

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

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



Київ – 2017

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ISBN 978-966-409-154-6

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

ЗМІСТ

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

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

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

10. ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Домінування у структурі захворюваності і смертності населення НІЗ, насамперед хвороб органів дихання, системи кровообігу, злоякісних новоутворень тощо, змусило ВООЗ у «Доповіді про ситуацію в області неінфекційних захворювань у світі 2014 р. Досягнення дев'яти глобальних цілей по НІЗ, загальна відповідальність» поставити перед суспільством наступні цілі щодо вирішення цієї проблеми (табл. 10.1).

Таблиця 10.1

Глобальні цілі щодо НІЗ

№ цілі	Зміст
Глобальна ціль 1	Відносне скорочення на 25% загальної смертності від серцево-судинних захворювань, онкологічних захворювань, діабету та хронічних респіраторних захворювань до 2025 р.
Глобальна ціль 2	Скорочення шкідливого вживання алкоголю щонайменше на 10% до 2025 р.
Глобальна ціль 3	Відносне скорочення поширеності недостатньої фізичної активності на 10% до 2025 р.
Глобальна ціль 4	Відносне скорочення на 30% середнього споживання солі серед населення до 2025 р.
Глобальна ціль 5	Відносне скорочення на 30% показника поширеності куріння серед осіб у віці від 15 років до 2025 р.
Глобальна ціль 6	Скорочення на 25% поширеності випадків підвищеного кров'яного тиску або стримування поширеності випадків підвищеного кров'яного тиску, відповідно до національних умов, до 2025 р.
Глобальна ціль 7	Припинення зростання числа випадків діабету і ожиріння до 2025 р.
Глобальна ціль 8	Отримання до 2025 р. принаймні 50% людей, яким це необхідно, лікарської терапії та консультування (включаючи глікемічний контроль) для запобігання інфаркту та інсульту
Глобальна ціль 9	Досягнення 2025 р., як у приватних, так і в державних закладах охорони здоров'я, 80% рівня наявності базових технологій і основних лікарських засобів (включаючи препарати-генерики), необхідних для лікування основних неінфекційних захворювань

Таким чином, більшість глобальних цілей по подоланню НІЗ прямо чи опосередковано пов'язані саме з проблемою формування ЗСЖ.

Дуже гостро проблема НІЗ стоїть в Україні, де досі немає системного вирішення проблеми профілактики цих хвороб, спостерігається недостатність координації та науково обґрунтованого міжгалузевого підходу щодо подолання НІЗ тощо. Результатом є критичні показники здоров'я населення України: за рівнем споживання алкоголю на душу населення віком від 15 років українці знаходяться серед світових лідерів, курить понад 6 млн українців, на диспансерному обліку перебуває майже 1 млн онкохворих, на діабет страждає понад 1,2 млн осіб. Наркоманія в Україні зростає на 8% за рік, що є одним з найвищих у світі показників. 70% наркоманів — молодь до 25 років. У цілому по країні на обліку з приводу вживання наркотичних засобів перебуває понад 100 тис. осіб, токсичних засобів – понад 800 осіб. Якщо врахувати „поправочний” коефіцієнт ВООЗ, то прихована кількість споживачів наркотиків на порядок більша від зареєстрованої.

Ці тривожні цифри підтверджують, що значна частина населення України веде нездоровий спосіб життя, зокрема переважна більшість українців перебуває під впливом таких факторів ризику, як тютюнокуріння, зловживання алкогольними напоями, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо.

Сумарним показником стану проблеми є середня тривалість життя громадян України.

Показник СОРЖ в Україні значно поступається як аналогічному показнику країн ЄС, так і європейському регіону в цілому. За даними ВООЗ, цей показник у 2015 р. при народженні (обох статей) дорівнював в країнах ЄС 80,78 року, в європейському регіоні 77,12 року, а в Україні – 71,29 року, тобто на 6–9 років менше. За рівнем СОРЖ у 2015 р. країна опинилася серед аутсайдерів: 46-е місце серед 51 країни, для яких ВООЗ вирахувала цей показник.

Викликають занепокоєння й високі рівні таких ключових факторів ризику передчасної смертності, що значно залежать від способу життя, як вживання алкоголю і тютюну, а також надмірна маса тіла та ожиріння. За оцінкою ВООЗ (2014 р.), стандартизовані за віком поширення надлишкової маси тіла та ожиріння серед населення у віці від 18 років і старше в Україні показники наступні: надлишкова маса тіла – майже 55,0%, ожиріння – понад 20,0%. Для порівняння: в країнах ЄС проблеми з ожирінням відчувають 15,9% повнолітніх жителів (16,1% чоловіків і 15,7% жінок), серед молоді цей показник становить 5,7%, серед людей у віці 65–74 років — 22,1%.

