будівництво телекомунікаційної мережі, закупівля технічних засобів, створення мобільного додатка, розгортання ІТС, створення КСЗІ та проведення її державної експертизи тощо.

Щодо впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій в систему охорони здоров'я та розвиток міжнародного співробітництва на основі використання інформаційних технологій в медицині у місті Києві (пункти 2 та 4).

У центрах первинної медико-санітарної допомоги усіх 10 районів міста Києва за допомогою таких сервісів, як: «Поліклініка без черг», Helsi, «MEDSTAR», на 100% впроваджено електронний запис на прийом до лікаря. На даний час більше 800 тис. киян користуються зазначеними сервісами. До кінця 2018 р. планується запровадження електронного запису на прийом до лікаря в повноцінному режимі в усіх закладах.

До системи eHealth підключено 35 медичних закладів охорони здоров'я. Спільно з Департаментом інформаційно-комунікаційних технологій опрацьовується питання закупівлі комп'ютерної техніки для закладів охорони здоров'я, які надають первинну та вторинну амбулаторну допомогу, а також прокладання мережевої інфраструктури.

З метою ефективною та якісною реалізації кампанії «Лікаря для кожної сім'ї» (вибір сімейного лікаря та підписання декларацій з ним) спільно з центрами первинної медико-санітарної допомоги та управліннями охорони здоров'я районних в місті Києві державних адміністрацій проведено низку нарад з організаційних питань. За результатами засідань вирішені питання реєстрації центрів первинно медико-санітарної допомоги та їх амбулаторій у системі «eHealth», реєстрації лікарів у системі «eHealth» та отримання ними електронного цифрового підпису, організації маршруту пацієнта для заповнення декларації, визначення відповідальних осіб за проведення якісної кампанії з вибору сімейного лікаря та підписання декларацій у кожному закладі охорони здоров'я тощо.

З метою запобігання та зниження рівня захворюваності на серцево-судинні хвороби, інвалідності та смертності від їх ускладнень, а також збільшення тривалості і підвищення якості життя населення відповідно до наказу МОЗ України від 24 липня 2013 р. № 621/60 «Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України», рішення колегії МОЗ України від 22 січня 2013 р. щодо покращення кардіологічної допомоги, наказу Департаменту охорони здоров'я від 01 серпня 2014 р. № 407 «Організаційні заходи щодо впровадження телеметричної ЕКГ діагностики в закладах охорони здоров'я міста Києва» в структурі Центру ЕМД та МК, працює консультативно-телеметричний центр (далі – КТЦ), де в цілодобовому режимі працюють лікарі-кардіологи.

Основним завданням КТЦ є якісна реєстрація, прийом, аналіз та зберігання електрокардіограм у базі даних (з можливістю їх подальшого використання для порівняння в динаміці), надання термінової дистанційної допомоги лікарем кардіологом для вибору раціональної тактики лікування пацієнтів цілодобово, сім днів на тиждень.

КТЦ обслуговує 30 ЕКГ-апаратів з функцією телеметрії Центру ЕМД та МК, та 232 ЕКГ-апарати з функцією телеметрії амбулаторій сімейного лікаря та пунктів невідкладної медичної допомоги всіх районів міста Києва.

В 2017 р. проконсультовано 17393 пацієнтів з використанням телеметричних ЕКГ-сигналів в т.ч. 438 пацієнтів дитячого віку. Виявлено 2331 пацієнтів з гострим порушенням коронарного кровообігу, 8484 пацієнтів з порушенням серцевого ритму, провідності тощо, при цьому за рекомендаціями чергових лікарів-кардіологів госпіталізовано 5185 пацієнтів.

У Київській області на базі КЗ КОР «Київський обласний кардіологічний диспансер» з 2016 р. впроваджено інформаційно-телекомунікаційну технологію передачі біометричних даних (електрокардіограми), їх інтерпретацію та надання консультативної та методичної допомоги лікарям закладів охорони здоров'я області.

В КЗ КОР «Київський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» у грудні 2017 р. відкрито оперативну диспетчерську по наданню послуг телекомунікаційного характеру:

- прийом, реєстрація та обслуговування викликів по екстреній допомозі,
- надання по телефону консультативної допомоги лікарями оперативної диспетчерської,
- зняття ЕКГ та передача через мобільний зв'язок до обласного кардіологічного диспансеру.

Планується телекомунікаційний зв'язок для обміну консультаціями між КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер» і КЗ КОР «Білоцерківський обласний онкологічний диспансер».

На виконання наказу МОЗ України від 12.07.2016 р. №691 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27.11.2015 р. №799» 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, в 21-му закладі охорони здоров'я області впроваджена дослідна експлуатація МІС Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції. Протягом 2018 р. планується долучити до експлуатації МІС ще 9 закладів.

З метою забезпечення лікарськими препаратами в центральних районних та міських лікарнях в 2017 р. впроваджено електронний реєстр хворих на цукровий діабет, які отримують інсулін в аптеках за електронними рецептами; в закладах області встановлена універсальна комп'ютерна програма управління процесами лікування туберкульозу та медикаментозної стійкості ТБ (e-TB Manager), цифрові флюорографи, спірограми з комп'ютерною обробкою даних, здійснюється холтеровський моніторинг серця і комбінований моніторинг артеріального тиску з використанням комп'ютерних технологій, впроваджена лабораторна інформаційна система «Тетра».

Станом на 31.12.2017 р. 570 лікарів в 45 лікувальних закладах підключені до системи eHealth, розпочата активна робота по підписанню декларацій (договорів) пацієнтів з лікарями, які надають первинну медичну допомогу; 11 центрів підключені до МІС.

На теперішній час в області функціонує 33 апарати ЮКАРД-100 з можливістю передачі через вбудований телеметричний бездротовий модуль даних, як з наявністю, так і без наявності покриття операторів мобільного зв'язку на центральну станцію UNET, розміщену в Київському обласному кардіологічному диспансері. Фахівці диспансеру консультують електрокардіограми, надіслані з Таращанського, Тетіївського, Поліського районів, 6 бригад екстреної медичної допомоги, закладів первинної медичної допомоги Києво-Святошинського району, а саме Гатнянської, Гореницької, Гурівщанської, Дмитрівської, Жорнівської, Крюківщанської, Малютинської, Мироцької, Михайлівсько-Рубежівської, Музичанської, Новосілівської, Петрівської, Соф. Борщагівської, Тарасівської,

Ходосівської, Шпитківської та Юрівської амбулаторій ЗПСМ, ФАПів сіл Петрушки, Віта Поштова, Гнатівка, Горбовичі, Круглик, пунктів надання медичної допомоги м.Боярка та с.Хотів. За 2017 р. виконано 3072 консультації.

Закупівля товарів, робіт і послуг здійснюється лікувальними закладами області за умовами, порядком та процедурами передбаченими Законом України «Про публічні закупівлі» від 25.12.2015 № 922–VIII.

З метою організації забезпечення лікарськими засобами пацієнтів, відповідно до Закону, заклади користуються системою «Prozorro», через яку проводиться закупівля лікарських засобів.

Згідно із Законом «Про відкритість використання публічних коштів» для оприлюднення інформації про використання бюджетних коштів установи використовують Єдиний web-портал використання публічних коштів – портал Є-дата.

В *Кіровоградській* області створені і функціонують такі 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; «Медстат».

З 2005 р. в області використовується медична діагностична система «Тредекс»: на базі комунального закладу «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» – в експлуатації з 2005 р., на базі Знам'янської ЦРЛ – в експлуатації з 2006 р. З жовтня 2012 р. телекомунікаційна система діє в усіх ЗОЗ області, окрім Маловисківського району з листопада 2015 р. (апаратура знаходиться на ремонті у виробника у м.Харків з червня 2017 р.). Система включає 13 центральних станцій та 106 периферійних пристроїв.

За рахунок субвенції з державного бюджету закуплено обладнання на загальну суму 1393,1 тис. грн.: придбано комплекс медичний, діагностичний телеметричний, транселефонний «Тредекс» – у складі 13 приймальних станцій і 89 ЕКГ-передавачів. Інсталяція комплексів з приймальними станціями проведена в кінці жовтня 2012 р. в комунальному закладі «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер», КЗ «КМЛШМД», МК ЛПЗ – МЛ №1 м.Олександрії і 10 центральних районних лікарнях. 9 центральних районних лікарень передають електрокардіограми безпосередньо в обласний кардіологічний диспансер.

ЕКГ-передавачами оснащені бригади швидкої медичної допомоги м.Кропивницького, м.Олександрії, м.Знам'янки, м.Світловодська та усі центральні районні лікарні. Проводиться організаційна робота по ефективному використанню цієї системи.

Транселефонна передача ЕКГ та консультації з ЛПЗ області в комунальний заклад «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» – за період 2012–2017 рр. передано і проконсультовано 28300 ЕКГ, в тому числі: 2012 р. – 2471; 2013 р. – 4764; 2014 р. – 4934; 2015 р. – 5097; 2016 р. – 5270 ЕКГ; 2017 р. – 5764.

Згідно наказу МОЗ України від 19 жовтня 2015 р. № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» на базі КЗ «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» від 04 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.

В КЗ «Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер» налагоджена система он-лайн з НІІ серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова для консультацій хворих з серцево-судинними захворюваннями.

В КЗ «Кіровоградська обласна лікарня» встановлено обладнання, яке використовується для телемедицини: відеотермінал QDX 6000, інсталяційний сервіс для QDX 6000 Series, маршрутизатор Cisco CISCO1921–SEC/K9; мобільна стійка для ТВ-панелі.

Для надання телемедичної допомоги область співпрацює з Інститутом педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. Кількість отриманих телемедичних консультацій у 2013 р. – 14, у 2014 р. – 25, у 2015 р. – 16, у 2016 р. – 41, у 2017 р. – 42.

З метою конструктивної співпраці та налагодження системи оперативної координації діяльності щодо реалізації завдань та заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, на національному та регіональному рівнях запроваджено проведення щомісячних скайп-нарад, на яких розглядаються питання щодо стану реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу в регіонах; проводяться консилиуми в он-лайн режимі з розбору клінічно важких та мультирезистентних випадків туберкульозу на національному рівні.

Рішенням *Львівської* обласної ради від 17.03.2015 р. № 1332 затверджено Програму «Електронна Львівщина» на 2015–2017 рр., а рішенням від 21.12.2017р. № 579 цю програму Perezatverdzheno на 2018–2020 рр. Участь у даній програмі взяли такі ЗОЗ:

- Стрийська центральна районна лікарня;
- Яворівська центральна районна лікарня;
- Львівське обласне бюро судово-медичної експертизи.

Рішенням *Львівської* обласної ради від 27.12.2016 р. № 329 затверджено Програму боротьби з онкологічними захворюваннями у Львівській області на 2017–2020 рр. Вона передбачає співфінансування до Проекту «Онкопревенція та впровадження ефективних протипухлинних технологій у Львівській області». Участь у даній програмі беруть Жовківська центральна районна лікарня, Яворівська центральна районна лікарня, заклади охорони здоров'я м. Львова, а також регіональний онкологічний центр.

У рамках цього проекту Яворівською центральною районною лікарнею закуплено 12 комп'ютерів і проведено Інтернет (14 точок), для сімейних лікарів Жовківського району протягом 2017 р. придбано 19 комплектів комп'ютерного обладнання, а в 13 жіночих консультаціях ЗОЗ м. Львова створено 57 робочих місць для ведення реєстру жіночого населення, які забезпечені комп'ютерами (закуплено 57 од.), принтерами та мультифункційними (20 од.) пристроями з доступом до швидкісного Інтернету.

Усі обласні заклади охорони здоров'я області, ЦРЛ та РЛ використовують такі інформаційні системи як Медичні кадри України, Медстат та Укрвак.

Також закладами охорони здоров'я області використовується Реєстр хворих на туберкульоз «E–TB manager»:

- Новороздільська міська лікарня;
- Золочівський протитуберкульозний диспансер;
- Львівський протитуберкульозний диспансер;

– Стрийський протитуберкульозний диспансер;

Для електронної реєстрації листків непрацездатності впроваджено програму «Укрмедсофт» у всіх закладах охорони здоров'я м. Львова, а також у Новороздільській міській лікарні та Стрийському протитуберкульозному диспансері.

Яворівською центральною районною лікарнею впроваджено медичну інформаційну систему Doctor Eleks. Усі заклади і структурні підрозділи охорони здоров'я Яворівського району зареєстровані в системі eHealth.

В 17 закладах охорони здоров'я м. Львова створена внутрішня комп'ютерна мережа, всі заклади (23) мають доступ до швидкісного Інтернету. В 11 кабінетах ендокринологів установ, які надають амбулаторну медичну допомогу, створено 30 робочих місць (закуплено 30 комп'ютерів) та впроваджено програму «Інсуліни» та ведення реєстру хворих на цукровий діабет. Для програми «Укрмедсофт» закуплено 25 комп'ютерів для 25 робочих місць. В 1 МКЛ, 2 МП, 4 МП та 1 МКЛ впроваджена програма – «Електронна реєстратура», для її роботи створено 59 робочих місць (закуплено 59 комп'ютерів). Для забезпечення роботи МІС та eHealth створено робочі місця сімейного лікаря, дільничного терапевта, дільничного педіатра (в 11-ти закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу) створено 281 робоче місце, закуплено 281 комп'ютер. В МДКЛ з 2008р. впроваджено медичну інформаційну систему Doctor Eleks. У 8 МКЛ використовується програма «МС Lite» для електронного статистичного документообігу.

