

**Ю.О.Гайдаєв
В.М.Корнацький**

**ДЕРЖАВНІЦІЛЬОВІ
ПРОГРАМИ ПОКРАЩАННЯ
ЗДОРОВ'Я НАРОДУ**

Київ, 2007

Тернопіль, ТДМУ, "Укрмедкнига", 2007

УДК 614.1
ББК 51.1(2)0
Г14

Рецензенти:

Л.Г. Розенфельд — віце-президент АМН України, академік АМН України, д-р мед. наук, професор;

Ю.В. Вороненко — ректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, професор;

М.Г. Проданчук — директор Інституту токсикології і екогігієни, чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, професор.

Гайдаєв Ю.О., Корнацький В.М.

Г14 Державні цільові програми покращання здоров'я народу. — Тернопіль: ТДМУ, 2007. — 208 с.
ISBN 978-966-673-106-0

Монографія присвячена аналізу державних цільових програм покращання здоров'я населення України. В роботі детально висвітлена структура захворюваності та смертності серед усіх категорій населення, дана порівняльна характеристика цих показників з аналогічними в Західній Європі та США. Намічені шляхи поліпшення демографічної ситуації, покращання рівня здоров'я населення, мінімізації найактуальніших проблем системи охорони здоров'я. Зроблено аналіз фінансування державних програм та обґрунтована концепція моделі впровадження державних цільових програм із найактуальніших проблем здоров'я населення.

Видання адресоване організаторам охорони здоров'я, керівникам управлінь охорони здоров'я, головним лікарям закладів охорони здоров'я всіх рівнів, соціальним медикам та слухачам закладів післядипломної освіти.

УДК 614.1
ББК 51.1(2)0

ISBN 978-966-673-106-0

© Ю.О. Гайдаєв,
В.М. Корнацький, 2007

ВСТУП

Збереження й покращання здоров'я та впровадження системи його охорони є світовою проблемою і знаходить своє відображення як у національних і зарубіжних публікаціях, так і в офіційних документах ВООЗ. Європейська політика щодо охорони й покращення здоров'я у ХХІ столітті визначає стратегію й тактику, спрямовану на розбудову регіональних систем, зменшення захворюваності та поширеності хвороб, зниження інвалідності і смертності, продовження тривалості якісного життя у середньому як мінімум до 75 років.

Рівень здоров'я населення України на межі тисячоліть кваліфікується як незадовільний, оскільки в нашій країні протягом останнього десятиріччя спостерігається зростання смертності населення в межах 4%, тоді як у країнах Європи смертність на 4% знизилась. Таким чином, у нас цей показник вищий більш ніж у 1,5 рази, а середня тривалість життя менша на 5–10 років.

Основними причинами високої смертності населення стають хвороби системи кровообігу — 62,5%, злоякісні новоутворення — 11,7% і нещасні випадки — 8,9%, що у своїй структурі значно перевищують рівні в інших державах. Значну стурбованість викликає цереброваскулярна патологія, яка майже в кожному 5 випадку призводить до смерті; особливо це стосується людей працездатного віку. Складною проблемою залишається стан психічного здоров'я населення, що загалом негативно впливає на середню тривалість життя. Ситуація ускладнюється деструктивними процесами в економіці і зниженням національного прибутку, внаслідок чого вкрай обмеженими стають видатки на охорону здоров'я, які у 2006 році становили лише 356,8 грн., що в умовних одиницях удвічі менше рівня 1990 року та у 20–30 разів — інших країн Європи. Українці незадовільними залишаються екологічні умови життя і праці.

Таким чином, система охорони здоров'я потребує цілеспрямованого адресного впливу на оптимально ефективну мінімізацію найбільш актуальних проблем обмеженим фінансуванням, тобто розробки і впровадження Державних цільових програм, досвід яких накопичений протягом останнього десятиріччя. Проте аналіз динаміки стану здоров'я засвідчив недосконалість такої організаційної форми заходів для його покращання, оскільки не досягнуто належної ефективності порівняно з іншими країнами Європи, що й визначає актуальність проблеми.

РОЗДІЛ 1

СТАН ЗДОРОВ'Я ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОКРАЩАННЯ В УКРАЇНІ І В ІНШИХ КРАЇНАХ СВІТУ

1.1. Проблеми здоров'я і продовження середньої очікуваної тривалості якісного життя

Проблеми здоров'я людей в умовах соціально-економічних перетворень, що тривають в нашій країні, залишаються одними з найбільш складних і актуальних. У процесі реформування галузі охорони здоров'я особлива увага приділяється питанням об'єктивної оцінки стану здоров'я населення України та окремих його груп. З цією метою звичайно використовують основні показники, що характеризують стан здоров'я населення, а саме: демографічні, захворюваності, інвалідності, фізичного здоров'я, суспільного благополуччя (психічного й соціального).

В умовах посилення деструктивних процесів соціально-економічного життя в Україні поглиблюється медико-демографічна криза, яка визначається такими складовими: депопуляція (природне зменшення населення), зменшення народжуваності, погіршення стану здоров'я дорослих і дітей, переважно негативні зрушення в соціально-демографічних структурах, що суттєво порушують демовідтворювальний потенціал нації [1].

Депопуляція, що в сільській місцевості розпочалася ще в 1979 р., у 1991 р. охопила й міста. Унаслідок від'ємного природного приросту чисельність населення за період із 1991 по 1997 р. зменшилась на 1480 тис. чоловік (у містах — на 675 тис., у селах — на 805 тис.). Від'ємний природний приріст населення в 90-х роках — результат сукупного впливу низької народжуваності, високої смертності й несприятливої вікової структури.

На початок 2006 р. чисельність наявного населення України становила 46929,5 тис. осіб. За період із 2000 по 2006 р. населення України стало менше на 2,5 млн. осіб, у містах — майже на 1,5 млн. осіб, у селах

— більш ніж на 1 млн. осіб, при цьому чисельність населення України продовжує скорочуватись [2–4].

Зменшення чисельності населення характерне не тільки для України, а й для більшості республік колишнього СРСР. Загальне зниження чисельності населення в пострадянському просторі протягом 1992–2004 рр. склало 4680 тис. чол., у тому числі 61,5% припадає на частку природного спаду і 38,5% — на від'ємне сальдо міграції. Нині депопуляція домінує в більшій частині пострадянського простору. Депопуляційний вектор динаміки населення став реальністю для дев'яти пострадянських держав (Білорусь, Вірменія, Грузія, Естонія, Латвія, Литва, Молдова, Російська Федерація, Україна) [5].

Скорочення чисельності населення на початку XXI сторіччя зафіксовано також у всіх колишніх європейських соціалістичних країнах (окрім Албанії). Природний спад населення нині спостерігається в Німеччині, Італії, Швеції, Іспанії, Греції [6–8].