Алкоголь наразі знаходиться серед найбільш популярних продуктів харчування українських громадян. За обсягом споживання він значно переважає, наприклад, молоко. За даними Держстату України, у 2016 р. в країні було вироблено молока рідкого обробленого (пастеризованого, стерилізованого, гомогенізованого, топленого, пептизованого) 965,6 тис. тонн та йогурту (інші ферментовані чи сквашені молоко та вершки) 425,8 тис. тонн, тобто всього більше 1,39 млн тонн. Для порівняння: за вказаний рік було вироблено (без урахування вина) 188,7 млн дал алкогольних напоїв, тобто на третину більше.

Роки конфлікту на сході країни, економічна криза значно ослабили українську економіку, що позначилося на статках людей. За даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені Птухи, майже 60% українців живуть за межею бідності. А за минулорічними даними ООН, ця цифра сягає 80%. Однак, незважаючи на зниження купівельної спроможності населення країни останніми роками, витрати населення на спиртне та тютюн, за даними Держстату України, залишаються практично стабільними: на рівні 3,3–3,5% від сукупних витрат домогосподарств (табл. 10.2).

Таблиця 10.2

Структура сукупних витрат населення України у 2010–2015 рр. (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим та м. Севастополя)

Сукупні витрати	Рік					
	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*
Сукупні витрати в середньому за місяць у розрахунку на 1 домогосподарство, грн	3073,3	3458,0	3592,1	3820,3	4048,9	4952,0
Структура сукупних витрат домогосподарств, %	89,9	90,1	90,8	90,2	91,6	92,9
<i>з них:</i>						
продукти харчування та безалкогольні напої	51,6	51,3	50,1	50,1	51,9	53,1
алкогольні напої, тютюнові вироби*	3,4	3,4	3,5	3,5	3,4	3,3

Примітка: * без урахування витрат на придбання спиртного при харчуванні поза домом (ресторани, бари, кафе тощо).

До своєї 140-ї сесії ВООЗ оприлюднила низку звітів, зокрема черговий звіт про рівень споживання алкоголю у 191 країні світу. За показником загального споживання алкогольних напоїв (легального і нелегального в перерахунку на літри абсолютного спирту на душу населення) Україна входить до першої десятки найбільш питущих країн світу: Молдова (17,4), Білорусь (17,1), Литва (16,2), Росія (14,5), Чехія (14,1), Україна (13,9), Андорра (13,8), Румунія (12,9), Сербія (12,6) та Австралія (12,6).

З погляду ВООЗ, прогностичним показником є «самосприйняття здоров'я», яке тісно пов'язане з об'єктивним станом здоров'я (табл. 10.3).

Таблиця 10.3

Самооцінка стану здоров'я населення України порівняно з населенням країн ЄС

Країна	Частка населення у віці 18 років і старше, яке оцінило стан свого здоров'я як			Частка населення у віці 16 років і старше, яке має хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям
	добрий	задовільний	поганий	
Україна*	42,3	45,0	11,7	41,8
ЄС**	66,8	23,3	9,9	32,6
Бельгія	74,5	16,1	9,4	24,9
Болгарія	65,3	22,3	12,3	20,5
Чехія	60,5	27,9	11,7	31,7
Данія	71,7	20,7	7,6	28,1
Німеччина	64,1	27,6	8,3	38,8
Естонія	51,4	32,0	16,7	45,9
Греція	73,0	16,0	11,0	24,1
Іспанія	72,3	19,3	8,4	29,8
Франція	67,5	24,0	8,6	37,1
Італія	67,3	20,5	12,2	24,8
Кіпр	76,9	17,4	5,6	32,3
Латвія	44,9	37,7	17,4	40,6
Литва	44,1	37,8	18,2	32,3
Люксембург	72,3	19,3	8,5	22,7
Угорщина	56,8	27,2	16,1	37,1
Мальта	74,3	22,4	3,4	28,2
Нідерланди	77,2	17,4	5,5	34,7
Австрія	68,9	22,1	9,1	35,8
Польща	57,3	28,7	14,0	34,0
Португалія	45,0	36,3	18,7	40,4
Румунія	70,1	20,9	8,9	18,9
Словенія	64,5	24,4	11,1	32,3
Словаччина	64,1	23,1	12,8	30,3
Фінляндія	69,0	24,5	6,5	46,1
Швеція	79,7	16,2	4,0	34,9
Велика Британія	69,5	21,3	9,2	34,3

Примітки: *за даними опитування домогосподарств, проведеного у жовтні 2015 р.; **дані наведено за 2014 р.