В 2017 р. відкрито Дрогобицький міжрайонний скринінговий центр, який оснащений цифровим мамографом, апаратом УЗД, кольпоскопом, цифровим бінокулярним мікроскопом, а також комп'ютерною технікою (6 системних блоків) та серверним обладнанням. Впроваджено в практику роботи медичну інформаційну систему Doctor Eleks, проведено реєстрацію в системі eHealth.

Новороздільською міською лікарнею впроваджено медичну інформаційну систему Doctor Eleks, а також використовується програма «Укрмедсофт».

Західноукраїнським спеціалізованим дитячим медичним центром інстальоване програмне забезпечення «ІТКО Меркурій» для ведення медичних карт стаціонарних хворих в електронному вигляді та запис на прийом в консультативній поліклініці.

Обласним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф розроблено та впроваджено програму електронної статистики (збір і обробка інформації з облікової форми № 110/о), впроваджено програму GPS–моніторингу автомобілів швидкої медичної допомоги, а також удосконалено програму автоматизованого прийому та обробки викликів.

Обласним центром репродуктивного здоров'я населення з 2013 р. впроваджено «Електронну медичну карту пацієнта», створено 20 комп'ютеризованих робочих місць, розроблено шаблони для ведення електронних медичних карт для заповнення їх спеціалістами Центру; результатів лабораторних та інструментальних обстежень; оперативних втручань. На даний час локальна комп'ютерна мережа забезпечує взаємозв'язок всіх структурних підрозділів в установі.

Усього за 2013–2017 рр. на інформатизацію закладів охорони здоров'я області освоєно 7704,4 тис. грн, з яких: з державного бюджету – 341,8 тис. грн; з місцевих бюджетів – 4315,4 тис. грн та позабюджетних коштів – 3047,2 тис. грн.

У відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КЗ ГРР «Городоцька центральна районна лікарня» використовується система «Телемед–Городок». Обладнання (сервер,

монітор, лазерна друкарка, багатофункціональний пристрій, цифрова відеокамера, цифровий фотоапарат, модем та ін.) придбане в тимчасове безоплатне користування.

У Сколівській ЦРЛ використовується таке обладнання для телемедичних послуг: ББЖ; мультифункціональний пристрій Epson Stylus CX 4300; принтер Phaser 3117; цифрова відеокамера SONY DCR-DVD 610E; цифрова фотокамера 10 mp Nikon Coolpix; персональний комп'ютер НЕО (C2D 2,66 Gh2/2048 MB/500Gb/DVD+RW/FDD/+веб-камера+монітор+ Windows Vista BUS MS Office SBE + ADSL модем); програмне забезпечення (телемедичний термінал, локальний сервіс). В 2013 р. проведено 3 консультації, в 2016 р. – 12. Програмне забезпечення тимчасово вилучено спеціалістами для доопрацювання.

Телемедичну допомогу надає КЗ СРР «Старосамбірська ЦРЛ», який використовує наступне обладнання: комп'ютер, web-камера та факс. У 2013–2017 рр. надано 12 телемедичних послуг.

Лікарнею швидкої медичної допомоги м. Львова у 2013 р. створено кабінет телемедицини.

1. Розгорнуто телемедичну систему на основі Radvision Scopia XT4000;

2. Телемедична допомога:

– здійснюється консультування лікарів щодо ведення пацієнтів;

– участь у вебінарах що проводяться «Українською школою атопічного дерматиту»,

МСFR «Медична справа», Incathlab;

– перегляд оперативних втручань, що транслюються Incathlab;

3. Кількість проведених сеансів зв'язку у 2013–2017 рр. становить 219.

У комунальній 8-й міській клінічній лікарні м. Львова створено кабінет телемедицини, оснащений комп'ютером, плазмовим монітором, відеокамерою, мікрофоном, 60 місць для учасників телеконференцій.

Комунальна міська дитяча клінічна лікарня м. Львова користується системою для відеоконференцій Radvision Scopia XT4200. Обладнання налаштоване та розгорнуте в актових залах та в операційному блоці.

Протягом 2013–2017 рр. для лікарень м. Дрогобич придбано на тимчасове користування від КЗ ЛОР «Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» сервер телемедичного центру, в тому числі: сервер, монітор, лазерна друкарка, багатофункціональний пристрій, цифрова відеокамера, цифровий фотоапарат, програмний комплекс «Телемедичний термінал» на суму 17820,00 грн 08.02.2018 року Програмний комплекс «Телемедичний термінал» було повернуто КЗ ЛОР «Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».

В рамках міжнародного співробітництва фахівцями комунальної 8-мої міської клінічної лікарні м. Львова проводяться спілкування у формі телеконференцій із фахівцями Harvard Medical School, Shriners Hospital for Children. За період 2013–2017 рр. проведено більше 20 телеконсультацій та телеконференцій із закордонними фахівцями щодо лікування пацієнтів, проведено профілактичні компанії із попередження опіків у дітей.

Спеціалісти комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова продовжують співпрацю з клінікою SickKids (м. Торонто, Канада) – обговорення проблемних питань, планується проведення телемедичних консультацій.



Державним онкологічним регіональним центром у 2016 р. підписано угоду про співпрацю з лікарнею м. Замосць ім. Івана Павла Папи Римського (Польща), яка передбачає обмін досвідом щодо впровадження інформаційних технологій.

КЗ ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» в 2016 р. розпочато польсько-українське співробітництво щодо поліпшення безпеки пацієнтів, доступності та якості послуг з психіатричного догляду у Люблінському воєводстві (Польща) та Львівській області. Проект транскордонного співробітництва між психоневрологічною лікарнею Люблінського воєводства та КЗ ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» перебуває в стадії конкурсного відбору.

В *Миколаївській* області первинну медичну допомогу надають 30 центрів первинної медичної допомоги. Для створення належних умов для укладення декларацій між лікарем і пацієнтом за допомогою електронної системи охорони здоров'я eHealth всі центри первинної медико-санітарної допомоги підключені до МІС, забезпечено вільний вибір МІС закладами первинної медичної допомоги, вирішуються питання, пов'язані з матеріально-технічним забезпеченням. По області до МІС «Helsi» підключено 13 центрів ПМСД, до МІС «Medstar» – 5, до МІС «Поліклініка без черг» – 12.

Проведено роботу із забезпечення робочих місць лікарів первинної медичної допомоги комп'ютерною технікою. Разом з тим, станом на 27.04.2018 потребують забезпечення комп'ютерною технікою 458 робочих місць.

Всі центри ПМСД та переважна кількість амбулаторій підключені до широкосмужової мережі Інтернет.

Разом з тим, станом на 27.04.2018 р. необхідно провести Інтернет до 249 структурних підрозділів ЦПМСД (амбулаторії, пункти здоров'я).

Робота у системі потребує забезпечення закладів охорони здоров'я сучасними комп'ютерними і телекомунікаційними технологіями (збільшення та оновлення парку комп'ютерної техніки в структурних підрозділах центрів первинної медико-санітарної допомоги, встановлення ліцензійного програмного забезпечення та впровадження медичних інформаційних систем на рівні окремих медичних закладів та служб).

10 квітня 2018 року підписано трьохсторонній Меморандум про співпрацю товариства з обмеженою відповідальністю «Поліклініка без черг» з управлінням охорони здоров'я Миколаївської ОДА та Миколаївським обласним центром здоров'я Миколаївської обласної ради, метою якого є співпраці Сторін для досягнення спільних намірів з реалізації реформ медичної галузі у побудові в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я шляхом впровадження медичних інформаційних систем необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги та пілотного впровадження послуги «електронний рецепт в рамках програми «Доступні ліки».

В амбулаторіях м.Миколаєва розпочато роботу сервісу електронного запису пацієнтів «Поліклініка без черг», яка надає пацієнтам змогу призначити прийом до лікаря з врахуванням графіку його роботи як через Інтернет, так і за допомогою терміналу у медичному закладі

В області продовжується удосконалення роботи з ведення випадків туберкульозу у Національному електронному Реєстрі хворих на туберкульоз. Налагоджено зв'язок з Київським інститутом фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського для консультацій,

дообстежень та госпіталізації хворих, у яких є труднощі в діагностиці та необхідності корекції лікування, відбору хворих на нові схеми лікування з бедаквіліном.

З 2017 р. впроваджено консультації з експертами міжнародної центральної лікарсько-консультативної комісії з хіміорезистентного туберкульозу в системі он-лайн та контроль за лікуванням в системі відео – ДОТ (Вайбер, Скайп).

На виконання пункту 1.21 наказу Міністерства охорони здоров'я України від 30.12.1992 № 208 «Про заходи подальшого покращення і розвитку онкологічної допомоги населенню» в області впроваджено «Лікарняний канцер – реєстр», який містить персональну інформацію про кожного громадянина, який отримав курс спеціального, стаціонарного лікування в області та «Популяційний канцер – реєстр», який містить персональну інформацію про всіх громадян області, у яких встановлено діагноз онкологічного захворювання.

Дані реєстрів служать для вивчення епідеміології раку на території області, для організаційно-управлінських завдань, оцінки діяльності онкологічної служби, планування в галузі охорони здоров'я тощо.

Миколаївський обласний онкологічний диспансер здійснює ведення канцер-реєстрів та взаємодіє з Національним канцер-реєстром Національного інституту раку України.

Розвиток телемедицини в області знаходиться на початковому рівні, разом з тим, ЗОЗ області приймають участь у телеконференціях з провідними інститутами України.

Працює єдина система «Телекард», завдяки якій лікарі стаціонарних відділень центральних районних лікарень мають можливість отримувати консультацію спеціалістів Кардіологічного центру обласної клінічної лікарні.

Певні елементи телемедичних технологій запроваджено в обласному центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Спеціалістами центру здійснюється оцінка результатів досліджень та надаються необхідні консультації.

Для підвищення кваліфікації лікарі беруть участь в он-лайн навчаннях. В обласній дитячій клінічній лікарні проводяться телеконференції з Інститутом серця м.Київ: 2014 р. – 5; 2015 р. – 14; 2016 р. – 12; 2017 р. – 9.

В хірургічних відділеннях обласної дитячої клінічної лікарні проводяться:

– відео-ендоскопічні операції (ендоскопічні лапароскопії/цистокопії): 2013 р. – 614/20; 2014 р. – 79/15; 2015 р. – 60/26; 2016 р. – 42/26; 2017 р. – 60/23.

– ЛОР відео-ендоскопічні операції: 2013 р. – 44; 2014 р. – 66; 2015 р. – 52; 2016 р. – 52; 2017 р. – 44.

Для підвищення рівня доступності та якості медичного обслуговування населення *Полтавської* області, забезпечення аналітичними даними осіб, що приймають управлінські рішення, підвищення рівня відповідності системи охорони здоров'я потребам населення в області приділяється значна увага інформатизації галузі, розвитку та впровадженню інформаційно-телекомунікаційних технологій.

На сьогодні в ЗОЗ області працює 16 інформаційних програм, з них 8 медично-інформаційних: Медстат – 69 закладів; Цукровий діабет – 112 закладів; Ukrvak – 39 закладів; МІС «Каштан» – 5 закладів; МІС «Каштан лайт» – 250 структурних підрозділів Центрів ПМСД (для ведення електронної амбулаторної картки в закладах первинного рівня); МІС

«Медичний кластер» – 4 заклади; Med Control – 69 закладів (для електронного обліку карт пацієнтів, які вибули із стаціонару, в лікарняних закладах області); eTB Manager – 1 заклад.

ЗОЗ області також ведуть загальнодержавні:

– «Cancer – реєстр» – реєстр онкохворих; «e-Tb Manager» – реєстр хворих на туберкульоз; «Реєстр пацієнтів, що потребують інсуліно-терапії»; електронний реєстр листків непрацездатності тощо

та регіональні реєстри:

– «Каштан Лайт» – реєстр гіпертонічних хворих; «Infection» – аналіз стану інфекційної захворюваності.

У 2017 р. розпочато формування електронного реєстру пацієнтів «Червоний реєстр», на даний час до нього внесено 99,8% населення області.

На даний час всі ЗОЗ регіону мають підключення до мережі Інтернет, з них 27% мають високошвидкісне кабельне підключення (більше за 10 Мбіт /с).

Продовжується робота по впровадженню інформаційно-телекомунікаційних технологій в систему охорони здоров'я області. З метою підвищення рівня прозорості та підзвітності закладів системи охорони здоров'я Департаментом охорони здоров'я Полтавської ОДА започатковано роботу сайту «Доступні ліки» (poltava.liku.ua). На сайті розміщено перелік оплачених державою медикаментів, що наявні у лікарнях Полтавської області та мають видаватися безкоштовно.

Завершена реконструкція будівлі під навчально-практичний центр та створений центральний навчально-тренінговий центр, де будуть підвищувати свій кваліфікаційний рівень лікарі та середні медичні працівники як первинної, так і вторинної та третинної ланок. В даний час центр укомплектовується меблями, комп'ютерною технікою, навчальним приладдям. Все це придбано у рамках впровадження субпроекту «Запровадження інноваційної моделі системи надання послуг хворим на гіпертонію в Полтавській області».

Полтавська область одна з перших в країні з 1994 р. запровадила дистанційну передачу електрокардіограм за допомогою телеметричних систем від ліжка пацієнта в обласний центр досвідченому лікарю–кардіологу. З 1994 р. в складі станції екстреної (швидкої) медичної допомоги м.Полтава функціонує телеметричний консультативний відділ і надає консультативну допомогу медичним працівникам системи екстреної медичної допомоги для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ, а саме:

– своєчасної діагностики гострого коронарного синдрому та гострих порушень серцевого ритму при відсутності фахівця локально;

– вибору необхідної медичної допомоги, узгодження лікувальної тактики і питань транспортування в найкоротші терміни;

– дистанційного моніторингу застосування медикаментозної терапії, керівництва діями медичного персоналу та консультацій по наданню спеціалізованої допомоги.