У 90-х роках XX ст. спостерігалось систематичне зниження абсолютних і відносних показників народжуваності. Так, кількість народжених із 657 тис. у 1990 році зменшилась до 443 тис. у 1997 році, а коефіцієнт народжуваності за цей період скоротився на 31,5% (з 12,7% у 1990 р. до 8,7% у 1997 р.) [1]. Сучасний рівень народжуваності найнижчий за весь період повоєнної історії України. Нині у Європі нижчий від України загальний показник народжуваності мають лише Італія, Іспанія, Латвія й Естонія [5]. Після неухильного скорочення народжуваності в 1991–2001 рр. в Україні з 2002 р. динаміка народжуваності набула позитивного спрямування, загальний показник народжуваності збільшився на 16,9%.

Найбільш гострою демографічною проблемою сучасної України, безумовно, залишається проблема надзвичайно високої смертності. Із середини 60-х років смертність неухильно зростає (за винятком короткочасного періоду горбачовської антиалкогольної компанії 1985–1988 рр.), а тривалість життя знижується. Особливо інтенсивним було зростання смертності в 90-х роках, за розгортання в країні соціально-економічної кризи. Кількість померлих із 630 тис. чоловік у 1990 р. збільшилась до 754 тис. чоловік у 1997 р., та 765 тис. чоловік у 2003 р. [9–10].

Протягом 1999–2005 рр. тільки у 2001 р. і 2004 р. спостерігалось незначне зниження як абсолютних, так і відносних показників смертності, а за решту років зафіксовано неухильне їх зростання [11]. Пік підвищення смертності за останні шість років припадає на 2005 рік. Кількість померлих у 2005 р. порівняно з 2004 р. зросла на 21 тис. осіб, або на 3,8% (у містах — на 2,8%, у селах — на 4,6%) [2].

Серед специфічних медико-демографічних проблем в Україні тривалий час чільне місце посідає проблема невинувато високої смертності населення працездатного віку, особливо серед чоловіків. Частка

осіб працездатного віку в загальній чисельності померлих чоловіків дорівнює в 1997 р. 37,5%; у жінок цей показник становить 8,4%, а враховуючи інтервал працездатності, аналогічний чоловічому, — 13,8% [12].

Основними причинами смерті населення працездатного віку (до 40–45 р.) залишаються нещасні випадки, убивства, самогубства.

Не втрачає своєї гостроти й актуальності проблема значної надсмертності чоловіків працездатного віку [12]. Найвагоміші запоруки її зменшення криються в запобіганні смертності чоловіків у молодому й середньому працездатному віці внаслідок нещасних випадків, убивств, самогубств та інших зовнішніх дій (індекс надсмертності чоловіків із цієї причини у вікових групах від 20 до 40 років нині значно вищий 500%); у зниженні рівня передчасної смертності 30–39-річних чоловіків від хвороб системи кровообігу; у скороченні невиправданих втрат життів у середньому і старшому працездатному віці внаслідок інфекційних та паразитарних хвороб, а також підвищення смертності чоловіків від захворювань органів дихання переважно після 45 років.

Протягом 2000–2005 рр. смертність населення в робочому віці зросла в чоловіків на 12,2%, а в жінок — майже на 9%. При збереженні в Україні й надалі сучасного стану смертності осіб працездатного віку, з покоління 16-річних юнаків доживе до 60 років лише 60%. Свідченням неблагополуччя в області смертності населення у працездатному віці є те, що на сьогодні рівень її в Україні майже в 3 рази перевищує аналогічні показники в розвинутих країнах світу. Вже протягом тривалого часу в Україні існує значна територіальна диференціація показників смертності населення у працездатному віці. Так, нині максимальні значення стандартизованих показників смертності у працездатному віці в Донецькій, Луганській, Дніпропетровській і Запорізькій областях серед чоловіків більш ніж в 1,5 раза (у жінок — в 1,3 раза) перевищує аналогічні показники в західних областях України [8, 13].

Середня очікувана тривалість життя населення виступає величиною, яка узагальнює всі структурні характеристики смертності. За цим показником Україна посідає одне з останніх місць у Європі, особливо за тривалістю життя чоловіків. Найнижчою тривалістю життя населення України була в період розгортання економічної кризи у 1991–1995 рр. Із 1999 р., після короткої паузи в 1996–1998 рр., тривалість життя знову скорочується [9].

На тлі невинного погіршення ситуації зі смертністю у країнах СНД вигідно вирізняються країни Балтії, в яких уже десятий рік поспіль спостерігається зростання тривалості життя. Так, з 1995 р. по 2004 р. тривалість життя чоловіків підвищилась в Естонії на 4,7 року, у Латвії — на 5,1 року, у Литві — на 3,3 року, а серед жінок — відповідно на 3,7, 3,3 і 2,8 року [5].

Очевидно, що з послідовним переходом до ринкової економіки і вступом у Європейський Союз країни Балтії зуміли переламати негативний тренд динаміки смертності, тоді як в Україні продовжується затяжна криза смертності, побороти яку зовсім не просто.

Європейською політикою “Здоров’я для всіх на 21 століття” [14] всебічний розвиток моніторингу стану здоров’я визначено одним із найважливіших напрямів удосконалення медичної та медико-соціальної допомоги. Важлива роль відводиться встановленню особливостей здоров’я різних прошарків населення, їх тенденцій і в нашій країні у зв’язку із прийнятою стратегією соціально-економічного розвитку, виконання якої неможливе без заходів щодо збереження здоров’я громадян [15–22]. Пріоритетний розвиток цього напрямку відображено також у Концепції розвитку охорони здоров’я населення України і в Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров’я нації на 2002–2011 роки” [16, 23], які базуються на першочергових завданнях розвитку та реформування охорони здоров’я.

Ці завдання тісно пов’язані з визначенням особливостей формування та тенденцій стану здоров’я, без знання про які неможливе здійснення відповідних заходів, спрямованих на його поліпшення.

Ефективне вирішення питань соціального розвитку країни, підвищення ефективності системи охорони здоров’я громадян, розробка соціальних нормативів і соціальних стандартів, національних та регіональних програм розвитку охорони здоров’я, прийняття обґрунтованих управлінських рішень базується на вірогідній деталізованій інформації про стан здоров’я населення, заходи щодо його охорони й соціально-гігієнічні фактори, які його визначають [24–26].

Моніторинг спрямований на те, щоб на основі виявлених змін приймати відповідні рішення або переглядати їх, якщо рішення були неефективними. Тому оцінка стану здоров’я є важливою функцією управління, вираженням управлінської відповідальності. Без об’єктивної оцінки стану здоров’я неможливо вирішення багатьох аспектів функціонування системи охорони здоров’я — організаційних, управлінських, кадрових, фінансово-економічних, лікувально-профілактичних [27–41].