Якщо переважна більшість українців власний стан здоров'я визнають як «задовільний» або «поганий», то більшість населення 23 з 27 країн ЄС вважають стан свого здоров'я добрим.

В Україні середньостатистична сім'я витрачає на продукти харчування стабільно більше 50% від сукупних витрат на місяць (табл. 2). За міжнародними стандартами, сім'ї, в бюджеті яких витрати на харчування перевищують 50% сукупних витрат, вважаються бідними.

Соціально-економічна нестабільність, зuboжіння населення, невпевненість та відсутність перспективи у майбутньому, звернення до психоактивних речовин тощо стали могутніми деструктивно-дестабілізуючими та соціально обумовленими стресогенними чинниками, що мають серйозні медико-соціальні наслідки. Україна належить до країн Європи з високим рівнем суїцидів (табл. 10.4).

Таблиця 10.4

Стандартизований коефіцієнт смертності, самогубства та самопошкодження у будь-якому віці населення України порівняно з країнами ЄС за період 2008–2012 рр. (на 100,0 тис. населення)

Країна	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.*
Україна	18,5	19,02	17,88	17,68	17,82
Європейський регіон	12,3	12,31	11,71	11,27	11,23
Країни ЄС	10,15	10,39	10,27	10,24	10,15

Примітка: *останній можливий рік для порівняння у базі даних ЄРБ ВООЗ за 2016 р.

За даними ВООЗ, самогубства на сьогодні вийшли на друге місце за поширеністю причин смерті у віковій групі від 15 до 29 років. Проблема самогубства стала настільки актуальною, що багато експертів вважають, що для її подолання варто мати спеціальні довгострокові програми. Наразі вже 28 країн світу мають такі програми. Україна до цих країн не належить.

Питання біологічної безпеки та біологічного захисту населення неможливо вирішувати при низькому рівні санітарної культури населення. Адже причинами, що сприяють виникненню спалахів ГКІ в дитячих навчальних та виховних закладах, на об'єктах ресторанного господарства і торгівлі, є грубі порушення санітарного законодавства при технології приготування, зберігання страв, недотримання правил особистої гігієни особами, які беруть участь у приготуванні страв, тощо.

Актуальність проблеми останніми роками зумовлена дією запровадженого мораторію на перевірки будь-яких об'єктів протягом 2014–2015 років, а також фактичною ліквідацією санепідслужби, що здійснювала нагляд за діяльністю суб'єктів господарювання, насамперед за закладами громадського харчування, дитячими закладами тощо. Індикатором небезпечного стану епідемічного благополуччя населення є стрімке зростання групових спалахів ГКІ та харчових отруєнь. За даними Держпродспоживслужби України, станом на 21.07.2016 р. в країні зареєстровано 86 спалахів кишкових інфекційних захворювань, внаслідок яких постраждало 1815 осіб, з яких 864 дитини. За аналогічний період 2015 р. було зареєстровано 51 спалах, внаслідок якого постраждало 923 особи, з них 470 дітей. Такі випадки реєструвались майже на всіх адміністративних територіях, за винятком Донецької та Закарпатської областей. За місцем виникнення 36 (41,9%) спалахів зареєстровано в організованих дитячих колективах, із закладами ресторанного господарювання та торгівлі пов'язано 27 (31,4%) спалахів, з приватними домогосподарствами – 23 (26,7%) спалахи.

Формування ЗСЖ та гігієнічне виховання населення ускладнюється у зв'язку з неоднозначним ставленням населення до різних профілактичних заходів. Так, у рамках проекту «Індекс здоров'я. Україна» Київським міжнародним інститутом соціології та Школою охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» було опитано 10 тис. респондентів. Дослідження показало, що в Україні 14% опитаних негативно ставляться до вакцинації (найвищий цей показник – 29% – на Львівщині). Відмовлялися від щеплень своєї дитини 25% респондентів (40% на Львівщині).

Таким чином, проблема ЗСЖ дуже складна, оскільки має багато взаємообумовлених складових. Механізм її вирішення має передбачати комплекс соціально-економічних, правових, екологічних, санітарно-гігієнічних, пропагандистських, просвітницьких, виховних, організаційних та інших методів.

Діяльність з формування ЗСЖ та гігієнічного виховання населення в Україні здійснюється шляхом формальної та неформальної освіти різних верств населення.