З початком реформування всі бригади ЕМД області можуть провести пацієнту з найвіддаленішого населеного пункту ЕКГ-обстеження та консультування у цілодобово працюючому діагностичному відділі. Виїзними бригадами використовуються апарати з модулями для дистанційної трансляції ЕКГ ЮКАРД–100. Виконується понад 15 тис. таких досліджень за рік. Це дозволило значно підвищити рівень діагностики серцево-судинних захворювань та впровадити тромболізис при гострому інфаркті міокарду всіма лікарськими бригадами, а з 2014 р. вперше в Україні він проводиться також і фельдшерськими бригадами

і складає до 30 % цих випадків. Всього з 2013 р. бригадами ЕМД проведено понад 600 тромболізісів.

В області проводиться робота в рамках проекту «Фінансування та управління охороною здоров'я», що фінансується Урядом США через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), виконавець – Abt Associates Inc. (USA). Впроваджено програмне забезпечення для формування баз даних ф.066/о «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару» та їх передачу в МОЗ України. Фахівці лікарень освоїли відповідне програмне забезпечення для накопичення наступної інформації: формування бази даних пролікованих хворих (форма 066/о) – понад 400 тис. випадків, проведення аналізу витрат ЗОЗ за 2015–2016 рр. На сьогодні така система встановлена в 74 ЗОЗ області, з них в реальному часі працюють 43 заклади.

В рамках міжнародного співробітництва забезпечено поставку комп'ютерного обладнання: Департамент охорони здоров'я – мультимедійний проектор, Інформаційно-обчислювальний центр – сервер та 3 ПК, Центральні районні лікарні – 25 ПК. За період 2015–2018 р.р. проведено 75 тренінгів для головних лікарів, статистиків та економістів ЛПЗ.

Завдяки проекту USAID HFG – «Фінансування та управління охороною здоров'я» (HFG – глобальний проект фінансується USAID і впроваджується Abt Associates Inc.) закуплено серверне та комп'ютерне обладнання для Полтавського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, що дозволяє проводити відео-селекторні наради між закладами області, а також централізовано накопичувати та обробляти статистичну інформацію.

Запроваджено субпроект Світового банку «Запровадження інноваційної моделі системи надання послуг хворим на гіпертонію в Полтавській області», основними завданнями якого є безперервний розвиток медичних інформаційних систем, забезпечення ієрархічного доступу до інформації у відповідності з правами і повноваженнями всіх суб'єктів інформатизації, повна інтеграція програмних модулів на основі стандартів обміну даними, взаємодія з центральним компонентом eHealth і системою статистики МОЗ України, забезпечення «зворотного зв'язку» до джерел даних з наданням аналітичної інформації.

В даний час в області проводиться реєстрація декларацій між лікарями первинної ланки та пацієнтами: 762 лікарі зареєстровані в системі eHealth та підписано близько 100 тис. декларацій.

Пріоритетними завданнями впровадження інформаційних технологій в охорону здоров'я Рівненської області визначені: забезпечення високого рівня комп'ютеризації закладів охорони здоров'я, забезпечення доступу до Інтернет, впровадження сучасних телекомунікаційних систем та телемедичних технологій, підвищення ефективності і якості всіх видів робіт, пов'язаних зі збором, обробкою, збереженням і поданням медико-статистичної інформації.

Заходи управління охорони здоров'я Рівненської ОДА з розвитку інформатизації сфери охорони здоров'я області передбачають реалізацію впродовж 2017–2019 рр. завдань щодо:

- створення локальної мережі в закладі: придбання мережевого обладнання; придбання серверного обладнання; прокладання структурованої кабельної системи;
- збільшення кількості доступів до мережі Інтернет;

- придбання сучасної комп'ютерної техніки та модернізація існуючої;
- придбання ліцензійного програмного забезпечення, а саме: операційних систем, антивірусного програмного забезпечення, медичних інформаційних систем.

За останні роки у закладах охорони здоров'я реалізовані інформаційні системи охорони здоров'я типу «Стационар», «Поліклініка», «СинаДіаб», «НовоДіаб»; ТБ Менеджер, МІС «Dr.Eleks», «Е-ліки»; впроваджено електронну медичну систему eHealth.

Крім того, підтримуються реєстри хворих на соціально значущі захворювання: регіональний реєстр осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, Канцерреєстр, Тубреєстр, реєстр хворих з інсулінозалежним діабетом

В ЗОЗ використовується захищена багатоточкова система проведення селекторних нарад в режимі телеконференцій.

Для впровадження системи діагностично-споріднених груп», в рамках реалізації субкомпоненту «Запровадження нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я на основі ДСГ» спільного зі Світовим банком проекту МОЗ України «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», у визначених наказом МОЗ України від 17.03.2015 р. № 150 5 пілотних закладів області: 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, з червня 2016 р. встановлено програму М.Е.Дос модуль «Звітність МОЗ» та розпочато введення форми 066/о нового зразка і відправка даних в центр медичної статистики МОЗ України.

З 1991 р. на базі комунального закладу «Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім. В. Поліщука» розроблено та постійно вдосконалюється програмне забезпечення (медична інформаційна система), яке створене для використання на платформі MSDOS та СУБД «Clipper». Дане програмне забезпечення являється оригінальним та використовується для забезпечення виробничих процесів в діагностичному центрі (реєстрація пацієнтів, автоматизовані робочі місця (АРМ) лікарів, спеціалістів лабораторної діагностики, ведення електронної історії хвороби тощо). На даний час база даних пацієнтів налічує понад 740 тис. індивідуальних карточок, за 2017 р. зареєстровано понад 23,5 тис. нових пацієнтів.

Загальна кількість персональних комп'ютерів в закладі – 152. Всі вони з'єднані в локальну мережу, яка має 25-річну гарантію. Заклад підключено до мережі Інтернет. Швидкість підключення (100 Мбіт/с) достатня для використання сучасних інформаційних технологій, в тому числі і відеоконференцій. Інтернет підключено до 65 робочих місць в закладі.

З 2013 р. інформаційно-телекомунікаційну технологію впроваджено в систему надання третинної спеціалізованої онкологічної допомоги у комунальному закладі «Рівненський обласний онкологічний диспансер» Рівненської обласної ради. Змонтовано і приєднано до системи обладнання для променевої діагностики та лікування, яке технічно обробляє дані у цифрових форматах і зведене у внутрішню мережу для процесу обміну інформацією при телемедичних консультаціях з фахівцями республіканських закладів та близького зарубіжжя. Планується впровадження в облонкодиспансері програми

«Стационарний канцер-реєстр» для забезпечення безперервності та комплексності у процесі надання спеціалізованої онкологічної допомоги в обласному онкологічному диспансері.

Впродовж 2012–2017 рр. ефективно вирішувались питання розвитку в сфері інформатизації у комунальному закладі «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради. Проводились заходи по безперебійній роботі програми «Стационар» у приймальному відділенні, відділі медичної статистики та у відділеннях стационару.

На даний час у комунальному закладі «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради 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 робочих місця). Автоматизовані бухгалтерія (програма «Парус») та відділ кадрів (програма «Медичні кадри України»).

З 2013 р. впроваджено інформаційно-аналітичну систему медико-технічних ресурсів – для забезпечення моніторингу медико-технічних ресурсів та їх технічного стану у закладі, а також виявлення потреб КЗ РОКЛ у цих ресурсах. У 2015 р. впроваджено програму «М.Е.Дос IS» модуль «Звітність» з функціями підтримки всіх форматів ключів ЕЦП (електронно-цифровий підпис). Придбано дві системи комп'ютерної радіографії в комплекті з принтером сухого друку.

У комунальному закладі «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Рівненської обласної ради через інформаційно-телекомунікаційний зв'язок створено 4 робочих місця диспетчерської служби для прийняття та передачі викликів виїзним бригадам по м. Рівне. Планується створення і введення в дію єдиної оперативної диспетчерської служби для обслуговування викликів по всій області.

На даний час сучасні інформаційні та телекомунікаційні технології інтенсивно розвиваються на базі закладів охорони здоров'я третинного рівня надання (спеціалізованої) медичної допомоги. У Рівненському обласному клінічному лікувально-діагностичному центрі ім. В.Поліщука» застосування телемедичних технологій здійснювалось за такими напрямками: надання можливості дистанційного запису на прийом до лікарів діагностичного центру, консультування пацієнтів по рентген знімках, консультування пацієнтів по відеороликах УЗД обстежень, дистанційні консультації кардіограм, консультації медико-генетичного центру. Дані технології консультування проходили експлуатацію з 2003 р. За 2013–2017 рр. проконсультовано понад 700 пацієнтів. На виконання наказу МОЗ України від 19.10.2015 № 681 в закладі створено кабінет телемедицини, який обладнаний згідно табеля оснащення необхідною комп'ютерною, мультимедійною фото-відеотехнікою з високою роздільною здатністю.

Завдяки створенню в 2017 р. на базі діагностичного центру Рівненської філії ДУ «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України» лікарі РОКЛДЦ мають змогу проводити телемедичні консультування з питань кардіології, хірургії серця, судинної хірургії у фахівців Інституту в Києві. На даний час проведено 40 консультацій за даним напрямком.

Заклад має вже чималий досвід співпраці з медичними науковими колами України. З 2007 р. заклад є клінічною базою кафедри медичної діагностики і терапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила

Галицького. Використовуючи сучасні телемедичні технології, зокрема дистанційне навчання, телеконференції, вебінари професорами Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького проводиться начитка циклу тематичних онлайн–лекцій для лікарів Волинської, Львівської та Рівненської областей, які проходять курси підвищення кваліфікації. При цьому застосовується передача різних видів необхідної для навчання інформації: слайдові презентації, відео в реальному часі (через веб–камеру чи цифрову відеокамеру), VoIP, електронна дошка для коментарів, текстовий чат – для запитань та відповідей, організація голосування та опитування, Screensharing.

У комунальному закладі «Рівненський обласний онкологічний диспансер» Рівненської обласної ради для телемедицини використовується комплекс обладнання, що було надано фондом «Розвиток України» на договірній основі у запропонованій комплектації. До нього входить закритий канал передачі медичної інформації, окрема мережа «Інтернет», мультимедійне обладнання та обладнання для відеоконференцзв'язку.

Телемедичні заходи проводяться у наступному форматі:

- трансляції унікальних операцій для навчання своїх співробітників та співробітників інших установ;
- проведення он-лайн консультацій пацієнтам, консилиумів;
- проведення телеконференцій;
- обмін інформацією у фундаментальних дослідженнях та діагностичними даними інших медичних закладів для дотримання схем надання спеціалізованої онкологічної допомоги.

Кількість наданих телемедичних консультацій за період 2013–2017 рр. – близько 5,7 тис. (включно з внутрішньодиспансерним та міжлікарняним рухом електронних даних згідно потреб рентгендіагностики, цитологічної діагностики, променевої терапії).

Міжнародне партнерство і співпраця з науковими медичними центрами Європи та світу налагоджена у Рівненському обласному клінічному лікувально-діагностичному центрі ім. В. Поліщука в таких напрямках:

- запобігання вродженим вадам розвитку,
- виявлення розладів і харчових факторів ризику фетального алкогольного синдрому плода,
- впровадження правового захисту дітей-інвалідів в Рівненській області тощо.

У цьому контексті важливе значення надається обласному реєстру новонароджених та реєстру вроджених вад розвитку (ВВР), які створені в обласному медико-генетичному центрі (ОМГЦ) з 2000 р. і є важливою формою та складовою інформаційно-аналітичної інфраструктури охорони здоров'я. Ці реєстри забезпечують членство України (Програма запобігання ВВР «ОМНІ–мережі для дітей») в таких авторитетних організаціях як Міжнародна палата систем моніторингу і досліджень ВВР (ICBDSR, <http://www.icbdsr.org>), Європейська організація систем моніторингу ВВР – ЄВРОКАТ (<http://www.eurocat-network.eu>). Реєстр новонароджених дітей та реєстр ВВР – унікальне джерело, яке додає українські дані до світових систем, а також дозволяє брати участь у міжнародних дослідницьких проектах, сприяє обміну інформацією. Саме тому на базі ОМГЦ створено інформаційний ОМНІ–центр.

Лікарі ОМГЦ беруть активну участь у розширенні україномовної сторінки в IBIS (Міжнародних інформаційних системах з вроджених вад розвитку – [431](http://www.ibis-</a></p></div><div data-bbox=)

birthdefects.org/start/ukrainian/index.htm), інформаційні статті з якої широко використовуються у проведенні освітніх заходів з питань ВВР серед медичних працівників і населення.

В рамках міжнародного співробітництва, у комунальному закладі «Рівненський обласний онкологічний диспансер» Рівненської обласної ради проводилися телемедичні конференції з фірмами-виробниками високовартісного медичного обладнання, яке використовується в диспансері, з онкологічними закладами Білорусі, ДУ «Національний інститут раку», інститутом радіології, Донецьким обласним протипухлинним Центром (2012–2013 роки), Львівським обласним онкологічним диспансером, інститутом офтальмології Філатова. Кількість персональних комп'ютерів в закладі – 32, кількість персональних комп'ютерів, підключених до мережі Інтернет – 14.