Стан здоров’я населення залежить від комплексу чинників соціально-економічного, поведінкового, біологічного, медичного та екологічного характеру [42–53]. Доведено, що приблизно на 35–50% здоров’я людини визначається способом її життя [52]. Негативними його чинниками стають шкідливі звички; незбалансоване, неякісне харчування; несприятливі умови праці; фізичне і психічне перевантаження; малорухомий спосіб життя; погані матеріально-побутові умови; незгода в сім’ї; самотність; низький освітній та культурний рівень населення тощо. Негативно позначається на формуванні здоров’я і несприятлива екологічна ситуація,

зокрема забруднення повітря, води, ґрунту, а також складні природно-кліматичні умови [54–62]. Внесок цих чинників у формування захворюваності становить до 15–20%. Істотне значення має стан генетичного фонду популяції, схильність до спадкових хвороб. Це ще близько 20%, які визначають сучасний рівень здоров'я населення. Безпосередньо на охорону здоров'я припадає приблизно 10–20% “внеску” у формування рівня здоров'я населення. Вплив соціально-економічних чинників, способу життя на стан здоров'я населення досліджено в багатьох роботах [63–84].

Значну увагу науковці приділяють вивченню характеристик здоров'я населення у зв'язку зі змінами навколишнього середовища [80–87].

Важливий чинник, який впливає на здоров'я населення, — це організація медичного забезпечення, що знайшло відображення в багатьох працях, наукових дослідженнях [88–104].

Одним із пріоритетних напрямів у сфері охорони здоров'я є аналіз стану здоров'я в різних групах населення. Визначено особливості захворюваності дітей і підлітків [105–121]. У полі уваги дослідників перебувають питання вирішення проблем здоров'я нині та на перспективу.

У структурі захворюваності дитячого населення переважають хвороби органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини, інфекційні та паразитарні хвороби, у структурі поширеності — хвороби органів дихання, травлення, ендокринні хвороби, розлади харчування, порушення обміну речовин [122, 123].

Підлітки найчастіше захворюють на хвороби органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини, травми та отруєння. У структурі поширеності хвороб серед підлітків найбільшу частку становлять хвороби органів дихання, травлення, кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Серед окремих видів патології в дітей і підлітків особливої уваги потребують інфекційні захворювання. Вони мають велику питому вагу у структурі захворюваності і можуть бути причиною значних ускладнень здоров'я [122]. Найбільш доступним та економічно виправданим засобом у боротьбі з інфекціями виступає вакцинація [124]. На сьогодні діють як міжнародні, так і національні програми імунопрофілактики (РПІ, МЕ-КАКАР), працюють міжнародні організації, що сприяють їх виконанню. Основні положення, які вони висувають, такі: профілактичні заходи, у т. ч. вакцинопрофілактика, більш ефективні та потребують менших витрат, ніж лікувальні; кожна дитина у світі має право отримати своєчасну, якісну та повноцінну імунізацію.

Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їх гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку висвітлено у праці О. Лук'янової [107]. Сьогодні в Україні постійно здійснюється регіональний моніторинг дитячої інвалідності [108]. Значна увага надається

вирішенню проблем здоров'я дітей, які часто хворіють у ранньому дошкільному віці [109, 110], дітям і підліткам, що страждають на цукровий діабет. Встановлено динаміку поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України на основі Європейського опитування молодого покоління щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин [111]. Вживання молоддю ін'єкційних наркотиків — часта причина інфікування ВІЛ [114].

У свої 15–16 років кожна п'ята дівчина та кожний четвертий юнак вживали алкогольні напої вже 40 разів і більше. Частка хлопців і дівчат віком 13–17 років, які за останні 12 міс. вживали алкоголь 20 разів і більше, зросла за 4 роки відповідно на 6% і 3%. Вживають пиво частіше, ніж щотижня, 15–25% підлітків, вино 7% підлітків 13–17 років. Майже 3% хлопців та 1% дівчат вже можна зарахувати до залежних від алкоголю, оскільки вони його вживають практично щодня.

Питома вага підлітків, які вживали протягом життя будь-які наркотики, зросла за 7 років серед хлопців на 9%, серед дівчат — на 4%. Частка підлітків, які протягом життя вживали марихуану або гашиш, збільшилася на 12%.

Встановлено, що здоров'я дітей значною мірою залежить від впливу екологічних чинників [46, 83, 85, 125] і способу життя [113]. Так, доведено значний негативний вплив автотранспорту на функції дихальної та серцево-судинної систем у школярів промислових міст [86].

Важливою характеристикою здоров'я дітей виступає стан психологічного розвитку [115, 116]. Дестабілізаційні процеси в суспільстві, психоемоційна напруга в сім'ях і виховних закладах відображаються на психічному розвитку дітей. З метою зниження захворюваності дітей і підлітків на психічні розлади вдосконалюється система навчання й підвищення кваліфікації медичних, педагогічних працівників, упроваджуються нові методи й підходи, спрямовані на попередження та розпізнавання патології і своєчасне її лікування за допомогою сучасних засобів.

В Україні продовжує зростати кількість випадків народження дітей із природженими вадами розвитку. У зв'язку з цим дуже важливим є профілактичний напрям — система заходів щодо попередження природженої і спадкової патології [120, 126]. З метою раннього попередження цих хвороб запроваджено скринінгове обстеження новонароджених на фенілкетонурию, гіпотиреоз та низку інших заходів.

Занепад інституту сім'ї, поява у зв'язку з цим нуклеарної, а потім субнуклеарної сім'ї, а також інші явища, прикметні для сучасного суспільства (зростання обсягу інформації, прискорення темпу життя) призводять до дезорієнтації молодих людей, необхідності самостійно здійснювати вибір, приймати рішення, що в багатьох випадках згубно впливає на здоров'я [116].

Результати досліджень свідчать, що підлітки потребують створення клінік, орієнтованих на їх потреби, які зумовлені специфікою підліткового віку, з наданням медико-психолого-соціальної та правової допомоги через розуміння молодіжних проблем [116, 127].

Соціально-гігієнічний моніторинг здоров'я дитячого населення становить важливий механізм покращення демографічної ситуації в Україні [128, 129]. Математичний аналіз здоров'я дітей, взаємодії біологічних і середовищних чинників є одним із елементів розробки моделей технологій збереження здоров'я у профілактиці хвороб [129].

Структурний аналіз формування здоров'я в екологічно несприятливих умовах проведено в посутніх наукових дослідженнях [80, 85].

З екопатогенною дією на організм дітей пов'язані atopічні ураження шкіри, опорно-рухового апарату, імунодефіцитні стани. Діти, що проживають у екологічно несприятливих зонах, мають деяку затримку темпів формування м'язової та кісткової тканин, нерівномірний розподіл жирової маси й відповідно дисгармонійний фізичний розвиток, низькі фізіометричні показники [130, 131].

Сотні тисяч підлітків проживають в умовах дії малих доз радіації, зокрема й після опромінення організму радіонуклідами йоду. Виходячи з цього, групи підвищеного ризику розвитку радіаційно-індукованих ефектів становлять особи, які отримали дози опромінення щитоподібної залози в дитячому віці й у пренатальний період розвитку, що постійно мешкають на забруднених територіях, а також діти, народжені від осіб, опромінених під час і після аварії на ЧАЕС [132].

Проблеми корекції функціонального стану організму дітей, підлітків та молоді із хронічними соматичними захворюваннями, психофізіологічні та психогігієнічні аспекти вирішуються в дослідженнях науковців [133].