Валеологічна освіта (health adduction по ВООЗ) у процесі загальноосвітнього навчання підростаючого покоління в сучасних умовах вважається у світі провідною у системі формальної освіти підростаючого покоління. Принципових змін в інтегрованому курсі «Основи здоров'я», що входить до державного компоненту освіти, для учнів 5–9 класів в обсязі 35 год., у 2016 р. не відбулося. У 10–11-х класах, як і в попередні роки, вивчається предмет «Основи безпеки життєдіяльності» по 0,5 години на тиждень за навчальною програмою «Основи безпеки життєдіяльності».

Однак говорити про ефективність валеологічної освіти підростаючого покоління наразі важко. На сьогодні ЗСЖ не став нормою серед підростаючого покоління. В країні невпинно поширюється наркоманія серед неповнолітніх. За індексом маси тіла 15% хлопців та 7,5% дівчат мають надмірну вагу тіла або ожиріння. Третина учнівської молоді віком 11–17 років має досвід тютюнопаління. Соціологічне дослідження «Молодь України-2015», що було проведено GFK Ukraine на замовлення Міністерства молоді та спорту України, показало, що займалися фізичними вправами або спортом за останні сім днів тільки 59% респондентів, однак лише 44% з них не мали шкідливих звичок. Водночас 27% опитаних протягом тижня вживали алкогольні напої, 26% жодного разу не займалися спортом або будь-якими видами рухової активності за останній рік, 10% пробували наркотики, 27% курять. Ще й досі серед підлітків не сформовано культури здорового дозвілля (2014 р.), не більше 20% підлітків виконують ранкову гімнастику. Водночас 99,5% підлітків значний час приділяють роботі на комп'ютері, 82,8% – спілкуванню з друзями, 72,3% – перегляду фільмів, 56,6% – виконанню домашніх завдань, 48,7% – іграм. Водночас на відкритому повітрі менше однієї години перебуває лише 23,9% з них. Внаслідок такого способу життя, за даними МОН України, 36% учнів загальноосвітніх шкіл мають низький рівень фізичного здоров'я, а 34% – нижчий за середній.

Освіта і здоров'я нерозривно пов'язані між собою. Освіта сприяє зміцненню здоров'я і навпаки – здорові учні вчать краще. Як свідчить світова практика, до реалізації концепції «Здоров'я через освіту» найбільш наближеними за своїми характеристиками і вимогам є міжнародний проект ЄМШСЗ. Він стосується здоров'я усіх верств підростаючого покоління і реалізується в місцях їх організованого навчання, виховання, дозвілля та оздоровлення – в дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, інтернатних закладах освіти, технічно-професійних училищах, вищих навчальних закладах тощо (усіх типів, видів акредитації та форм власності). Цінність цього проекту полягає в тому, що у закладах ЄМШСЗ діяльність щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я всіх учасників навчально-виховного процесу здійснюється комплексно за наступними напрямками:

1. Підтримка здоров'язберігаючих середовища вищого навчального закладу.
2. Підвищення ефективності навчання здоров'ю учнів у школі, формування стійких мотивацій до ЗСЖ.
3. Підвищення професійної компетентності педагогічного колективу щодо збереження здоров'я дітей.

4. Організація тісної співпраці всіх учасників навчально-виховного процесу: учнів, батьків, вчителів, громадськості.

Національна мережа ЄМШСЗ створена в 2003 р. після проведення першого Всеукраїнського конкурсу-захисту сучасної моделі навчального закладу – Школи сприяння здоров'ю. За період 2003–2015 рр. проведено чотири конкурси. Сьогодні Національна мережа шкіл сприяння здоров'ю налічує близько 5 тис. навчальних закладів. Однак питання ефективності роботи мережі ЄМШСЗ залишається відкритим.

Підлітковий вік – сприятливий вік для формування ЗСЖ. Успішна діяльність щодо інформованості молоді про здоров'я пов'язана з потребами пошуку нетрадиційних, оригінальних ідей, розроблення інформаційних матеріалів, пошуку методів і форм доведення інформації. Одним із таких напрямків роботи є реалізація проекту КДМ.

Завдання КДМ полягають у тому, щоб надати медико-соціальну та консультативну допомогу, спрямовану на формування ЗСЖ; збереження психічного здоров'я, у т.ч. при складних життєвих обставинах; профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ/СНІД; формування навичок, які сприяють збереженню здоров'я, підвищенню рівня інформованості з питань ЗСЖ тощо.

В Україні КДМ почали впроваджуватися за сприяння ЮНІСЕФ в Україні з 1998 року. Проект розрахований на дітей віком від 10 до 17 років, а також на молодих людей до 35 років. Наразі в Україні в усіх областях (регіонах), крім підконтрольної території Луганської області, функціонують «Клініки, дружньої до молоді». Мережа КДМ має тенденцію до зростання: 123, 147, 135, 139 та 142 КДМ у 2012–2016 рр. відповідно. Форми та обсяг профілактичної роботи КДМ наведено у таблиці 10.5.