Фахівці–онкологи області приймають участь у міжнародних виставках, конференціях з питань впровадження сучасних технологій, у тому числі й інформаційних, в 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 тощо).

Систематично, згідно графіку МОЗ України, телемедичні консультації проводяться на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАДИТ» між профільними головними спеціалістами МОЗ України та спеціалістами комунального закладу «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради.

Проблемними питаннями у розвитку інформатизації закладів охорони здоров'я залишаються:

- забезпечення закладів охорони здоров'я необхідною оргтехнікою та фондом заробітної плати для найму і підготовки працівників з відповідними навиками для впровадження нових програмних продуктів у діяльність закладів охорони здоров'я;

- відсутність діагностичного та телемедичного обладнання для впровадження телемедичної мережі ЕКГ-діагностики на рівні закладів охорони здоров'я первинної ланки, як передбачено Законом України від 14 листопада 2017 р. №2206–VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

Станом на 31.12.2017 р. в *Сумській* області телемедичні центри (кабінети) не було створено в зв'язку з браком коштів.

Разом з тим, дистанційно-діагностичний пристрій «Телекард» використовувався на 2 центральних станціях прийому: в обласному кардіологічному диспансері (для 9 районів області) та у Кролевецькій центральній районній лікарні.

За 2017 р. по системі «Телекард» передано 756 ЕКГ стрічок (2013 – 1249, 2014 – 969, 2015 – 898, 2016 – 836).

Використання мережі теле-ЕКГ на основі комплексу «Телекард» дозволяє здійснити самостійне лікування кардіологічних хворих в умовах центральних районних лікарень, виконати лікувальні заходи виїзними бригадами (наприклад, тромболізу в перші 6 годин після телеконсультації), транспортувати пацієнта в ЗОЗ, що надає допомогу на третинному рівні після виклику консультантів обласного центру екстреної медицини.



Із введенням у дію (з грудня 2016 р.) діагностичного телеметричного кардіологічного консультування на основі комплексу UNET та сучасних електрокардіографів «Юкард-100» (82 од.) збільшилась кількість виявлених випадків гострого інфаркту міокарда на 26% (2016 р. – 607, 2017 р. – 765).

В ЗОЗ області нараховується 2937 комп'ютерів, з яких: сучасні моделі – 2036 од. (69%), застарілі моделі – 901 од. (31%). Поступово здійснюється перехід до широкого використання обчислювальної техніки за рахунок закупівлі ЗОЗ сучасних ПК. Протягом 2017 р. з різних джерел фінансування придбано 337 комп'ютерів (у 2016 р. – 203).

В закладах області впроваджені уніфіковані бази даних та реєстри, які відповідають єдиним стандартам та розповсюджуються Міністерством охорони здоров'я 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»; «УкрВак»; Реєстр хворих на туберкульоз.

На сьогодні в області впроваджуються, але на жаль, дуже низькими темпами, в зв'язку з відсутністю коштів, програмні продукти типу «Поліклініка», «Стаціонар» та «Електронна реєстратура». Зазначені програмні продукти впроваджується в Сумській, Охтирській, Шосткинській, Тростянецькій ЦРЛ та обласних ЗОЗ: кардіологічному диспансері, клінічній лікарні, дитячій клінічній лікарні, госпіталі ветеранів війни, інфекційній клінічній лікарні, диспансері радіаційного захисту населення, перинатальному центрі, міській клінічній лікарні №5, ПМСД №3, Сумській міській дитячій клінічній лікарні.

В КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» завершено впровадження першої черги пілотного проекту «Поліклініка без черг», який передбачає ведення запису до лікарів усіх спеціалізацій за талонною системою у відкритому доступі для всіх пацієнтів міста. Запис на прийом до лікаря доступний через web-портал (з комп'ютера, планшета, смартфона), з інформаційних кіосків в холі поліклінік та через медреєстраторів, як в поліклініках так і за телефоном. Перша черга впровадження за підсумками тестової експлуатації дістала позитивної оцінки як лікарів поліклініки, так і пацієнтів.

Серед інформаційних ресурсів охорони здоров'я Сумської області функціонують сайти управління охорони здоров'я Сумської ОДА та окремих закладів області. Крім цього, на сайті Сумської ОДА розміщено web-сторінку управління охорони здоров'я.

До Інтернет станом на 31.12.2017 р. підключено 118 медичних закладів області (2016 – 102, 2015 – 94) (обласні та міські заклади, центральні районні лікарні, центри ПМСД – 100%, сільські лікарські амбулаторії – 40 (31%)).

В закладах охорони здоров'я *Хмельницької* області функціонують:

Реєстри:

- реєстр хворих на цукровий діабет;
- «База даних електронного реєстру хворих на туберкульоз»;
- автоматизована інформаційна система «Національного реєстру України постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції»;
- популяційний «Національний канцер-реєстр»;
- реєстр хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД МІС «ВІЛ-інфекція в Україні».

та ведуться наступні бази даних:

- програмні комплекси «Поліклініка», «Стационар», «Медстат», «Медичні кадри»;
- база даних з імунопрофілактики «УкрВак».

Інформаційно-аналітична служба області отримує електронні інформаційні статистичні довідники з МОЗ України.

Запроваджено використання електронних державних та локальних формулярів лікарських засобів.

У ЗОЗ для діагностики використовується діагностична апаратура з цифровою обробкою інформації: рентгенограм, електроцефалограм, ЕКГ-досліджень, УЗД-досліджень, холтер моніторингу, лабораторних досліджень. Медична апаратура, яку придбано в останні роки, закупається в основному з цифровою обробкою інформації (флюорографи, ЕКГ, УЗД тощо).

Для ширшого впровадження телемедицини в медичну практику в Хмельницькому обласному онкодиспансері розгорнуто комплекс обладнання для телемедицини Radvizion, який дає можливість відеоспілкування (трансляції засідань, операцій, проведення консультацій тощо). В 2017 р. телемедичних консультацій не зареєстровано. Центральна цитологічна лабораторія, яка входить до складу обласного онкодиспансеру, співпрацює з Інститутом ендокринології. За 2011–2015 рр. проведено 8 консультацій, у 2016 р. – 15, у 2017 р. – 5 по діагностиці цитологічних мазків взятих під контролем УЗД зі щитовидної залози.

В Хмельницькій обласній дитячій лікарні телемедична допомога надавалась спеціалістами НДІ нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова, НДСЛ «ОХМАТДИТ», НДІ ПАГ. Проводились консультування за результатами досліджень, висновків спеціалістів, фото тощо: в 2013 р. – 3, в 2014 р. – 10, в 2015 р. – 19, в 2016 р. – 31, в 2017 р. – 27.

В Обласному центрі екстренної медичної допомоги функціонує телеметричний центр «UNET-1» та 25 електрокардіографів ЮКАРД-100 з функцією телеметричної передачі даних в машинах швидкої допомоги. Впродовж 2014–2015 рр. проведено 493 консультації, в 2016 р. – 324, в 2017 р. – 1087.

В обласному кардіологічному диспансері та в 22 лікарнях (міських та центральних районних) функціонує транстелефонний канал передачі ЕКГ «Телекард». Надається телемедична консультаційна допомога лікарям щодо розшифровки електрокардіограм, медикаментозного лікування при діагностуванні гострих та підгострих форм ішемічної хвороби серця. Проведено консультацій: 2013 р. – 210, 2014 р. – 137, 2015 р. – 112, 2016 р. – 158, 2017 р. – 102.

В обласному психоневрологічному диспансері запроваджені телемедичні консультації (Skype, Viber) з фахівцями психіатричних клінік, в основному Швейцарії. У 2015 р. проведено 5 телемедичних консультацій, у 2016 р. – 8, у 2017 р. – 2.

З метою впровадження eHealth проводиться закупівля комп'ютерної техніки для лікарів. Зокрема, для лікарів первинної ланки у 2017 р. закуплено 211 одиниць комп'ютерної техніки.

Реалізація заходів з інформатизації системи охорони здоров'я *Чернігівської* області здійснюється з 2003 р. відповідно до наказу Управління охорони здоров'я ОДА від 12.11.2003 №190 «Про реалізацію програми створення Єдиного інформаційного поля системи медичної допомоги області».

Телемедичні послуги пацієнтам в області надаються достатньою кількістю закладів охорони здоров'я, які мають відповідне комп'ютерне забезпечення та володіють комплексом організаційно-технічних заходів, які дозволяють проведення дистанційних консультацій та підключення закладів до телемедичної мережі:

- 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;
- Міська лікарня №2 Чернігівської міської ради;
- КЗ «Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» Чернігівської обласної ради;
- КЛПЗ «Чернігівський обласний протитуберкульозний диспансер».

За період 2003–2017 рр. в області впроваджені інформаційні системи та бази даних: «Медстат», «Поліклініка», «Стаціонар», «Смертність», «Медичні кадри», «Ліжковий фонд», «Медичне обладнання», «Обласний канцер-реєстр», «Оперативні списки хворих на цукровий діабет».

В галузі охорони здоров'я області продовжують функціонувати наступні Національні реєстри: «ТВ-manager», «Національний реєстр по постраждалому населенню від аварії на ЧАЕС», а також впроваджується в роботу «Реєстр хворих на цукровий діабет».

Впроваджено систему по висвітленню на web-сайті УОЗ ОДА інформації щодо залишків лікарських засобів та виробів медичного призначення, закуплених централізовано за кошти Державного бюджету України та з інших джерел фінансування, оприлюднення наборів відкритих даних Управління охорони здоров'я на Єдиному державному web-порталі.

### ***Основні проблеми інформатизації охорони здоров'я України та можливі шляхи їх вирішення***

Основні проблемні питання:

- недостатня нормативно-правова база, яка регламентує впровадження та розвиток інформаційних технологій в охороні здоров'я;
- низький рівень фінансування процесу інформатизації, що не дає змоги здійснювати ефективну політику з модернізації технічного парку, інформаційно-програмних засобів і розвитку телекомунікаційних технологій;
- наявність різних технічних засобів та інформаційно-програмного забезпечення, що використовується в системі охорони здоров'я і перешкоджає впровадженню типових рішень;
- низький рівень розвитку комунікаційних каналів належної потужності між ЗОЗ (у т.ч. відсутність якісного підключення до мережі Інтернет), що заважає створенню єдиної системи передачі медичних даних;
- низький рівень використання ліцензованих засобів, що гальмує процес інтеграції медичних інформаційних систем України в єдиний інформаційний простір Європи.

Можливі шляхи вирішення:

- створення сучасної нормативно-правової бази інформатизації охорони здоров'я;
- створення організаційної структури і науково-методичного забезпечення інформатизації охорони здоров'я, формування єдиної багаторівневої системи медичних інформаційних стандартів, єдиної інформаційно-аналітичної, нормативно-правової і довідкової системи;

- створення баз даних, що містять детальну інформацію про пацієнтів, які доступні з усіх точок доступу в середині державної медичної інформаційної мережі, з дотриманням захисту персоніфікованої інформації;

- ведення електронних медичних карт пацієнтів із застосуванням єдиного ідентифікаційного коду фізичної особи для персоніфікованого обліку пацієнтів;

- впровадження передових інформаційних технологій в організацію єдиної системи збору, зберігання і аналізу інформації за рахунок побудови глобальної мережі галузі;

- автоматизація процесу прийняття управлінських рішень і управління якістю медичної допомоги усіх рівнів на основі інформації, накопиченої в базах даних, розробка інформаційної системи оцінки якості та ефективності медичної допомоги;

- забезпечення доступу до інформації про кращі зразки клінічної практики для усіх практикуючих лікарів;

- надання фахівцям охорони здоров'я з планування й управління об'єктивної інформації про обсяги наданої допомоги і фактичні витрати при наданні різних видів медичної допомоги;

- розробка і впровадження відомчих, статистичних і медико-технологічних інформаційних систем та їх матеріально-технічний супровід (кожна з таких систем повинна мати можливість адаптації до інших систем на платформі єдиних стандартів обміну медичною інформацією. Такі засоби повинні підтримувати технологію перенесення нових рішень від одної системи до іншої, що дасть змогу тиражувати рішення і розвиватися функціональності системи без її зупинки);

- організація доступу населення до інформаційної системи охорони здоров'я і формування механізмів «зворотного зв'язку»;

- організація взаємодії з інформаційними системами інших міністерств і відомств.

Стратегія інформатизації охорони здоров'я України має повністю відповідати основним цілям галузі: в першу чергу, сприяти збереженню здоров'я нації, в другу – забезпечити ефективне управління галуззю охорони здоров'я на рівні світових стандартів.

Інформатизація охорони здоров'я дасть змогу МОЗ України та його регіональним управлінням забезпечити безперервний моніторинг діяльності всіх структурних підрозділів галузі за такими основними напрямками:

- виконання стратегічної довгострокової державної політики щодо збереження здоров'я населення України;

- аналіз ефективності використання наявних у системі охорони здоров'я ресурсів та формування довгострокових планів проведення структурних змін для підвищення рівня надання медичної допомоги населенню;

- оперативний збір, обробка та аналіз інформації щодо діяльності підпорядкованих структурних підрозділів для формування управлінських рішень і доведення їх до виконавців;

- планування діяльності ЗОЗ відповідно до санітарно-епідемічного стану та наявних ресурсів;

- оперативний контроль виконання управлінських рішень підпорядкованими структурними підрозділами;

- безперервний контроль якості медичної допомоги.

Для ефективного виконання кожного зі вказаних напрямів необхідна надійна телекомунікаційна та програмно-інформаційна основа.