Багато досліджень присвячені визначенню особливостей захворюваності й поширеності хвороб як за окремими класами, нозологічними формами, так і в цілому серед дорослого населення [134, 135].

Основна роль у формуванні захворюваності населення України, як і більшості країн світу, належить хронічним неінфекційним захворюванням [136–146]. В Україні, як і в усьому Європейському регіоні, значного поширення набули серцево-судинні захворювання, рак, цукровий діабет, алергічні прояви, психічні розлади. Ситуація ускладнюється наявністю в переважній більшості населення факторів ризику хронічних неінфекційних хвороб.

У структурі захворюваності населення України послідовно зростає частка ендогенної патології, або накопиченого впливу, у вигляді хвороб системи кровообігу, новоутворень унаслідок низького рівня життя і значної поширеності чинників ризику [147, 148].

Протягом багатьох років показники захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу виявляють тенденцію до зростання.

Збільшується частота появи патології, пов'язаної зі стресами, через психоемоційну напругу [149–151]. Підвищується рівень екологічно детермінованої патології як результат обтяження середовища проживання, тобто поява хвороб ендокринної системи, крові та кровотворних органів, бронхіальної астми, алергічних ринітів, контактного дерматиту [152–154]. Дані спеціальних комплексних досліджень у хворих на цукровий діабет виявили досить високу частоту латентних порушень функцій нирок, серця, неврологічних розладів й необхідність проведення адекватної своєчасної терапії для профілактики ускладнень. Зростає захворюваність на соціально-детерміновані та соціально-небезпечні хвороби (туберкульоз, СНІД, деякі хвороби, що передаються статевим шляхом) унаслідок зниження рівня життя значної частки населення, зменшення резистентності організму через неякісне й неповноцінне харчування, скорочення обсягів профілактичного обслуговування, лібералізації форм і методів лікування деяких хвороб [155–159].

Основною причиною зростання професійної захворюваності виступає прогресуюче погіршення умов праці та медико-соціального обслуговування працівників різних галузей народного господарства [20].

Масштабність і складність завдань охорони здоров'я потребує для свого вирішення комплексного міжсекторального підходу, визначення пріоритетних цілей і концентрації ресурсів на задоволення найбільш актуальних потреб населення, досягнення медичного, соціального та економічного ефекту [160–167].

В Україні, як і в усьому Європейському регіоні, вирізняється послідовним зростанням частка ендегенної патології, або накопиченого впливу, що передовсім є наслідком значного поширення факторів ризику, а також досить низького рівня життя населення.

Особливу стурбованість викликає тенденція зростання хвороб системи кровообігу в умовах високих показників смертності та інвалідизації населення від цих захворювань. Серцево-судинні хвороби залишаються основною причиною смерті та інвалідності дорослого населення. Питома частка померлих від серцево-судинних хвороб зростає: із 60,7% у 1999 р. до 61,3% у 2001 р. Саме з цих причин Україна за показниками смертності займає перше місце серед країн Європи. Цереброваскулярні хвороби — 184 випадки щорічно на 100 000 осіб, що становить 9% тягаря хвороб і 13% усіх смертей (184 смерті на 100 000 населення), тоді як у країнах Європейського регіону ця цифра складає лише 68 випадків смерті на 100 000 населення [195–170].

Європейський конгрес кардіологів у Мюнхені відмітив негативні особливості стилю життя українців. Результат — найвища у Європі, за да-

ними Інституту кардіології ім. М.Д. Стражеско та Інституту терапії АМН України, смертність від серцево-судинних захворювань. Хворих на серцево-судинну патологію у країні зареєстровано понад 20 млн. осіб, гіпертонічну хворобу — 10 млн. (23% населення), ішемічну хворобу серця — 7,6 млн. Щорічно реєструється більш ніж 50 тис. інфарктів міокарда і близько 120 тис. інсультів. Половина хворих — люди працездатного віку [171].

Важливою медико-соціальною проблемою залишаються злоякісні новоутворення. Злоякісні новоутворення сьогодні — одна з основних проблем охорони здоров'я в усіх розвинутих і багатьох країнах, що розвиваються, і одна з основних причин смертності та інвалідності населення; щорічно на них припадає 15% від загального числа смертей, або 326 смертей на 100 000 населення, та 25% інвалідизації населення. За даними міжнародного агентства з вивчення раку, у 2000 р. у світі було зареєстровано понад 10 млн. випадків захворювань злоякісними новоутвореннями, а до 2020 р. прогнозується збільшення кількості уперше виявленого раку до 16 млн. За прогнозними оцінками, в Україні до 2010 року кількість онкологічних хворих, виявлених уперше, досягне близько 200 тис. осіб на рік, а до 2020 року онкозахворюваність збільшиться на 25%. Щорічно реєструється 326 нових випадків раку на 100 000 тис. населення, з них 18,4 нових випадків раку шийки матки, що значно перевищує частоту цієї патології в ЄС — 3,2, та 59 і 41 нових випадків раку молочної залози й раку легень, поширеність злоякісних новоутворень складає 1,7%.

На сьогодні в багатьох країнах світу внаслідок негативних змін у стилі життя населення (гіподинамія, стреси, споживання висококалорійних і багатих вуглеводами продуктів тощо) спостерігається високий рівень захворюваності цукровим діабетом (ЦД). За даними ВООЗ, за останні десятиріччя поширеність ЦД у країнах світу зросла в 1,5-2 рази й коливається в середньому від 1,5 до 3-4%, а в розвинутих країнах світу — до 8-10%. Кожні 10-15 років кількість хворих на ЦД подвоюється. Нині у світі близько 180 млн. хворих на ЦД, а за прогнозами, у 2010 році ця цифра досягне 230 млн., у 2025 р. — 334 млн. чоловік. В Україні, як і в інших країнах світу, показники захворюваності на ЦД щорічно зростають. Якщо у 2000 р. показник захворюваності ЦД становив 1845,8 на 100 тис. населення, то у 2004 р. він зріс до 2043,1.

Відомо, що під час соціально-економічної кризи відбулося зростання інвалідності та смертності населення, пов'язаних із травмами, отруєннями й нещасними випадками. Травми — прихована епідемія серед молодих чоловіків. У 2002 р. у світі рівень травматизму в загальній структурі захворюваності складав 14%, а в деяких штатах Америки, Східній Європі, Східному Середземномор'ї в понад 30% чоловіків у віці 15-44

років були зареєстровані випадки травматизму. Кожний 10-й чоловік у віці 15–44 років гине від дорожніх травм (у країнах ЄС — 297 чоловік на 100 000 населення) [172].

Рівень хвороб, пов'язаних із травмами, отруєннями й нещасними випадками, в Україні має тенденцію до зростання. Упродовж 2005 р. вперше зареєстровано 5353,3 випадки травм та отруєнь на 100 тис. чоловік працездатного населення. Порівняно з 2000 р. частота випадків травм, отруєнь та наслідків дії зовнішніх чинників виросла на 0,9%, а порівняно з 2004 р. — на 0,7%. У порівнянні з деякими країнами ЄС показник дорожньо-транспортного травматизму в Україні значно нижчий і складає 89 чоловік на 100 000 населення, тоді як у Росії — 146 випадків, Сербії і Чорногорії — 739, Хорватії — 384, Боснії і Герцеговині — 574 випадків на 100 000 населення [172, 173].