Таблиця 10.5

Форми санітарно-освітньої роботи КДМ у 2015–2016 рр.

Назва заходу	2015 р.		2016 р.	
	Кількість	Охоплено	Кількість	Охоплено
Індивідуальні форми профілактичної роботи (консультування)	203892	86,9%	20981	85,0%
Групові форми профілактичної роботи	28804	495378	35156	452985
Бесіди	16499	123539	25339	110674
Семінари-тренінги	3386	32259	2160	30473
Круглі столи	856	14561	497	14577
Відеолекторії	2680	60920	2716	58370
Лекції	4688	164725	3898	139804
Акції	597	98488	435	98130
Звернення до «Телефону довіри»	10027 клієнтів		10283 клієнти	

Незважаючи на позитивну динаміку в цілому щодо розвитку мережі КДМ та збільшення обсягу роботи з використанням індивідуальних і групових форм, значним недоліком їхньої роботи є те, що вони переважно розміщені в міській місцевості (табл. 10.6). Тим самим спостерігається нерівноправність щодо доступу до профілактичних послуг мешканців міст і сіл.

Розподіл відвідувачів КДМ за місцем проживання у 2014–2016 рр.

Місце проживання	Кількість відвідувачів					
	Рк					
	2014		2015		2016	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Місто	179082	77,9	179299	76,5	182384	73,9%
Село	50803	22,1	55156	23,5	63971	25,9%
Без певного місця проживання			55	0,02	363	0,1%
Разом	229959		234510		246718	

Структура звернень клієнтів до КДМ наступна: I місце – з приводу консультувань; II місце – з приводу захворювань; III місце – з приводу психологічної допомоги.

Структура звернень для одержання консультації з питань власного здоров'я наведена у табл. 10.7.

Таблиця 10.7

Звернення клієнтів КДМ для одержання консультації з питань власного здоров'я у 2015–2016 рр.

Причина звернень	2015 р.		2016 р.	
	абс.	%	абс.	%
З приводу консультувань, у т.ч.:	203892	87%	209813	85%
з методів контрацепції	67372	28,7%	63184	25,6%
з профілактики ВІЛ/СНІДУ	105182	44,9%	117704	47,7%
з приводу вагітності	7964	3,4%	8947	3,6%
з проблем загального психічного здоров'я	18155	7,7%	17907	7,3%
з проблем сексуальних відносин у підлітковому віці	22551	9,6%	23296	9,4%
з правових питань	2042	0,9%	1652	0,7%
з інших питань	19556	8,3%	16069	6,5%

Таким чином, майже 50% консультативних звернень припадає на питання профілактики ВІЛ/СНІДУ. Водночас, незважаючи на загально позитивну динаміку, дещо повільно запроваджується у КДМ добровільне передтестове консультування на ВІЛ: у 2015–2016 рр. було охоплено передтестовим консультуванням понад 36,7 тис. осіб та майже 44,0 тис. клієнтів відповідно.

Серед неформальної освіти населення ЗМІ наразі залишаються одним з найбільш масових та доступних джерел інформування населення з питань профілактики захворювань та ЗСЖ. Про це свідчать досить значні обсяги інформації через регіональні ЗМІ щодо питань охорони здоров'я (табл. 10.8).

Таблиця 10.8

Інформування населення про ЗСЖ та профілактику захворювань через регіональні ЗМІ у 2013–2016 рр.*

ЗМІ	Кількість заходів (тис.)											
	2013 р.			2014 р.			2015 р.			2016 р.		
	1**	2**	3**	1**	2**	3**	1**	2**	3**	1**	2**	3**
Обласні	17,4	11,3	32,4	11,5	7,2	21,8	11,9	6,5	21,0	11,1	6,4	20,2
Міські	17,7	20,8	33,4	13,1	15,6	26,3	12,5	12,6	24,7	13,2	14,4	26,5
Районні, відомчі, багатотиражки	-	30,3	2,4	-	15,4	1,1	-	14,8	1,7	-	16,1	1,2
Усього	35,1	62,4	68,2	24,6	38,2	49,2	24,4	33,9	47,4	24,3	36,9	47,9

Примітки: *Дані узагальненої ф. № 51-здоров за 2012–2016 роки; **1 – телепередачі, 2 – радіопередачі, 3 – публікації.