## **8. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Розвиток процесу стандартизації медичної допомоги в Україні пов'язаний із системними змінами в усіх сферах соціального, економічного та політичного життя суспільства і країни. Стандартизація широко застосовується в медичній галузі одночасно з такими механізмами управління якістю, як ліцензування, акредитація та атестація медичних працівників. Розбудова системи галузевих стандартів засновується на існуючій потребі гарантування безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, створення ефективної системи надання медичної допомоги, надання медичних послуг належної якості, підвищення доступності послуг у системі охорони здоров'я.

Основні напрямки розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України на довгострокову перспективу окреслені в Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р. та Галузевій програмі стандартизації медичної допомоги на період до 2020 р., в «Угоді про асоціацію між ЄС та Україною», а також в Національній доповіді «Цілі Сталого Розвитку 2016 – 2030».

В розбудові стандартизації медичної допомоги є вагомі зрушення. Зокрема, за даними реєстру медико-технологічних документів згідно вимог наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» (за даними Державного експертного центру МОЗ) розроблено 79 наказів МОЗ України, якими затверджено: 123 уніфікованих клінічних протоколи медичної допомоги; 5 стандартів медичної допомоги; 93 адаптованих клінічних настанов, рекомендовані. Затверджені наказами МОЗ України: 22 протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій, 36 протоколів провізора (фармацевта).

Разом з тим наявна кількість розроблених та запроваджених медико-технологічних документів не достатня, вони покривають лише незначний відсоток існуючих хвороб. Відповідно, впровадження нових клінічних протоколів (які базуються на принципах доказової медицини та розроблені за існуючими методиками національними та/або фаховими медичними асоціаціями країн-членів Європейського Союзу (членство визначається станом на 01 січня 2017 р.), Сполучених Штатів Америки, Канади та Австралійського Союзу), дасть можливість отримати доступ до стандартів лікування практично всіх хвороб, не очікуючи коли робочі групи в Україні закінчать їх розробку.

Доказова медицина – це передусім розділ медицини, який базується на доведеннях, передбачає пошук, порівняння, узагальнення та широке поширення доказів з метою використання в інтересах хворого, це сумлінне, наочне та розумне використання найкращих провідних обґрунтованих доказів у відношенні прийняття рішень стосовно надання медичної допомоги конкретним пацієнтам.

Згідно з Переліком джерел МОЗ України обирає клінічні настанови, які зможуть впроваджуватися в лікарську практику в Україні як клінічні протоколи без проходження тривалої (мінімум 34-тижневої) процедури адаптації. Тобто, застосування протоколів

можливе одразу після затвердження МОЗ України текстів протоколів українською мовою або посилань на джерело їх розміщення чи публікації (наказ МОЗ від 29.12.2016 р. № 1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751» документ набув чинності від 28.04.2017 р.) (табл. 8.1).

Таблиця 8.1

**Перелік джерел клінічних настанов, затверджений Міністерством охорони здоров'я України  
(заснований на принципах доказової медицини)**

<b>Назва бази</b>	<b>Інтернет-адреса</b>
<b>Універсальні</b>	
Up To Date	<a href="http://www.uptodate.com">http://www.uptodate.com</a>
BMJ Clinical Evidence	<a href="http://clinicalevidence.bmj.com">http://clinicalevidence.bmj.com</a>
Medscape from WebMD	<a href="http://www.medscape.com">http://www.medscape.com</a>
National Guideline Clearinghouse	<a href="https://www.guideline.gov/">https://www.guideline.gov/</a>
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	<a href="https://www.cdc.gov/">https://www.cdc.gov/</a>
The Cochrane Collaboration The Cochrane Library	<a href="http://www.cochrane.org/">http://www.cochrane.org/</a>
Clinical Knowledge Summaries (CKS)	<a href="http://prodigy.clarity.co.uk/">http://prodigy.clarity.co.uk/</a>
<b>Національні</b>	
The Finnish Medical Society Duodecim	<a href="https://www.duodecim.fi/">https://www.duodecim.fi/</a>
The Association of the Scientific Medical Societies in Germany	<a href="http://www.awmf.org">http://www.awmf.org</a>
The French National Authority for Health	<a href="http://www.has-sante .fr/">http://www.has-sante .fr/</a>
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	<a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a>
Canadian Medical Association InfoBase (CMA InfoBase: Clinical Practice Guidelines (CPGs))	<a href="http://www.cma.ca/">http://www.cma.ca/</a>
The National Health and Medical Research Council (NHMRC)	<a href="https://www.nhmrc.gov.au">https://www.nhmrc.gov.au</a>
Royal College of Physicians	<a href="https://www.rcplondon.ac.uk/">https://www.rcplondon.ac.uk/</a>
AMA (American Medical Association)	<a href="https://www.ama-assn.org/">https://www.ama-assn.org/</a>
American Academy of Family Physicians	<a href="http://www.aafp.org/home.html">http://www.aafp.org/home.html</a>
American Academy of Pediatrics Policy (AAP Policy) Clinical Practice Guidelines	<a href="https://www.aap.org">https://www.aap.org</a>
European Pediatric Association, the Union of National European Pediatric Societies and Associations (EPA/UNEPSA)	<a href="http://www.epa-une psa.org/">http://www.epa-une psa.org/</a>
<b>Серцево-судинні захворювання</b>	
American College of Cardiology	<a href="http://www.acc.org/">http://www.acc.org/</a>
American Heart Association	<a href="http://news.heart. org/">http://news.heart. org/</a>
European Society of Cardiology	<a href="http://www.escardio.org/">http://www.escardio.org/</a>
<b>Травма</b>	
Brain Trauma Foundation (BTF)	<a href="https://www.braintrauma.org/">https://www.braintrauma.org/</a>
	<a href="http://www.trauma.org/">http://www.trauma.org/</a>
Eastern Association for the Surgery of Trauma	<a href="https://www.east. org/">https://www.east. org/</a>
Western Trauma Association	<a href="https://westerntrauma.org/">https://westerntrauma.org/</a>
<b>Онкозахворювання</b>	
National Comprehensive Cancer Network	<a href="https://www.nccn.org/">https://www.nccn.org/</a>
The European Society for Medical Oncology	<a href="http://www.esmo.org/">http://www.esmo.org/</a>
<b>Невідкладна медична допомога</b>	
American College of Emergency Physicians	<a href="https://www.acep.org/">https://www.acep.org/</a>
The National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT)	<a href="http://www.naemt.org/">http://www.naemt.org/</a>
The National Association of State EMS Officials	<a href="https://nasemso.org/">https://nasemso.org/</a>
The European Society for Emergency Medicine	<a href="http://eusem.org">http://eusem.org</a>

Можливість використання нових клінічних протоколів мають лікарі в закладах охорони здоров'я, за умови, що ЗОЗ затвердив внутрішнім наказом використання цих протоколів.

Застосування нових клінічних протоколів – це можливість впроваджувати у власну медичну практику сучасні методи діагностики та лікування захворювань, ефективність яких доведена чисельними контрольованими дослідженнями, тим самим підвищуючи якість та результативність надання медичної допомоги пацієнтам.

Використання принципів доказової медицини у клінічній практиці залежить від доступу до доказових даних та можливості їх інтерпретації.

У 2017 р. забезпечення державними фінансовими гарантіями надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України проводилось на основі прийнятого у 2017 році Закону України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який розроблено з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Відповідно до нормативних актів держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг, та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій. За рахунок Державного бюджету України окремо здійснюється фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертизи та інших програм в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

Також у межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями, або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням: 1) екстреної медичної допомоги; 2) первинної медичної допомоги; 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; 5) паліативної медичної допомоги; 6) медичної реабілітації. 7) медичної допомоги дітям до 16 років; 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Законом України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» визначені правові та економічні засади товарів, робіт і послуг забезпечення потреб держави та територіальних громад.

Правові, економічні та організаційні засади з окресленими напрямками регулювання розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості із забезпеченням гарантій рівного доступу громадян до якісного та ефективного медичного обслуговування врегульовані Законом України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Відповідно до закону, виконання заходів з

підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості проводиться за такими основними напрямками:

- наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я, зокрема центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, та матеріально-технічної бази;

- впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування в сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини (телемедичне консультування, телемедичний консилиум, телеметрія та домашнє телеконсультування);

- розроблення та впровадження програм з медичного обслуговування в сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних та людей літнього віку;

- надання медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів державного бюджету;

- запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування в сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників;

- розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури з метою запровадження функціонування електронної системи охорони здоров'я, електронних рецептів, організації надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації із застосуванням телемедицини та ін.

У 2017 р. увага у сфері стандартизації медичної допомоги приділялася створенню робочих груп, які забезпечили розробку високоякісних медико-технологічних документів. Зміни, які відбулися на законодавчому рівні, стосуються як первинної ланки, робота якої націлена на зменшення захворюваності та зміцнення здоров'я громадян (оскільки первинна медична допомога є основою перетворень у медичній галузі), вторинної (спеціалізованої), так і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Так, наказом МОЗ України від 02.03.2017 р. №204 (у редакції від 12.04.2017 р. № 422 та від 25.05.2017 р. № 561) «Про утворення та затвердження складу Міжвідомчої робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу» утворено та затверджено склад Міжвідомчої робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів на засадах доказової медицини.

Наказом МОЗ України від 29.03.2017 р. № 340 «Про затвердження персонального складу мультидисциплінарної робочої групи з розробки медичного стандарту за темою «Медичне документування катування чи нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання» утворено та затверджено склад робочої групи з метою удосконалення медичної допомоги на засадах доказової медицини.

Наказом МОЗ України від 20.02.2017 р. № 167 «Про утворення робочої групи з перегляду Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» затвердженого наказом МОЗ України від 04 вересня 2014 р. № 620» утворено та затверджено склад робочої групи, з



метою поліпшення якості надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та впровадження міжнародних стандартів.

Наказом МОЗ України від 22.03.2017 р. № 313 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 27 листопада 2015 р. № 800» внесено зміни до складу робочої групи з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України з метою виконання завдань щодо реформування у сфері охорони здоров'я, визначених Програмою діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегією сталого розвитку «Україна – 2020».

Для визначення експертного супроводу планування, узгодження позицій, шляхів та механізмів реалізації завдань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України наказом МОЗ України від 27.04.2017 р. № 470 «Про затвердження Положення про робочу групу з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України» затверджено відповідно робочу групу.

У 2017 р. приділено увагу створенню робочої групи з реформування сестринської справи в Україні (наказ МОЗ України від 18.05.2017 р. № 536 «Про утворення робочої групи з питань реформування сестринської справи в Україні»).

Наказом МОЗ України від 25.05.2017 р. № 560 «Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань проведення аналізу ефективності функціонування механізмів державного регулювання цін на лікарські засоби» утворено та затверджено склад робочої групи з питань проведення аналізу ефективності функціонування механізмів державного регулювання цін на лікарські засоби, відповідно до підпункту 3 пункту 6, пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267, та пункту 3 постанови Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів».

У зв'язку із змінами в суспільстві та появою необхідності забезпечення дієвих кроків щодо реформування стоматології, як галузі медицини з широким залученням до цього процесу представників професійної стоматологічної спільноти наказом МОЗ України від 07.02.2017 р. № 91 «Про внесення змін до складу Координаційної ради МОЗ України з питань стоматології», внесено зміни до складу Координаційної ради МОЗ України з питань стоматології, затвердженого наказом МОЗ України від 22 червня 2016 р. № 618 «Про створення Координаційної ради МОЗ України з питань стоматології», та викладено його в новій редакції.

В силу швидкого розвитку новітніх технологій наказом МОЗ України від 14.02.2017 р. № 125 «Про утворення Координаційної ради Міністерства охорони здоров'я України з питань впровадження електронної охорони здоров'я» утворено та затверджено склад Координаційної ради Міністерства охорони здоров'я України з питань впровадження електронної охорони здоров'я.

Протягом 2017 р. значна увага приділялась експертним комітетам, групам, комісіям. А саме, наказом МОЗ України від 16.01.2017 р. № 29 (у редакції наказу МОЗ України від 12.06.2017 р. № 652) «Про внесення змін до складу експертного комітету з відбору та використання основних лікарських засобів» змінено склад експертного комітету з відбору та використання основних лікарських засобів.

Також, наказом МОЗ України від 21.03.2017 р. № 302 «Про затвердження Положення про групи експертів МОЗ України» затверджено групу експертів відповідно до пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267, підвищено ефективність та прозорість надання медичної допомоги населенню України, удосконалення організаційно-методичної, лікувально-діагностичної роботи та забезпечення ефективної координації профільних напрямів, а саме: лікарських (провізорських) спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою.

Наказом МОЗ України від 31.05.2017 р. № 579 «Про внесення змін до складу Комісії Міністерства охорони здоров'я України з питань направлення на лікування за кордон» унесено зміни до складу Комісії Міністерства охорони здоров'я України з питань направлення на лікування за кордон, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 липня 2014 р. № 502 «Про забезпечення організації направлення громадян на лікування за кордон» (у редакції наказу МОЗ України від 31 серпня 2016 р. № 912).