До серйозних проблем, які потребують вирішення, належить також стан психічного здоров'я населення. На 51-й сесії ВООЗ було оголошено, що психічні розлади, зокрема депресивні стани, вийшли на перше місце у світі серед причин неявки на роботу, на друге — серед хвороб, що призводять до втрати працездатності. За даними епідеміологічних досліджень, близько 450 млн. людей у світі страждають на психічні й неврологічні розлади або мають психосоціальні проблеми, пов'язані з алкоголізмом і наркоманією. Порушення психічного здоров'я призводить до розвитку певних хвороб, зниження якості життя, зростання інвалідності та смертності. За даними ВООЗ, 45% усіх захворювань пов'язані зі стресом, а деякі спеціалісти вважають, що ця цифра вдвічі більша. Нервово-психічні розлади займають 19% у структурі захворюваності населення України. Це кожен 10-й випадок непрацездатності, кожен 5-й громадянин страждає на психічні розлади: депресію, алкоголізм, шизофренію. Щорічно реєструється 628 нових випадків психічних розладів на 100 000 населення, у країнах ЄС — 777. Депресивні стани складають 4,1% у структурі захворюваності, за прогнозними оцінками, до 2020 р. очікується, що вони займуть 2 місце після ішемічної хвороби серця (ІХС). У Європейському регіоні частка населення з такими розладами коливається від 1% до 6%. В Україні щорічно реєструється 24 випадки смерті на 100 000 населення від самогубств або навмисних ушкоджень, тоді як у країнах ЄС — 25 [174, 175].

Економічні збитки, пов'язані з проблемами психічного здоров'я, досить великі. За даними Міжнародної організації праці, у країнах-членах ЄС ці збитки складають 3–4% валового національного продукту. Зокрема, у Німеччині затрати, пов'язані зі всіма психічними й поведінковими розладами, склали у 2002 р. 22,44 млрд. євро, у середньому 270 євро на людину. В Англії — 15,46 млрд. євро або 309,2 євро на душу населення. У Франції — 31,9 млн. робочих днів щорічно. В Україні на

лікування таких хворих витрачається близько 20% усіх коштів, які виділяються на охорону здоров'я [176, 177].

Захворюваність на туберкульоз населення країни — одна з актуальних медико-соціальних проблем.

У 1995 р. Всесвітня організація охорони здоров'я визнала туберкульоз в Україні епідемією, і відтоді ситуація з кожним роком погіршується.

Щороку на туберкульоз хворіють понад 40 тис. українців, помирають від цієї недуги більш як 10 тис. За офіційними даними, загальна кількість хворих на туберкульоз в Україні становить 1,4% чисельності населення, що за абсолютним показником становить майже 700 тис. осіб. Туберкульоз став реальною загрозою національній безпеці України [178].

Ситуація з туберкульозом не обмежується лише медичними проблемами. До чинників, які зумовлюють розвиток епідемії, належать погіршення умов життя людей, зростання рівня безробіття, збільшення кількості осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, нестача фінансування протитуберкульозних закладів. Зростає кількість безпритульних і бездоглядних дорослих і дітей, спосіб життя яких не контролюваний з боку суспільства, що створює загрозу масштабнішого поширення туберкульозу та ВІЛ/СНІДу в Україні. Понад 60% хворих на туберкульоз в Україні належать до соціально незахищених та малозабезпечених верств населення [179].

Однією з основних причин високого рівня захворюваності на туберкульоз є належність значної кількості хворих до категорії соціально незахищених верств населення. Друга причина — стрімкий розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу, а отже, і збільшення кількості хворих із поєднаними захворюваннями туберкульозу і СНІДу (ВІЛ-асоційований туберкульоз). У структурі хворих на СНІД та померлих від нього близько 50% становить супутній туберкульоз, а з-поміж контингенту хворих на туберкульоз у деяких регіонах частка ВІЛ-інфікованих серед хворих на туберкульоз сягає 10–12%. Значною проблемою лишається вживання ін'єкційних наркотиків зазначеним контингентом хворих, що стає основною причиною смерті хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз [180, 181].

Сьогодні визначено, що СНІД — проблема, яка впливає на всі сфери розвитку суспільства. Так, наслідки поширення епідемії виявляються в різних аспектах, зокрема стосуються демографічної та соціально-економічної ситуацій. Підвищення показників смертності, збільшення кількості сиріт на тлі зниження народжуваності та загального зменшення чисельності населення України — ось безпосередні наслідки стрімкого розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу [182].

Поширення ВІЛ-інфекції набирає глобальних масштабів, вражаючи різні верстви населення. На відкритті XIV Міжнародної конференції з

проблем СНІДу (Барселона, 2002) виконавчий директор ЮНЕЙДС Пітер Піот зазначив: “Якщо ми не зробимо все можливе сьогодні і завтра, потім — буде пізно, епідемія призведе до катастрофи”. Україна посідає одне з провідних місць у Східноєвропейському регіоні за темпами поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [183, 184, 185–188].

Незважаючи на певні зусилля органів державної влади, місцевого самоврядування, неурядових організацій і суспільства загалом, ситуація з поширенням цієї хвороби у країні залишається тривожною та складною.

Відповідно до останніх оцінок Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС) показник поширеності ВІЛ значно коливається в різних країнах. Найбільшу загрозу хвороба становить для країн Південної Африки, Південної Америки, Південно-Східної Азії. У регіонах Східної Європи та Центральної Азії темпи розвитку епідемії також продовжують зростати, число інфікованих досягло 1,5 млн. осіб. У Російській Федерації, Україні, країнах Балтії, Білорусі та Казахстані показники поширеності ВІЛ перевищили 1% населення у віці 15–49 років, що з погляду епідеміології дає змогу характеризувати ситуацію в цих країнах як концентровану стадію епідемії. У глобальному масштабі ВІЛ/СНІД займає четверте місце серед причин смертності, насамперед серед осіб молодого віку [189, 190–194, 195].

Доведено, що існує три шляхи зараження вірусом імунодефіциту людини: під час статевих контактів, через кров та від матері до дитини [196–200, 201–207].

Статевий шлях є найбільш поширеним у світі шляхом інфікування ВІЛ. Першими постраждалими від СНІДу були чоловіки з гомосексуальною орієнтацією в розвинених країнах, насамперед у США, Канаді, Франції, і лише пізніше розвиток епідемії охопив гетеросексуальне населення. Незахищені статеві контакти небезпечніші для жінок, ніж для чоловіків. Ризик такого інфікування становить 0,3–0,5% [208–213].