Головний недолік в інформуванні населення через ЗМІ полягає в тому, що до цього часу не вивчається ставлення широких верств населення до різноманітних джерел інформації, не запроваджено моніторинг за її змістом та якістю тощо.

Слід враховувати той факт, що наразі знайти нетрадиційні ідеї впливової інформації щодо формування ЗСЖ досить важко, оскільки усі відомі методи вже застосовуються. Як вважають фахівці з інформації, резерв залишається як у зміні ідеї подання матеріалу (інформація повинна впливати не тільки на свідомість людини, але й засвоюватися на підсвідомому рівні), так і у її змісті: необхідно переконувати людей про необхідність самозахисту, бо їхнє здоров'я нікого не цікавить, тому здоров'я – справа особиста. Тому у контенті матеріалів для ЗМІ акцент доцільно робити на популяризацію ідеалу заможної людини, у якої власне здоров'я – передумова життєвого успіху.

Для привернення уваги населення до актуальних проблем охорони здоров'я в Україні щорічно проводяться пропагандистські акції, присвячені як певним датам (охорона навколишнього середовища, запобігання шкідливим для здоров'я звичкам, раціональне харчування, профілактика ВІЛ/СНІДу тощо), так і у зв'язку з епідситуацією. Кількість проведених акцій у 2012–2016 рр. наведено у табл. 10.9.

Таблиця 109

Кампанії щодо підвищення поінформованості населення у сфері охорони здоров'я в Україні

Кількість пропагандистських акцій в областях	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Мінімум	8–10	6–10	6–10	6–10	7–10
Максимум	21–30 та >	21–30 та >	21–30 та >	21–30 та >	41–51 та >
Україна (в середньому)	22	25	26	27	27

Ефективність таких акцій невідома. Вони фінансово не забезпечуються, тому мають обмежене коло заходів, насамперед через ЗМІ. Спостерігається дефіцит наочності, популярної літератури для населення тощо. Тому дуже складно створити психологічний пресинг на свідомість населення про важливість таких акцій. Як засвідчує практика, ефективність таких пропагандистських заходів значно підвищується, коли вони одночасно супроводжуються різними оздоровчими заходами на вулицях та в ЗОЗ.

Ймовірно, ефективність пропагандистських кампаній незначна, про що непрямомо може свідчити кількість звернень населення до телефону «гарячої лінії» за останні роки, яка має тенденцію до зниження (табл. 10.10).

Таблиця 10.10

Звернення населення до телефонів «гарячої лінії» у 2012–2016 рр.

Кількість звернень (тис.)				
Рік				
2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
64,6	103,7	73,7	46,2	37,7

Загальновідомо, що популярна санітарно-освітня література є важливим джерелом інформування населення про профілактику захворювань та ЗСЖ. Видання такої літератури для населення за останні роки ЗОЗ системи МОЗ України наведено у табл. 10.11.

**Видання санітарно-освітньої літератури з питань ЗСЖ та профілактики захворювань
закладами системи МОЗ України у 2011–2016 рр.**

Показник	Рік					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість найменувань, тис.	1,9	2,0	<2,7	~1,9	2,0	2,3
Загальний обсяг (млн. прим.)	<1,4	1	2,7	0,921	1,01	1,11
Тираж 1 найменування (прим.)	700	512	449	491	493	487

Зберігається загальна тенденція до незначних накладів видання одного найменування популярної санітарно-освітньої літератури для населення (не більше 500 прим.). Такий обсяг виданих популярних санітарно-освітніх матеріалів виключає можливість забезпечення в достатній кількості населення будь-якого регіону навіть з однієї найбільш актуальної регіональної проблеми. Тим самим спостерігається в усіх, без винятку, регіонах гострий її дефіцит. Ще гірші справи з виданням плакатів. Так, у 2016 р. останні видавалися лише у 13 регіонах у кількості 617 найменувань загальним накладом 165,5 тис. прим., тобто тираж 1 найменування склав менше 270 примірників.

Дефіцит матеріалів для населення унеможливує, по-перше, здійснення будь-яких інтервенцій з різноманітних питань ЗСЖ, що повинні проводитися у закладах ПМСД, насамперед щодо відмови від куріння, зменшення вживання алкоголю, додержання норм раціонального харчування, своєчасного проходження профілактичних обстежень, своєчасного щеплення тощо; по-друге, виконання УКПМД у частині забезпечення пацієнтів матеріалами відповідно до стану свого здоров'я тощо.