З метою підвищення ефективності та прозорості надання медичної допомоги дорослому і дитячому населенню України, удосконалення організаційно-методичної, лікувально-діагностичної роботи та забезпечення ефективної координації профільних напрямів наказом МОЗ України від 21.07.2017 р. № 834 «Про затвердження складу груп експертів МОЗ України» затверджено експертів, за напрямками: «Акушерство і гінекологія»; «Анестезіологія, дитяча анестезіологія»; «Гематологія»; «Генетика медична. Генетика лабораторна»; «Загальна гігієна. Гігієна дітей та підлітків. Гігієна праці. Гігієна харчування. Комунальна гігієна»; «Дерматовенерологія, дитяча дерматовенерологія»; «Дитяча онкологія, дитяча гематологія»; «Ендокринологія, дитяча ендокринологія»; «Епідеміологія. Мікробіологія і вірусологія»; «Інфекційні хвороби, дитячі інфекційні хвороби. Паразитологія»; «Кардіологія. Хірургія серця та магістральних судин»; «Клінічна лабораторна діагностика»; «Медицина невідкладних станів»; «Нейрохірургія»; «Неонатологія»; «Нефрологія, дитяча нефрологія»; «Онкологія»; «Ортопедія і травматологія»; «Отоларингологія, дитяча отоларингологія. Сурдологія»; «Офтальмологія, дитяча офтальмологія»; «Паліативна та хоспісна допомога. Геріатрія»; «Патологічна анатомія, судово-медична експертиза, дитяча патологічна анатомія»; «Педіатрія. Дитяча хірургія. Дитяча ортопедія і травматологія. Дитяча урологія. Дитяча імунологія. Дитяча алергологія. Дитяча гастроентерологія. Дитяча неврологія»; «Психічне здоров'я»; «Радіологія. Ультразвукова діагностика. Променева терапія. Рентгенологія. Радіонуклідна діагностика»; «Стоматологія. Терапевтична стоматологія. Хірургічна стоматологія. Ортопедична стоматологія. Дитяча стоматологія. Ортодонтія»; «Терапія, загальна практика – сімейна медицина, професійна патологія, ревматологія, неврологія»; «Трансплантологія»; «Фтизіатрія. Пульмонологія»; «Хірургія. Судинна хірургія. Торакальна хірургія. Урологія. Комбустіологія. Ендоскопія».

Наказом МОЗ України від 20.02.2017 р. №165 «Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ» визначено загальні організаційні та процедурні засади діяльності госпітальних округів, а також права і обов'язки органів влади, що дозволило забезпечити якість і своєчасність надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню з ефективним використанням бюджетних коштів.

У 2017 р. затверджено навчально-тренувальні програми за міжнародними стандартами надання невідкладної медичної допомоги трьох рівнів (I, II та III рівнів) з підготовки осіб, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати домедичну допомогу (наказ МОЗ України від 29.03.2017 р. № 346 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти»), а саме:

- Курс домедичної підготовки «Домедична допомога при раптовій зупинці серця та загрозованих життю станах»;
- Курс домедичної підготовки «Перший на місці події»;
- Курс домедичної підготовки «Професійна підтримка життя».

Розвиток донорства в Україні супроводжувався затвердженням наказом МОЗ України від 09.06.2017 р. № 626 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25 вересня 2000 р. № 226» з унесенням змін до «Інструкції щодо вилучення органів людини в донора-трупа», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 вересня 2000 р. № 226, зареєстрованої у Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2000 р. за № 698/4919. В якому регламентовано роботу, пов'язану з вилученням органів у донора-трупа в державних та комунальних закладах охорони здоров'я і державних наукових установах, які мають право провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією.

Зміни та врегулювання нормативно-правових актів у відповідності до чинного законодавства здійснено відповідними наказами МОЗ України:

- від 22.02.2017 р. № 171 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 12 червня 2013 р. № 501 та наказу Міністерства охорони здоров'я України від 07 травня 2013 р. № 362»;
- від 09.03.2017 р. № 245 «Про внесення змін до Порядку підготовки проектів нормативно-правових актів в Міністерстві охорони здоров'я України»;
- від 27.03.2017 р. № 330 (у редакції від 05.05.2017 р. № 495, від 31.05.2017 р. № 586 та від 20.09.2017 р. № 1122, від 20.10.2017 р. № 1283, від 30.10.2017 р. № 1337. а також від 21.11.2017 р. № 1471) «
- Про внесення зміни до Плану діяльності Міністерства охорони здоров'я України з підготовки проектів регуляторних актів на 2017 рік».

У 2017 р. нормативно-правова база державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я була доповнена наказом МОЗ України від 03.04.2017 р. № 363 «Про затвердження дев'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності» та наказом МОЗ України від 16.02.2017 р. № 153 «Про внесення змін до Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення» (зареєстрований Міністерством юстиції за N 344/30212 р. від 13.03.2017 р.).

Також, наказом МОЗ України від 29.03.2017 р. № 339 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Про безпеку і захист працівників від шкідливого впливу азбесту та матеріалів і виробів, що містять азбест»» (зареєстрований Міністерством юстиції від 09.06.2017 р. за № 702/30570). На виконання вимог пункту 10 Глобального плану дій з охорони здоров'я працюючих на 2008–2017 рр., прийнятого на шістдесятій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (резолуція WHO 60.26 від 23 травня 2007 р.) та пункту 10 Пармської декларації з навколишнього середовища та охорони здоров'я, прийнятої

представниками держав-членів Європейського регіону ВООЗ на П'ятій міністерській конференції з навколишнього середовища та охорони здоров'я, згідно із положеннями статті 22 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та абзацу третього підпункту 12 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267, затверджено Державні санітарні норми які визначають вимоги щодо попередження ризиків, пов'язаних з впливом азбесту на здоров'я працівників на робочих місцях всіх видів діяльності, під час яких працівники зазнають або можуть зазнавати дію шкідливого впливу азбестового пилу або пилу, що виділяється з азбестовмісних матеріалів та виробів, а також на здоров'я населення, що проживає в зоні такого впливу.

Удосконалено організацію та роботу служби судово-психіатричної експертизи (наказ МОЗ України від 29.06.2017 р. № 722 «Про організацію служби судово-психіатричної експертизи» (у новій редакції наказу МОЗ України від 30.11.2017 р. №1510)).

В 2017 р. не оминула увага дітей з інвалідністю. Утворено відділення для надання дітям з інвалідністю віком від 4 до 18 років та/або особам з інвалідністю віком від 18 до 35 років соціальних послуг (в частині, що стосується надання медичної допомоги) протягом п'яти робочих днів, для забезпечення сімейного виховання, якісного догляду за ними, збереження їхніх сімейних і родинних стосунків (наказ Міністерства соціальної політики України від 05.09.2017 р. № 1409 «Про затвердження Типового положення про відділення (групу) п'ятиденного стаціонарного догляду»).

Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1075 «Методика розрахунку вартості послуг з медичного обслуговування» затверджено та визначено методологію та порядок обліку фактичних витрат, які здійснюють заклади охорони здоров'я у зв'язку з наданням послуг з медичного обслуговування, з врахуванням при цьому встановлення єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Яка спрямована на забезпечення стандартизації та уніфікації підходів до обліку витрат у закладах охорони здоров'я та встановлення базових принципів універсальної національної системи розрахунку вартості послуг з медичного обслуговування, фінансування яких забезпечується за рахунок бюджетних коштів у межах програми медичних гарантій.

Спільним наказом МОЗ України та НАМН України від 20.09.2017 р. № 1123/64 «Про затвердження Розрахунку тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги учасниками пілотного проекту» розроблено пілотний проект щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук України.

Відбулися зміни в Державних санітарних правилах та нормах (наказ МОЗ України від 22.09.2017 р. № 1126 «Про внесення змін до Державних санітарних правил і норм «Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур»).

Поповнилась база стандартів надання медичної допомоги хворим з серцево-судинними захворюваннями.

Так, наказом МОЗ України від 28.09.2017 р. № 1181 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги та госпіталізації пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST бригадами екстреної медичної допомоги» який зареєстрований Міністерством юстиції за № 1290/31158 від 23.10.2017 р. затверджено Порядок визначення, організації медичної допомоги в закладах, які надають екстрену медичну допомогу та в закладах, які здійснюють перкутанні коронарні втручання пацієнтам з гострим коронарним синдромом, а також умови, за яких пацієнта направляють до закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, де здійснюються перкутанні коронарні втручання, і шляхи госпіталізації пацієнтів до зазначених закладів.

У 2017 р. поповнилась база національних державних стандартів України з подальшого удосконалення технічного регулювання в сфері обігу активних медичних виробів. Так, наказом МОЗ України від 11.10.2017 р. № 1242 «Про затвердження переліку національних стандартів, відповідність яким надає презумпцію відповідності медичних виробів для діагностики *in vitro* вимогам Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*» затверджено перелік національних стандартів, удосконалено технічне регулювання в сфері обігу медичних виробів для діагностики *in vitro*, які є ідентичними гармонізованим європейським стандартам у рамках реалізації Директиви Європейського Парламенту та Ради ЄС 98/79/ЄЕС.

Наказом МОЗ України від 11.10.2017 р. № 1243 «Про затвердження переліку національних стандартів, відповідність яким надає презумпцію відповідності медичних виробів вимогам Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують» затверджено перелік національних стандартів, які імплантують, що є ідентичними гармонізованим європейським стандартам у рамках реалізації Директиви Ради ЄС 90/385/ЄЕС.

Наказом МОЗ України від 11.10.2017 р. № 1245 «Про затвердження переліку національних стандартів, відповідність яким надає презумпцію відповідності медичних виробів вимогам Технічного регламенту щодо медичних виробів» удосконалено технічне регулювання в сфері обігу медичних виробів, що є ідентичними гармонізованим європейським стандартам у рамках реалізації Директиви Ради ЄС 93/42/ЄЕС.

В рамках реалізації пілотного проекту затверджено ряд примірних договорів наказом МОЗ України від 23.10.2017 р. № 1295/71 «Про затвердження примірних договорів про медичне обслуговування населення в рамках реалізації пілотного проекту» на виконання пунктів 3 та 7 постанови Кабінету Міністрів України від 14 червня 2017 р. № 425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук», затверджені наступні примірні договори:

- про медичне обслуговування населення між Національною академією медичних наук України та учасником пілотного проекту;
- про медичне обслуговування населення між департаментами (управліннями) охорони здоров'я обласних, Київської міської державних адміністрацій та учасниками пілотного проекту.

В силу швидкого розвитку новітніх технологій наказом МОЗ України від 07.09.2017 р. № 1060 «Про тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією,

необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги» запроваджено у тестовому режимі з адмініструванням відповідно до чинного законодавства компонентів електронної системи обмін медичною інформацією, яка необхідна для запуску нової моделі фінансування системи охорони здоров'я на первинному рівні надання медичної допомоги.

Крім розвитку нормативно-правової бази стандартизації у сфері охорони здоров'я, також відбулись зміни в інституційному забезпеченні процесу стандартизації. Так, наказом МОЗ України від 25.05.2017 р. № 565 «Про забезпечення реалізації державних інвестиційних проектів» (у редакції наказу МОЗ України від 07.06.2017 р. № 621) забезпечено реалізацію в 2017-2018 роках державного інвестиційного проекту «Реконструкція і розширення Національного інституту раку».

Наказом МОЗ України від 26.06.2017 р. № 710 «Про заходи щодо реалізації положень постанови Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1046» затверджено на відповідний рік паспорт бюджетної програми «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Для реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення створена в 2017 р. Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка виступає центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Вона утворена на виконання постанови КМУ України від 27.12.2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України».

Основними завданнями НСЗУ є: реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Також, Національна служба здоров'я України в межах своєї діяльності взаємодіє в установленому порядку з іншими державними органами, допоміжними органами і службами, утвореними Президентом України, тимчасовими консультативними, дорадчими та іншими допоміжними органами, утвореними Кабінетом Міністрів України, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, громадськими спілками, профспілками та організаціями роботодавців, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також з підприємствами, установами та організаціями.

Через внесення деяких змін і доповнень в ряд нормативно-правових актів, які врегульовують державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я населення України, основними з них на цей час залишаються:

- постанова КМУ від 11.07.2002 р. № 955 «Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги»;

- постанова КМУ від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» (із внесеними змінами від 13.12.2017 № 1009);

- постанова КМУ від 05.09.1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету»;
- постанова КМУ від 27.12.2001 р. № 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 р. «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 р. № 74 «Про орієнтовні нормативи потреби у стаціонарній медичній допомозі дітям, вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим»;
- наказ МОЗ України від 10.01.2005 р. № 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 р. № 641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні»;
- наказ МОЗ України від 10.09.2013 р. № 793 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів первинної (медико-санітарної) допомоги»;
- наказ МОЗ України від 07.02.2008 р. № 57 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів»;
- наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»;
- наказ МОЗ України від 12.05.2008 р. № 242 «Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією»;
- наказ МОЗ України від 21.04.2009 р. № 262 «Про затвердження рекомендованого середньодобового набору продуктів харчування для ветеранів війни у лікувально-профілактичних закладах»;
- наказ МОЗ України від 29.10.2013 р. № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні»;
- наказ МОЗ України від 24.03.2016 р. № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності»;
- наказ МОЗ України від 03.04.2017 р. № 363 «Про затвердження дев'ятого випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності»;
- закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»;
- розпорядження КМУ України від 18.08.2017 р. № 560-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я»;

- закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»;
- закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»;
- розпорядження КМУ від 27.12.2017 р. № 1011-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки».

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, розробка, обговорення (професіоналами та громадськістю), затвердження, опублікування та виконання.

У 2017 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» і відповідного доручення Кабінету Міністрів України з 2003 року (від 18.12.2003 р. № 81186).