Інфікування через кров відбувається при парентеральних втручаннях, насамперед ін'єкційному вживанні наркотичних речовин, інвазивних медичних маніпуляціях, переливанні інфікованої крові. При ін'єкційному вживанні наркотичних речовин ризик зараження становить 1–10%, переливанні крові — до 95–98%. Захистити себе від інфікування збудниками гемотрансфузійних інфекцій споживач наркотиків може, використовуючи щоразу стерильний шприц та дезінфектанти або повністю відмовившись від ін'єкційного шляху введення наркотику [214, 215–218].

ВІЛ передається від матері до дитини впродовж вагітності, під час пологів та при вигодовуванні дитини груддю. Підраховано, що вірус передається таким шляхом у 30–45% випадків, для України цей відсоток становить 27,5 [219–222].

З 1999 р. внаслідок зростання кількості інфікованих вагітних жінок значно зросла кількість ВІЛ-позитивних дітей. Понад 97,0% ВІЛ-позитивних дітей народжені ВІЛ-позитивними матерями. Більшість ВІЛ-позитивних дітей народжуються в соціально неблагополучних сім'ях. Ці діти зростають без необхідного забезпечення умов, якими визначається достатній рівень життя (медичне обслуговування, повноцінне харчування, забезпечення вітамінами, одягом, іграшками, шкільним приладдям тощо). У країні невпинно зростає кількість ВІЛ-позитивних дітей, які самі вживають наркотики, їх кількість перевищує 2% усіх офіційно зареєстрованих ВІЛ-позитивних дітей. У 2006 р. зареєстровано 1958 (28,0 на 100 тис. населення) ВІЛ-позитивних дітей до 14 років, що на 15,4% більше, ніж у 2005 р. [223–227].

У 2001 р. на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй 189 держав-членів ООН, у тому числі й Україна, прийняли Декларацію про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом і цим підтвердила свої зобов'язання. Декларація стала глобальним консенсусом щодо вживання необхідних комплексних заходів у досягненні мети, сформульованої в Декларації тисячоліття, — до 2015 р. подолати епідемію ВІЛ/СНІДу.

У 2004 р. були затверджені Концепція стратегії дій Уряду, спрямована на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, та Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги й лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2004–2008 рр. Сьогодні програма визначає основні пріоритети в боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні, забезпечує робочі рамки для залучення додаткових фінансових та технічних ресурсів. Основна увага програми зосереджена на двох стратегічних напрямках протидії епідемії: запобіганні поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу та розширенні доступу до медичної допомоги — забезпечення лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД [228, 229].

З метою створення потужної загальнодержавної кампанії протидії епідемії СНІДу в Україні створена і діє Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, до якої ввійшли провідні інституції в цій сфері. Особливий акцент було зроблено на ефективній співпраці Уряду та громадських організацій, зокрема людей, що живуть з ВІЛ/СНІД. Така Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції є найкращим прикладом координації зусиль державних, неурядових та міжнародних організацій у боротьбі зі СНІДом серед країн Східної Європи та Центральної Азії [230]. Подальше повноцінне функціонування Ради було визнано необхідною передумовою успішного виконання проектів Світового банку, Глобального фонду, інших міжнародних договорів. У 2006 р. рішенням Правління

ня Глобального фонду схвалено заявку на фінансування другого гранту для України в сумі 151 млн. дол. США. Відновлено фінансування кредитного проекту Світового банку “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”. Підписано меморандум із Федеральним міністерством економіки Німеччини на проект із зміцнення спроможностей регіональних координаційних рад з питань боротьби з ВІЛ/СНІД. Протидія туберкульозу та ВІЛ/СНІДу залишилася одним із основних напрямів співпраці із Сполученими Штатами Америки [231–233]. У разі збереження наявних тенденцій поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та відсутності адекватних заходів протидії найближчим часом епідемія може істотно вплинути на поглиблення й без того важкої демографічної кризи, погіршення якості продуктивних сил суспільства та інші важливі складові забезпечення соціально-економічного розвитку держави [234–236].

Для характеристики стану здоров'я використовуються й узагальнювальні показники. За даними Євробиюро ВООЗ, в Україні за показником KALY (утрачені роки здорового життя) найбільш значна частка тягаря хвороб серед осіб обох статей припадає на серцево-судинні захворювання. На другому місці за значенням для чоловіків — невмисні травми, для жінок — нервово-психічні розлади. При вимірюванні в KALY максимальний тягар хвороб серед чоловіків пов'язаний із вживанням тютюну та алкоголю, серед жінок — з підвищеним артеріальним тиском та високим рівнем холестерину.

Дані про стан здоров'я використовуються для більш раціонального управління здоров'ям, реагування на його зміни, залучення до вирішення важливих життєвих проблем державних інституцій та громадськості України. Вивчення, аналіз та оцінка здоров'я — це основа інтересів медичної науки та практичної охорони здоров'я [237–250].

1.2. Шляхи покращення рівня здоров'я населення

Негативна динаміка стану здоров'я населення призводить до об'єктивного зростання потреб у медичній допомозі, які існуюча система охорони здоров'я задовольнити не в змозі.

Нині необхідно звернути увагу на збереження і зміцнення здоров'я населення України, поліпшення демографічної ситуації, підвищення народжуваності, зниження смертності та інвалідності, збільшення тривалості активного життя, зміцнення фізичного та психічного здоров'я нації, зокрема жіночого здоров'я, продовження працездатного віку, покращення індексу людського розвитку.

Міжгалузевою комплексною програмою “Здоров'я нації” на 2002–2011 р. передбачені і здійснюються заходи щодо поліпшення здоров'я

різних категорій населення [251–254]. Це передовсім стосується таких категорій населення як діти, люди похилого віку, інваліди.

Першочерговим завданням нашого суспільства є забезпечення здоров'я дітей, що можна досягти шляхом дотримання необхідних для здорового розвитку дітей умов.

На розвиток патології суттєво впливають умови перебування дітей у дошкільних закладах та школах, особливо обмеження фізичної активності, значний обсяг інформації, предметна система виховання, недостатнє природне освітлення, незбалансоване харчування.

Необхідно створити належні умови для поліпшення фізичного, психічного та соціального благополуччя дітей та підлітків; розширити доступ до спортивних та оздоровчих закладів, молодіжних клубів; забезпечити впровадження профілактичних оглядів та диспансерного нагляду за дітьми та підлітками, створення медико-соціального патронажу сім'ї.

Протягом першого року виконання Програми Державним комітетом у справах сім'ї та молоді розроблено положення про центри ресоціалізації наркозалежної молоді.

У всіх регіонах здійснюється санітарно-епідеміологічний контроль якості питної води та продуктів харчування в дитячих дошкільних закладах і школах. В Україні існує служба медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи.

Нині спостерігається призупинення негативної динаміки зменшення народжуваності (у 2002 р. народилось на 14,2 тис. дітей більше, ніж у 2001 р.); здійснення передачі дітей підліткового віку під нагляд закладів педіатричної служби; забезпечення постійного доступу сільського населення до спеціалізованої медичної допомоги тощо [255].