Навчання пацієнтів за медико-оздоровчими показаннями (факультативна гігієнічна підготовка окремих груп та контингентів населення), як і в попередні роки, кількісно домінувало серед неформальної освіти населення. Слід вказати, що вона неповністю наразі відображається в офіційних галузевих формах звітності органів та ЗОЗ. Так, робота шкіл гіпертоників, діабетиків, астма-шкіл тощо в них до цього часу не знайшла свого відображення. Водночас у УКПМД діяльність таких шкіл передбачається. Лише в деяких обліково-звітних формах (форма 51-здоров, 038/о) відображається діяльність з формування ЗСЖ, гігієнічного виховання населення.

Із групових форм навчання у вказаних формах передбачена робота шкіл відповідального батьківства та гігієнічне виховання реконвалесцентів. Показники охоплення навчанням пацієнтів за медико-оздоровчими показниками наведено у таблиці 10.12.

Таблиця 10.12

**Охоплення факультативним гігієнічним навчанням окремих контингентів населення
у 2013–2016 рр. (узагальнена форма №51-здоров)**

Контингент	Рік							
	2013		2014		2015		2016	
	Усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчання	Усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчання	Усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчання	Усього (абс.)	% від осіб, які підлягають навчання
Реконвалесценти	5,33 млн.	76,7	4,7 млн.	83,7	4,6 млн.	84,0	4,4 млн.	79,2

Вагітні	423,6 тис.	95,9	379,9 тис.	95,4	352,8 тис.	95,5	304,4	93,7
Породіллі	384,5 тис.	96,9	352,7 тис.	97,1	312,4 тис.	98,0	293,7	96,5
Матері дітей 1-го року	369,0 тис.	96,6	341,8 тис.	95,9	282,3 тис.	94,6	268,2	93,7
Матері, які госпіталізовані з хворою грудною дитиною	230,5 тис.	94,4	197,3 тис.	94,8	160,7 тис.	93,3	167,8	93,3

Примітки: *дані по АР Крим та по м. Севастополю за 2014–2015 рр. відсутні, а по Донецькій та Луганській областях представлені частково; ** по всім контингентам дані по м. Києву за 2013–2016 рр. відсутні.

Недоліки, що притаманні такій формі гігієнічного навчання, протягом багатьох років залишаються без змін: воно ґрунтується тільки на вербальних методах навчання через відсутність будь-яких наочних і популярних санітарно-освітніх матеріалів, у медиків відсутня мотивація до якісного її проведення, переважна більшість медичних працівників не мають відповідної підготовки з методики гігієнічного навчання населення тощо. Більше того, її високі показники викликають певну недовіру.

Реформа охорони здоров'я, яка здійснюється в Україні, орієнтована на розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини. Сімейна медицина має компенсувати прогалини у профілактичній та медико-соціальній роботі ЗОЗ, адже, виходячи зі світового досвіду, 60% роботи сімейного лікаря полягає саме у профілактиці.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначено, що з 1 січня 2020 р. надання медичної допомоги на первинному рівні має здійснюватися лише лікарями загальної практики – сімейними лікарями. Тому актуальною для України є проблема якості підготовки сімейного лікаря.

Аналіз Типового навчального плану та програми інтернатури випускників медичних вищих навчальних закладів освіти III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», розроблений співробітниками кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Донецького національного медичного університету ім. М. Горького відповідно до наказів МОЗ України №81 від 23.02.2005р. «Про затвердження переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів», №621 від 25.11.2005 р. «Про внесення змін до наказу МОЗ України №81» та №1088 від 10.12.2010 р. «Про удосконалення післядипломної освіти лікарів», проведений УІСД МОЗ України, засвідчив наступне.

Професійні завдання, перелік знань та програма навчання в інтернатурі для ЛЗПСЛ у частині профілактики як невід'ємні складові учбового процесу збігаються тільки в питаннях імунопрофілактики, II та III профілактики захворювань та диспансеризації. Стосовно гігієнічного виховання населення та формування ЗСЖ спостерігається лише частковий збіг між вказаними складовими навчання.

У переважній більшості навчальних курсів програми інтернатури для ЛЗПСЛ профілактична робота не висвітлена взагалі або висвітлена з позиції лікувальної парадигми охорони та зміцнення здоров'я.

Суб'єкти профілактичної роботи, з якими повинні співпрацювати у своїй повсякденній роботі ЛЗПСЛ, висвітлені не повністю.

Форми роботи з об'єктами профілактичного впливу обмежені: групові форми навчання передбачаються тільки для пацієнтів з однотипними захворюваннями або для осіб груп ризику, а для здорових осіб вони не передбачені взагалі. Серед індивідуальних форм профілактики не відображене проведення короткотермінових інтервенцій щодо вживання інтоксикантів. Зовсім не представлені масові форми профілактики в практиці роботи ЛЗПСЛ.