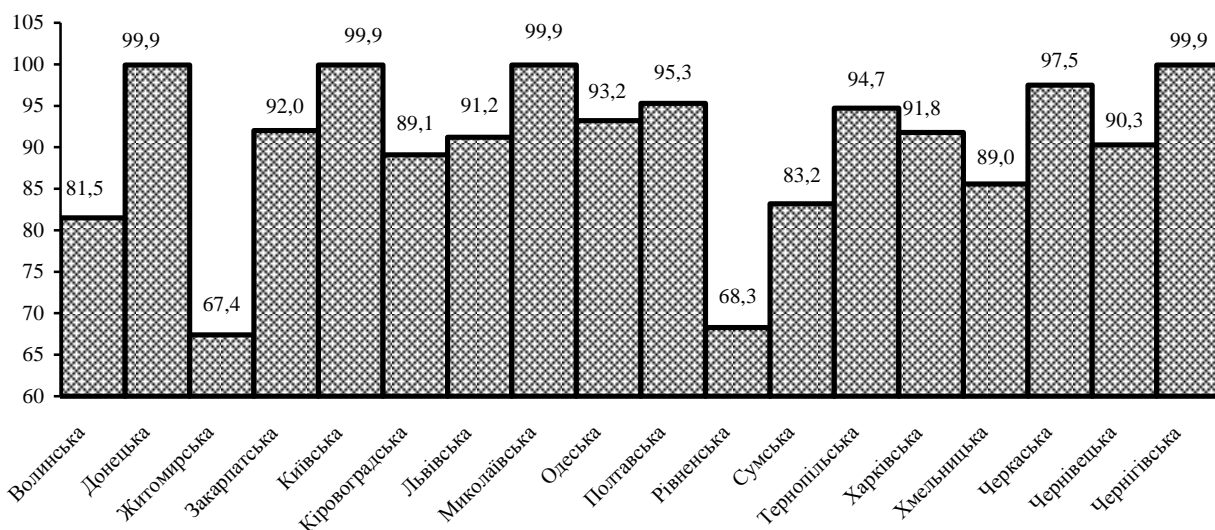
У відповідності до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 11.08.2004 р. № 411 «Про запровадження моніторингу виконання та фінансового забезпечення державних соціальних нормативів в охороні здоров'я» моніторингу підлягають виконання та фінансове забезпечення державних соціальних нормативів в охороні здоров'я України.

Станом на 01.01.2018 р. отримана та опрацьована інформація про результати моніторингу впровадження державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я за 2017 р. від 22 регіональних департаментів (управлінь) охорони здоров'я, а саме: Вінницької, Волинської, Дніпропетровської, Донецької, Житомирської, Запорізької, Київської, Кіровоградської, Львівської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Рівненської, Сумської, Тернопільської, Харківської, Херсонської, Хмельницької, Черкаської, Чернівецької, Чернігівської обласних та Київської міської державних адміністрацій.

Опрацювання інформаційно-аналітичних матеріалів за результатами моніторингу дотримання державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я за типами лікувально-профільних закладів медичного забезпечення населення в 2017 р. здійснювалось відповідно до діючих положень державних соціальних стандартів і нормативів.

Найбільш високий відсоток медичного забезпечення населення без порушень вимог соціальних нормативів (понад 90,0 %) у 2017 році мав місце в Донецькій, Закарпатській, Київській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Тернопільській, Харківській, Черкаській, Чернівецькій та Чернігівській областях (рис. 8.1).

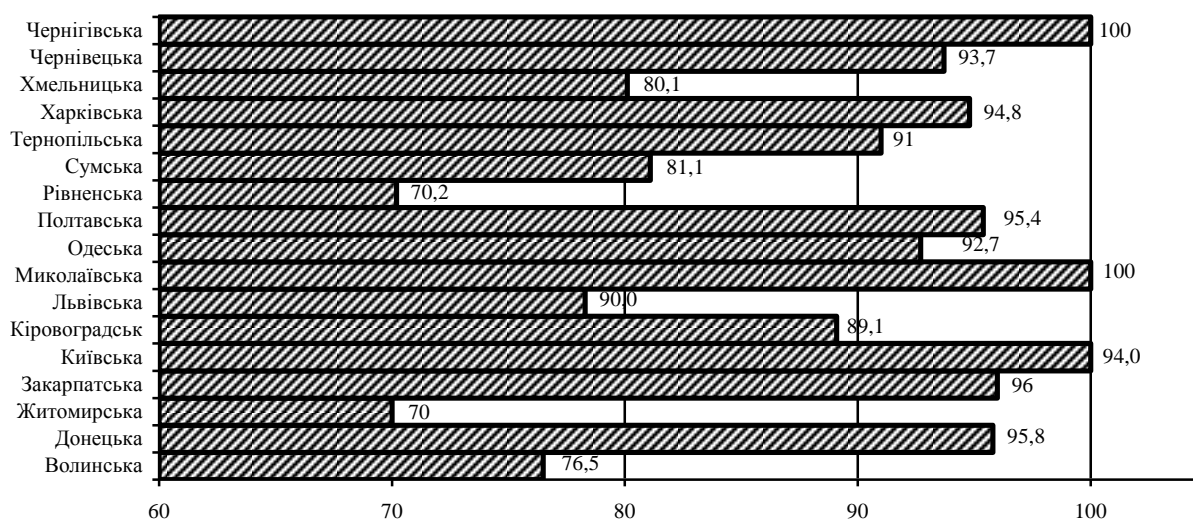




**Рис. 8.1.** Структура медичного забезпечення населення за типами лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я України, 2017 р., % до усіх хворих, які отримали медичну допомогу

В 2017 р. за даними регіональних департаментів (управлінь) охорони здоров'я майже повністю впроваджені соціальні нормативи у діяльність всіх підпорядкованих закладів з надання ПМСД в Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях та м. Києві.

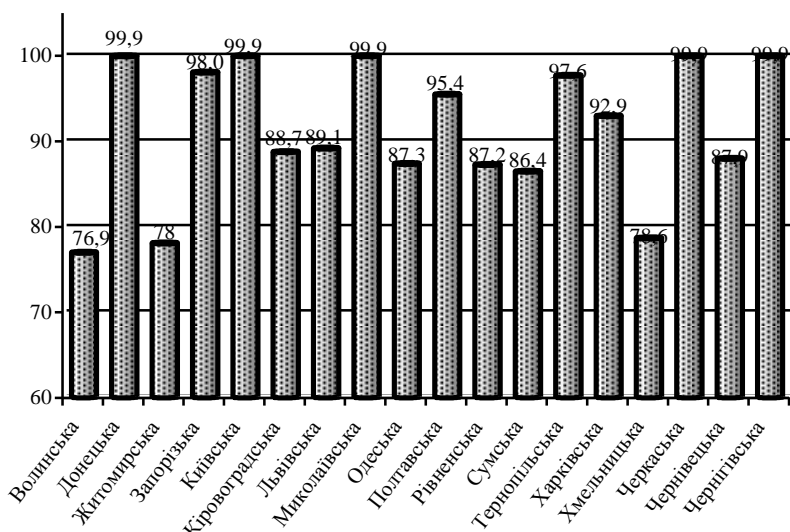
У структурі кількості хворих, які отримали медичну допомогу з дотриманням соціальних нормативів спостерігаються великі розбіжності (рис. 8.2).



**Рис. 8.2.** Питома вага хворих, які отримали медичну допомогу в закладах ПМСД відповідно до вимог соціальних нормативів, 2017 р. (%)

Якщо у Миколаївській та Чернігівській областях кількість хворих, які отримали медичну допомогу в закладах ПМСД з дотриманням соціальних нормативів, становила 100,0%, Закарпатській – 96,0%, Донецькій – 95,8%, Полтавській – 95,4%, то у Житомирській та Рівненській областях – лише 70,0 % та 70,2% відповідно.

Стан впровадження державних соціальних нормативів з надання медичної допомоги населенню в лікарняних стаціонарах наведений в рис. 8.3.



**Рис. 8.3. Структура кількості хворих, які отримали медичну допомогу в лікарняних стаціонарах відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів, 2017 р., %**

Характеристика надання медичної допомоги (за кількістю пролікованих хворих) в лікарняних стаціонарах різних типів з дотриманням державних соціальних стандартів і нормативів наведена в табл. 8.2.

Таблиця 8.2.

**Кількість хворих, які отримали медичну допомогу в лікарняних стаціонарах різного підпорядкування, відповідно до положень державних соціальних стандартів і нормативів, 2017 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>							
Вінницька	*	*	*	*	*	*	*
Волинська	76,7	85,8	71,8	67,8	65,7	*	76,9
Донецька	99,9	100	100	100	*	*	99,9
Житомирська	81,5	80,0	75,0	83,9	40,0	*	78,0
Запорізька	99,0	97,0	97,0	81,0	*	*	98,0
Київська	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Кіровоградська	94,0	87,9	85,7	*	*	81,1	88,7
Львівська	82,30	95,9	90,3	83,6	83,2	85,8	89,1
Миколаївська	100,0	100,0	100,0	*	*	*	100,0
Одеська	83,4	99,6	75,3	100	*	*	87,3
Полтавська	99,3	92,9	95,0	99,3	*	*	95,4
Рівненська	96,4	93,5	66,4	96,7	*	*	87,2
Сумська	93,0	98,0	77,8	*	31,0	*	86,4
Тернопільська	99,9	99,1	97,4	92,3	91,9	*	97,6
Харківська	91,1	93,8	90,6	*	*	*	92,9
Херсонська	*	*	*	*	*	*	*
Хмельницька	57,6	91,4	83,2	90,3	*	*	78,6
Черкаська	100,0	100,0	*	100,0	*	*	100,0
Чернівецька	82,5	100,0	86,6	*	*	*	87,9
Чернігівська	100,0	100,0	100,0	*	*	*	100,0
м. Київ	*	*	*	*	*	*	*

Примітка: За даними із регіонів.

\* - відсутні дані

### ***Висновки***

1. Протягом 2017 року активно впроваджувались в практичну діяльність національної системи охорони здоров'я соціальні стандарти та нормативи галузевого спрямування з урахуванням при цьому передових європейських та світових стандартів зазначеного спрямування.

2. Стандартизація в системі охорони здоров'я України – це надання якісних послуг медичної та фармацевтичної допомоги, у т.ч. профілактичні й лікувально-діагностичні заходи, спрямовані на збереження та підвищення здоров'я населення.

3. Система стандартизації в системі охорони здоров'я – найважливіший базовий елемент забезпечення якості медичної та фармацевтичної допомоги. Без впровадження відповідних стандартів неможливо не лише підвищувати, але навіть оцінювати якість медичної та фармацевтичної допомоги, що надається населенню у відповідності до вимог діючого законодавства.

4. Стандартизація в системі охорони здоров'я дозволяє: визначати мінімальний обсяг гарантованої державою медичної (фармацевтичної) допомоги, наданої всім без винятку громадянам; розрахувати необхідне забезпечення населенню медичної допомоги, що гарантована державою; прискорити (впорядкувати) процес упровадження новітніх досягнень у клінічну практику; визначати вартість медичних та фармацевтичних послуг, що фінансуються державою чи страховою медициною; оптимізувати бюджетні кошти держави, що виділяються на охорону здоров'я.

5. В той же час робота з впровадження та подальшого удосконалення стандартизації в системі охорони здоров'я (на всіх рівнях) потребує більш виважених дієвих ефективних державних заходів галузевого спрямування в цьому напрямку.

## БІБЛОГРАФІЯ

1. «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди». – К., 5–6 квітня 2018 р. – С. 41–44.
2. «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди». – К., 5–6 квітня 2018 р. – С. 147–150.
3. «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди». – К., 5–6 квітня 2018 р. – С. 150–152.
4. 2017. «Депресія: давай поговоримо». – Київ 06–07 квітня 2017 р. – К., 2017. – 278 с. – С. 189–191.
5. Актуальні питання розробки та впровадження антиалкогольних регіональних цільових програм населення України / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця, Л. О. Качала // Матеріали 71-ї підсумкової наук. конф. професорсько-викладацького складу. УжНУ : ф-т післядипломної освіти та до університетської підготовки. – Ужгород. 2017. – С. 59.
6. Безповоротні втрати дорослого населення Полтавської області в наслідок хвороб ендокринної системи / Г. О. Слабкий, В. П. Лисак, І. М. Рогач [та ін.] // Матеріали 71-ї підсумкової наук. конф. і професорсько-викладацького складу. УжНУ : ф-т післядипломної освіти та до університетської підготовки. – Ужгород, 2017. – С.56.
7. Более половины украинцев страдают от лишнего веса и треть пытаются похудеть [Електронний документ]. – Путь доступа : <https://strana.ua/news/87220-ot-lishneho-vesa-stradajut-bole-poloviny-ukraintsev.html>. – Название с экрана.
8. Будівничі громадського здоров'я: як заповнити вакуум? / Ваше здоров'я. 21/04/2017 [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.vz.kiev.ua/budivnychi-gromadskogo-zdorov-ya-yak-zapovnyty-vakuum/>. – Назва з екрану.
9. В Україні створюються регіональні центри громадського здоров'я [Електронний документ]. – Шлях доступу : <https://www.umj.com.ua/article/115972/v-ukrayini-stvoryuyutsya-regionalni-tsentri-gromadskogo-zdorov-ya>. – Назва з екрану.
10. 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.
11. Габорець Ю. Ю. Готовність лікарів загальної практики-сімейних лікарів до нагляду за глибоконедоношеними дітьми(за результатами соціологічного дослідження) / Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна //Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №3 (44). – С. .80–83.
12. ГРИП ТА ГРВІ В УКРАЇНІ: Інформаційний бюлетень. – К., 2018. –16 с. [Електронний документ].– Шлях доступу : <https://phc.org.ua/uploads/files/бюлетень%2052%20тиждень%202017.pdf>. – Назва з екрану.
13. Громадське здоров'я як наукова спеціальність / Г. О. Слабкий, В. В.Шафранський, І. С. Миронюк, Л. О. Качала // Архів офтальмології України. – 2017. – Т. 5, № 1 (7). – С.12–15.
14. Громадське здоров'я як предмет викладання / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Шафранський, Л. О. Качала // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 2 (43). – С. 103–106.
15. Грузева Т. С. Громадське здоров'я (publik health) як нова спеціальність: сучасні підходи до викладання (на прикладі Дебреценського університету, Угорщина) / Т. С. Грузева, Н. В. Гречишкіна, Л. О.Литвинова // Україна Здоров'я нації. – 2017. –№ 1 (42). – С. 166–171.