Медичний персонал лікувально-профілактичних закладів здійснює необхідні заходи щодо забезпечення належного обсягу та якості надання медичної допомоги незахищеним верствам населення. Це стосується передусім профілактичних оглядів з подальшим диспансерним наглядом; упровадження новітніх технологій діагностики, лікування, реабілітації; санаторно-курортного лікування, безкоштовного чи пільгового медикаментозного забезпечення, зубопротезування тощо.

Соціальна допомога незахищеним верствам населення, визначеним законодавством, надається мережею спеціалізованих закладів, що перебувають у підпорядкуванні Міністерства праці та соціальної політики.

У зв'язку зі сталою тенденцією демографічного постаріння населення значну соціальну проблему становить організація оптимальної системи патронажу самотніх німечних громадян. У районах і містах організовано центри (відділення) соціального обслуговування вдома самотніх громадян непрацездатного віку.

Важливим аспектом медико-соціальної допомоги вразливим верствам населення є медикаментозне забезпечення, яке регулюється державою через прийняття відповідних директивно-нормативних документів.

МОЗ України розроблено галузеву програму щодо створення мережі аптек для ветеранів війни, праці, пенсіонерів.

Дані моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” засвідчують, що з кожним роком успішно продовжується робота з розширення мережі закладів соціального спрямування та сфери їх діяльності в межах виділених бюджетних асигнувань, проте в регіонах спостерігається брак цих коштів. За залишковим принципом фінансуються потреби в санаторно-курортному лікуванні, а також у коригувальних втручаннях (зубопротезуванні, ендопротезуванні суглобів), забезпеченні кардіостимуляторами, слуховими апаратами, штучними кришталиками тощо.

Загальна стратегія забезпечення здоров’я у старості повинна складатися з трьох основних взаємозалежних компонентів:

1. Заходи на індивідуальному (особистому) рівні. Якість життя літніх людей залежить від комплексу чинників, що сприяють виникненню мотивації до здорового способу життя, та реалізації програм первинної профілактики захворювань.

2. Заходи охорони здоров’я на галузевому рівні. До них належать: організація доступної якісної кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги (ранньої діагностики вікових хвороб, лікування, медичної й соціальної реабілітації); забезпечення проведення планових скринінгових обстежень, профілактичних оглядів і диспансерного нагляду за громадянами похилого віку.

3. Заходи на державному та регіональному рівнях. До них, насамперед, належать: удосконалення існуючої нормативно-правової бази щодо забезпечення пріоритетності в наданні медико-соціальної допомоги законодавчо визначеним категоріям населення, наближення її до стандартів Євросоюзу; фінансування в повному обсязі соціальних, медико-оздоровчих програм з державного та місцевих бюджетів [256].

Також необхідно приділити велику увагу заходам боротьби з соціально-значущими хворобами.

З метою генетичної профілактики онкологічних захворювань проводиться цільовий генетичний моніторинг вроджених вад розвитку дитячого населення України, створюються реєстри індикаторних станів.

Особливої уваги потребують питання оздоровлення та диспансерного нагляду за особами з груп підвищеного ризику виникнення онкологічних захворювань. У Київській міській онкологічній лікарні здійснюється клінічне випробування нового методу скринінгу онкологічних захворювань “Онкотест-2”, який може сприяти поліпшенню якості ранньої

діагностики. На базі онкологічних диспансерів в усіх регіонах України створено мережу мамологічних центрів та кабінетів для надання медичної допомоги жінкам із патологією молочних залоз.

В Україні створено умови для пріоритетного розвитку виробництва вітчизняних хіміотерапевтичних та променеви́х препаратів.

Програма санітарної освіти населення з питань первинної профілактики онкологічних захворювань розроблена на виконання завдань Програми.

Для її реалізації мають використовуватися засоби впливу на індивідуальному, груповому, регіональному та популяційному рівнях (інформування населення через електронні та друковані засоби масової інформації).

Незважаючи на процеси скорочення кількості лікарняних закладів та їхнього ліжкового фонду у зв'язку з реформуванням вітчизняної системи охорони здоров'я, онкологічній службі вдалося зберегти мережу профільних закладів, забезпеченість ліжками своїх контингентів, кількість лікарів-спеціалістів [257].

Цукровий діабет та його ускладнення також належать до серйозних соціальних хвороб. Необхідно звернути велику увагу на організацію надання медико-соціальної допомоги пацієнтам з цією хворобою. Вживаються заходи, спрямовані на відновлення в областях роботи ендокринологічних диспансерів, ендокринологічних відділень та центрів на базі обласних клінічних лікарень.

У переважній більшості регіонів забезпечено стовідсоткове охоплення диспансерним наглядом хворих на цукровий діабет та ускладнення від нього. Тільки в деяких регіонах цей показник коливається в межах 80-90%, що пов'язано, як вважають деякі управління охорони здоров'я регіонів, із незвертанням до лікаря хворих з легкими формами ендокринної патології через відсутність ефективних цукрознижувальних препаратів для лікування.

Важливими заходами є удосконалення і впровадження методик навчання пацієнтів і членів їхніх сімей прийомам само- та взаємодопомоги в боротьбі з цукровим діабетом, а також забезпечення навчання хворих на діабет методам контролю за вмістом цукру у крові. Засобами для введення інсуліну (шприц-ручками) забезпечено переважно дітей, підлітків, вагітних, інвалідів. Щодо дорослого населення, то цей показник коливається в діапазоні 8-50%.

У всіх регіонах створені регіональні реєстри хворих на цукровий діабет, що дало можливість проводити довгостроковий моніторинг стану здоров'я зазначеної категорії хворих.

Одним із важливих заходів щодо поліпшення лікувального процесу хворих на цукровий діабет слід назвати забезпечення закладів охорони

здоров'я необхідними засобами лікування ендокринологічних хворих, а ендокринологічних установ — засобами діагностики ендокринних захворювань та необхідним лабораторним устаткуванням [258].

З початку XX століття все більшої ваги набуває проблема травматизму, яка визначається, по-перше, його поширеністю і зростанням, по-друге, його медичною й соціальною значущістю (висока вартість медичної допомоги й високі рівні смертності та інвалідності) і, по-третє, його економічною значущістю (прямі й опосередковані збитки внаслідок втрати трудового потенціалу суспільства).

Важливою складовою вирішення таких медико-соціальних проблем, як травматизм та отруєння, є реалізація відповідних заходів; серед них насамперед слід назвати забезпечення аварійно-рятувальних та протипожежних служб спеціальними автотранспортними засобами, обладнанням, підготовленими кадрами. Реалізацію цієї умови, спрямованої на профілактику та зниження рівня отруєнь і травматизму, організовує і здійснює Міністерство надзвичайних ситуацій як на державному, так і на регіональному рівнях.

Важливим заходом профілактики дорожньо-транспортного травматизму залишається поліпшення стану існуючих та здійснення будівництва нових доріг і транспортних шляхів, які б відповідали сучасним світовим стандартам. З метою поліпшення стану залізниць відповідно до вимог європейських стандартів, які передбачають зменшення негативного впливу залізничного транспорту на навколишнє середовище й підвищення рівня безпеки перевезень, Міністерство транспорту сьогодні модернізує інфраструктуру залізниць на напрямках міжнародних транспортних коридорів.