Відсоток засвоєння практичних навичок з профілактики ЛЗПСЛ після закінчення інтернатури незначний (10,4% від загальної кількості), акцент серед них зроблено на імунпрофілактиці інфекційних хвороб (43%). Спостерігається недооцінка засвоєння практичних навичок з профілактики: до переліку не включено ряд важливих навичок, як з гігієнічного навчання населення, так і з формування ЗСЖ.

Існують певні об'єктивні труднощі щодо профілактичної діяльності ЛЗПСЛ. Примірним табелем матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, затвердженим наказом МОЗ України № 1150 від 27.12.2013 р., не передбачається оснащення для профілактичної роботи та формування ЗСЖ (за винятком ваг та ростоміру для визначення ІМТ): тести Фагерстрема та AUDIT, забезпечення пацієнтів відповідними інформаційними матеріалами (друкованими, аудіо-, відео-, інтернет-технологіями тощо) щодо захворювання, його ускладнень, придбання (видання) наочних матеріалів з різних аспектів ЗСЖ та профілактики ХНІЗ для забезпечення учбового процесу при групових формах навчання пацієнтів, оснащення приміщень закладу тощо. І хоча освітньо-кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» у розділі II «Проведення заходів щодо профілактики захворювань та травматизму, формування ЗСЖ, виявлення та корекція факторів ризику найбільш поширених захворювань» передбачається, що він повинен брати участь в «організації та проведенні школи відповідального батьківства, школи здоров'я для пацієнтів з хронічними захворюваннями та ін.», вказаним Примірним табелем не передбачається використання в навчальному процесі будь-яких наочних засобів, забезпечення слухачів відповідними друкованими матеріалами тощо. Водночас окремі УКПМД у частині первинної медичної допомоги передбачають певне устаткування і навіть окремі спеціальні приміщення для проведення навчання пацієнтів, наприклад «...4. Базою навчання є стаціонар або поліклініка з виділенням окремого приміщення з необхідним устаткуванням (шкільна дошка, глюкометри, тест-смужки, зразки препаратів і засоби введення інсуліну, наочні посібники та ін.)» (Протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнений цукровий діабет від 22.05.2009 р. № 356) або «В приміщенні ЗОЗ (в місцях, доступних пацієнтам) мати друковані інформаційні матеріали, в яких будуть висвітлені стратегії призначення антибіотиків при ГРІ».

Відсутність усталеного механізму фінансування діяльності з формування ЗСЖ та первинної профілактики ХНІЗ в регіонах, безперервне скорочення мережі установ та структур профілактичного спрямування, насамперед ЦЗ, на практиці призводить до нерівномірності розвитку послуг з формування ЗСЖ на місцях (табл. 10.13).

Нерівномірність послуг із формування ЗСЖ у регіонах України у 2014–2016 рр.

<i>Послуги з ЗСЖ</i>					
Видання санітарно-освітньої літератури для населення		Інформаційно-методичний супровід діяльності із ЗСЖ (видання методичних матеріалів)	Функціонування телефону довіри	Функціонування телефону «гаряча лінія»	Моніторинг щодо рівня поінформованості населення з питань ЗСЖ
Буклети, пам'ятки	Плакати				
<i>Кількість регіонів, у яких ці послуги відсутні</i>					
2014 рік					
2		4	2	5	7
2015 рік					
2	9	4	3	4	8
2016 рік					
1	12	5	-	4	9

Висновки

Вирішення проблеми подолання НІЗ на сучасному етапі прямо чи опосередковано пов'язане з проблемою формування ЗСЖ серед широких верств населення.

Формування ЗСЖ, гігієнічне виховання населення в Україні здійснюється шляхом формальної та неформальної освіти, які недостатньо взаємопов'язані між собою.

Типові програми інтернатури за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» наразі не забезпечують відповідну підготовку ЛЗПСЛ у частині профілактичної складової. Матеріальні передумови для гігієнічного навчання пацієнтів та формування ЗСЖ у процесі амбулаторного прийому у закладах ПМСД майже відсутні, що ускладнює реформування охорони здоров'я на засадах сімейної медицини.

Погіршення останніми роками стану санітарно-епідемічного благополуччя в Україні тісно пов'язане із суб'єктивним фактором.

Відсутність механізму фінансування заходів із формування ЗСЖ та гігієнічного виховання населення призводить до нерівномірності надання таких послуг населенню.

Покращення діяльності із формування ЗСЖ та гігієнічного виховання населення залишається однією з актуальних проблем охорони здоров'я в Україні.