16. Грузева Т. С. Особливості підготовки фахівців громадського здоров'я в Республіці Казахстан / Т. С. Грузева, Т. М. Курило // Україна Здоров'я нації. – 2017. – № 1(42). – С. 162–165.
17. Держстат України. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 році. – 7 с.
18. Деякі питання організації центру громадського здоров'я регіонального рівня / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Шафранський, Л. О. Качала // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення : міжнар. наук.-практ. конф. : зб. матеріалів. м. Київ, 14–15 липня 2017. – К., 2017. – С.91–93.
19. Динаміка захворюваності дитячого населення України в регіональному аспекті т поширеності між ними хвороб/ Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна//Україна. Здоров'я нації, 2017, №4(45), – с.18-28
20. 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 між нар. науко.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я. м. Київ. 6–7 квітня. 2017 р. – К., 2017.. – С. 169–170.
21. До питання ефективності медичної допомоги новонародженим недоношеним дітям в Україні / Г. О. Слабкий, Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна [та ін.] // Матеріали 71-ї підсумкової наук. конф. професорсько-викладацького складу. УжНУ : ф-т післядипломної освіти та до університетської підготовки. – Ужгород. 2017. – С.50
22. Дудіна О. О. Медичні аспекти народжуваності (стан дітородної діяльності) / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 39–45.
23. Експерти світового банку дали оцінку галузі психічного здоров'я в Україні // Медик столиці. – 2017. – № 12 (165), грудень.
24. Експертні рекомендації з розвитку системи громадського здоров'я в Україні – результат конференції в Ужгороді [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.hivreforminaction.org/?p=1678> – Назва з екрану.
25. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.01.2018 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : // <https://phc.org.ua/uploads/documents/83da57/f6a5b89c010ac74b207d3dccec512c2c.pdf>. – Назва з екрану.
- Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні Ужгороді [Електронний документ]. – Шлях доступу : // [article/news/epidemicna-situacija-z-vil-infekcii-v-ukraini](http://article/news/epidemicna-situacija-z-vil-infekcii-v-ukraini). – Назва з екрану.
26. Завдання та функції системи громадського здоров'я регіонального рівня / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Шафранський, Л. О. Качала // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення : міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 14–15 липня 2017 : зб. матеріалів. – К., 2017. – С.87–90.
27. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № (44). – С. 246–254.
28. Карпінєць І. М. Роль сімейного лікаря у своєчасному виявленні проблем, пов'язаних зі вживанням алкоголю / І. М. Карпінєць // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1(33). – С.130–134.

29. Концепція розвитку системи громадського здоров'я (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р) [Електронний документ]. – Шлях доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799>. – Назва з екрану.
30. Концепція розвитку системи громадського здоров'я (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р.) [Електронний документ]. – Шлях доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799>. – Назва з екрану.
31. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до всесвітнього дня здоров'я 2018 р.
32. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті, 2013 рік, – К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014, – 168 с.
33. Міністерство молоді та спорту України, ГО «Український інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яременко».Формування та реалізація державної молодіжної політики в Україні в умовах децентралізації // Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2016 року). – 2017.
34. МОЗ України. Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу : метод. рекомендації (затверджені наказом МОЗ України від 11.09.2012 р. – № 713). – К., 2012. – 14 с.
35. Моїсеєнко Р. О. Діти з інвалідністю:сучасний погляд на вирішення проблеми / Р. О. Моїсеєнко, Н. Г. Гойда, О. О. Дудіна // Депресія: давай поговоримо : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017р.. м. Київ, 06–07 квітня 2017 р. – К., 2017. – С. 122–126.
36. Моїсеєнко. Р. О. Аналіз стану захворюваності та поширеності захворювань у дітей в Україні за період 2011–2015 роки / Р. О. Моїсеєнко. О. О. Дудіна, Н. Г. Гойда // Современная педиатрия. – 2017. – № 2 (82). – С. 17–27.
37. Населення України за 2014. Демографічний щорічник. – К.: Державна служба статистики України, 2015. – 117 с.
38. Нова команда МОЗ: обличчям до громадського здоров'я [Електронний документ]. – Шлях доступу : <https://blogs.pravda.com.ua/authors/badikov/5a7ae81f16a17/>. – Назва з екрану.
39. Оперативні політики в процесі автономізації закладів охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Скрип, Л. О. Качала // Матеріали 71-ї підсумкової наук. конф. професорсько-викладацького складу. УжНУс : ф-т післядипломної освіти та до університетської підготовки. – Ужгород, 2017. – С.58.
40. Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Л. О. Качала, О. М. Ратаніна // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – - № 3 (44). – С. 235–245.
41. 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, м. Київ. 2017 р. 6–7 квітня. – К., 2017. – С. 167–169.

42. Перинатальна і неонатальна смертність у закладах перинатальної допомоги за 2014–2017 роки / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець, Л. О. Качала // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю до всесвітнього дня здоров'я, 2018 р.
43. Першочергові завдання громадського здоров'я в Україні / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк, Л. О. Качала // Депресія: давай поговоримо : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р. м. Київ. 6–7 квітня 2017 р. – К., 2017. – С. 48–50.
44. Піраміда громадського здоров'я – який шабель належить лікарю? // Ваше здоров'я. – 2015. – № 25–26 (1309–1310). – С. 6–7.
45. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 серпня 2017 р. № 560-р [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/560-2017-p>. – Назва з екрану.
46. Рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю / Г. О. Слабкий, Ю. В. Бурдим, І. М. Рогач. [та ін.] // Матеріали 71-ї підсумкової наук. конф. професорсько-викладацького складу. УжНУ : ф-т післядипломної освіти та до університетської підготовки. – Ужгород, 2017. – С. 57.
47. Рівень охоплення щепленнями в Україні залишається низьким [Електронний документ]. – Шлях доступу : <https://www.apteka.ua/article/455068> Аптека № 17 (1138) 30 апреля 2018 г. – Назва з екрану.
48. Рівень самогубств у світі: Україна у десятці європейських «лідерів». [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://ua.euronews.com/2017/05/18/suicide-rate-is-highest-in-europe-un-health-agency-report>. – Назва з екрану.
49. Слабкий Г. О. Епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Шафранський // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4. – С. 97–100.
50. Слабкий Г. Десять «заповідей» громадського здоров'я: чи вдасться їх виконати в Україні / Г. Слабкий // Медик столиці. – 2017. – № 2 (155). – С. 10–1.
51. Слабкий Г. О. Аналіз смертності дітей у віці до п'яти років від природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій в Україні / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник, Г. М. Тяпкін // Intermedical journal. – 2017. – № 2 (10). – С. 83–90.
52. Слабкий Г. О. Міжсекторальний підхід, як основа ефективної діяльності в системі громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк // Intermedical journal. – 2017. – № 2 (10) – С. 79–82.
53. Слабкий Г. О. Динаміка перинатальної смертності в період реформування системи охорони здоров'я в Україні / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 2. – С. 63–69.
54. Слабкий Г. О. До питання виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні // Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // European medical journal, «League Medica» October, 2017, – P. 71–76.
55. Слабкий Г. О. Доступність недоношеним новонародженим високоспеціалізованої перинатальної допомоги / Г. О. Слабкий, Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна // Intermedical journal. – 2017. – № 2 (10). – С. 74–78.

56. 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 – К., 2017. – С. 148–151.
57. Слабкий Г. О. Щодо характеристики показників малюкової смертності внаслідок хвороб органів дихання / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю до всесвітнього дня здоров'я – К., 2018.
58. Слабкий Г. О. Проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4. – С.5–9.
59. Слабкий Г. А. організація здравоохранения о стратеги предотвращения самоубийств / Г. А. Слабкий, Н. С. Зашик, В. И. Миронюк // Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні : матеріали НПК з міжнар. участю, м. Ужгород, 24–25 травня 2017 // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (43). – С.345.
60. 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. м. київ, 06–07 квітня 2017 р.. – К., 2017.. – С. 164–166.
61. Слабкий Г. О. Профілактика, як стратегічний напрямок ефективної діяльності системи охорони громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський // Здоров'я суспільства. – 2017. – № 1–2. – С.80–86.
62. Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Л. О. Качала // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 24–31.
63. Слабкий Г. О. Характеристика системи променевої діагностики в умовах реформування системи медичної допомоги на регіональному рівні / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4. – С. 74–83.
64. Слабкий Г. О. Загальні методичні підходи до забезпечення інфекційного контролю та благополуччя в багатопрофільній лікарні / Г. О. Слабкий, Л. В. Крохмалюк, Л. О Качала // Матеріали 71-ї підсумкової наук. конф. професорсько-викладацького складу. УжНУ: ф-т післядипломної освіти та до університетської підготовки. – Ужгород. 2017. – С.62.
65. Слабкий Г.О. Оцінка батьками медичної амбулаторно-поліклінічної допомоги глибоко недоношеним дітям / Г. О. Слабкий, Ю.Ю. Габорець // Intermedical journal, – 2017 – № 1 (9). – С. 78–82.
66. Слишком много сахара и мало рыбы: как изменился рацион украинцев // [Электронный документ]. – Путь доступа : <http://www.segodnya.ua/economics/enews/slishkom-mnogo-sahara-i-malo-ryby-kak-izmenilsya-racion-ukraincev-1120013.html#> – Название с экрана.
67. Список стран по ожидаемой продолжительности жизни [Электронный документ]. – Путь доступа : <https://ru.wikipedia.org/wiki/> – Название с экрана.
68. У 2017 р. в Україні збільшилася кількість спалахів гострих кишкових інфекційних захворювань [Електронний документ]. – Шлях доступу // <https://komora.info/lyudi/22-golovni->



novini/4097-u-2017-r-v-ukrajini-zbilshilasya-kilkist-spalakhiv-gostrikh-kishkovikh-infektsijnikh-zakhvoryuvan. – Назва з екрану.

69. Україна 2017–2018: Нові реалії, старі проблеми (аналітичні оцінки) [Електронний документ]. – Шлях доступу : [http://razumkov.org.ua/uploads/article/2018\\_Pidsumky\\_ukr\\_eng.pdf](http://razumkov.org.ua/uploads/article/2018_Pidsumky_ukr_eng.pdf) – Назва з екрану.

70. Фізична активність і якість життя людини // Міжнар. наук.-практ. конф. 4–16 червня, 2017 р. : зб. тез доповідей – Луцьк–Світязь. – 2017.

71. Характеристика фінансування стаціонарної медичної допомоги сільському населенню / Г. О. Слабкий, М. В. Лобас, Л. О. Качала, Т. В. Качала // Матеріали 71-ї підсумкової наук. конф. професорсько-викладацького складу. УжНУ : ф-т післядипломної освіти та до університетської підготовки. – Ужгород, 2017. – С.60

72. Центр громадського здоров'я: як поєднати непоєднуване? // Ваше здоров'я. – 2015. – № 51–52 (1335–1336) – С. 8–10.

73. Цілі сталого розвитку 2016-2030 [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku> – Назва з екрану.

74. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П. Аналіз демографічної ситуації в Україні // 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». – К., 2017. – 516 с.

75. 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.

76. 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,

77. 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 : міжнар., наук.-практ, конф,, м, Херсон, 25–27 червня 2014 р., : тези доп, – Херсон, 2014, – С, 108–109.

78. 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.

79. 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.

80. Чепелевська Л. А. Аналіз демографічної ситуації в Україні // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2014 рік / Чепелевська Л, А, О, П, Рудницький за ред, Квіташвілі О.,; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України» – К,: МВЦ «Медінформ», 2015, – 460 с, Розділ 1, С, 13–35.

81. 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.
82. Чепелевська Л. А. Зміни в чисельності та статевовіковому складі населення України // Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна, Здоров'я нації, – 2014, – № 3 (31), С. 33–40.
83. 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.
84. 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.
85. Чепелевська Л. А. Роль хвороб органів травлення в падінні рудового потенціалу України / Л. А. Чепелевська, В. Г. Слабкий / Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 1 (5). – С. 10–15.
86. 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.
87. Чепелевська Л. А. Тенденції медико-демографічних показників України в ХХІ столітті / Л. А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 1 (47). – С. 48–52.
88. 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.
89. Чепелевська Л. А. Проблеми медико-демографічної ситуації та заходи з її покращення / Л. А. Чепелевська, О. М. Дзюба // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 1 (71). – С. 19–23.
90. Щодо пріоритетних напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я : Аналітична записка [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/480/>. – Назва з екрану.
91. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні 2016 р. / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2017. – 516 р.
92. Analysis of newborns' morbidity / G. O. Slabkiy, L. O. Kachala, Yu.Yu. Gaborets, O. O. Dudina // International scientific professional periodical journal «THE UNITY OF SCIENCE». – Vienna, Austria, 2018, – P. 105–108.