Безсумнівно, визначальним заходом на шляху до зменшення дорожньо-транспортного травматизму виступає поліпшення нагляду за транспортним потоком, недопущення до використання зношених, аварійно-небезпечних транспортних засобів та таких, що вичерпали свій технічний ресурс.

Першим кроком до вирішення цієї проблеми стала розробка переліку медичного оснащення притрасових закладів охорони здоров'я. Отримана внаслідок виконання цього заходу інформація свідчить, що майже всіма регіонами країни надано пропозиції щодо необхідного медичного оснащення притрасових закладів охорони здоров'я. Одним із важливих заходів, спрямованих на ефективне лікування травм, є розробка для працівників МВС, учителів, водіїв навчальних планів і програм з питань надання невідкладної долікарської допомоги постраждалим, а також організація систематичного навчання зазначених категорій населення.

Таким чином, реалізація заходів щодо таких медико-соціальних проблем, як травматизм, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх

чинників, дала позитивні результати. Потребують подальшого удосконалення механізми взаємодії державних та регіональних служб, залучених до виконання відповідних заходів у цій сфері [259].

Стан психічного здоров'я населення становить один із найважливіших факторів визначення стратегії діяльності, спрямованої на збереження та підтримку громадського здоров'я, пом'якшення дії на нього несприятливих факторів.

Психічне здоров'я як усього населення України, так і його окремих груп характеризується високим рівнем захворюваності та поширеності розладів психіки й поведінки, алкоголізму, наркоманії. У багатьох випадках психоневрологічні диспансери на місцях не ставлять на облік психічно хворих осіб, які становлять соціальну небезпеку для оточуючих, та не вживають необхідних заходів щодо їх госпіталізації у примусовому порядку.

Вивчення обставин учинення злочинів та правопорушень психічно хворими особами показало, що у великій кількості випадків однією з причин скоєння суспільно небезпечних дій стає відсутність належної взаємодії між органами внутрішніх справ та закладами охорони здоров'я щодо взаємного обміну інформацією про осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади здоров'я.

З метою запобігання шкідливому впливу рекламних заходів, масових оздоровчих сеансів, загрозливих для здоров'я, а також пов'язаних із заподіянням шкоди здоров'ю відправ релігійного культу, майже в усіх областях України спеціалістами з охорони психічного здоров'я проводиться систематична роз'яснювальна робота в засобах масової інформації, організуються круглі столи, семінари, конференції, прямі ефіри за участю представників медичних, освітніх, релігійних громад, державних та громадських організацій.

Для забезпечення надання належної медико-психологічної допомоги дітям і підліткам із граничними психічними розладами майже в усіх областях існують відповідні медичні заклади: центри медико-соціальної реабілітації, центри сімейного консультування та психотерапевтичної корекції, стаціонари та відділення для дітей із граничними розладами. У разі потреби створюються нові медичні заклади.

Таким чином, уже на сьогодні виконання заходів Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 рр. щодо медико-соціальної допомоги хворим на психічні розлади, алкоголізм та наркоманію дало вагомий позитивний результат. І є підстави розраховувати на те, що в разі подальшого виконання заходів Програми ситуація у сфері медико-соціальної допомоги цим контингентом населення поліпшуватиметься і надалі [260].

1.3. Мінімізація найбільш актуальних проблем стану здоров'я населення

У сучасних умовах реформування сфери охорони здоров'я в Україні для мінімізації найбільш актуальних проблем стану здоров'я населення, поєднання соціально-економічних пріоритетів із заходами бюджетної політики, досягнення збалансованості фінансування із бюджетів усіх рівнів, суттєвого поліпшення рівня надання медичних послуг необхідно всебічно сприяти застосуванню програмно-цільового методу планування видатків.

Упровадження як на державному, так і на місцевому рівнях цього методу, який базується на оцінці впливу бюджетної політики в середнь-остроковій перспективі на показники фінансової стабільності чи інші індикатори стратегії розвитку сфери охорони здоров'я, дасть змогу підвищити ефективність управління видатками бюджетів усіх рівнів у цій сфері. Це підтверджено результатами досліджень вітчизняних та міжнародних експертів з бюджетної політики [261–276].

Результати вивчення літературних джерел свідчать, що основоположні принципи програмно-цільового методу складання бюджету було запропоновано у США в середині 1960-х років. Відтоді практика програмно-цільового методу складання бюджету поширилася на цілу низку інших країн. Канада й більшість країн Європейського Союзу також активно практикують програмно-цільовий метод бюджетування. Більшість країн Європейського Союзу надають допомогу іншим країнам саме у формі програм, після здійснення яких вони прагнуть бачити досягнення конкретних результатів.

Дедалі більше дослідників схиляється до думки, що найпрогресивнішими у плані застосування програмно-цільового методу складання бюджету стали такі країни, як Австралія та Нова Зеландія. З регулярних бюджетних звітів цих країн видно, що вони досягли вражаючого рівня відкритості та прозорості діяльності урядових структур та результатів, які при цьому досягаються. Саме їх досвід застосування програмно-цільового методу складання бюджету, в основі якого лежить абсолютно нова для України бюджетна філософія, часто ставлять за приклад для наслідування рештою країн світу [277].

Ми поділяємо думку багатьох науковців, організаторів охорони здоров'я, фінансистів та економістів стосовно того, що запровадження програмно-цільового методу формування бюджету забезпечує істотні зміни в бюджетній ідеології. Адже бюджетний процес уявляється як функція, яка встановлює зв'язок між бюджетними результатами та ресурсами сектора охорони здоров'я, що використовуються для досягнення оптимальних результатів. При традиційній практиці формування бюджетів

увага часто зосереджувалася саме на ресурсній частині функції сектора охорони здоров'я, і тому недостатньо уваги приділялося одержуваним результатам. Основоположні ж принципи програмно-цільового методу бюджетування передбачають, що бюджетний процес розпочинається із зосередження уваги насамперед на результатах, яких необхідно досягти, а вже потім на їхньому ресурсному забезпеченні. Таким чином, програмно-цільовий метод бюджетування зосереджує увагу на результатах та досягненнях діяльності уряду та його структур, дозволяє посилити дієвість та ефективність державного сектора як у цілому, так і на рівні окремих секторів економіки [278–289].

Результати вивчення літературних джерел свідчать, що із запровадженням програмно-цільового методу бюджетування помітно змінюється характер обговорення державної політики у сфері охорони здоров'я. Акценти переносяться з потреби у фінансових ресурсах для утримання бюджетних установ на ефективність їх використання для надання суспільних послуг, серед них і медичних. При цьому головний напрям аналізу спрямовується на програмні категорії, зокрема на цілі, завдання та показники результативності [290–296]. Вважається, що розробка будь-якої програми повинна складатися з кількох етапів і передовсім включати оцінку масштабів проблеми, формулювання реальних цілей, визначення стратегій, які доцільно застосовувати для досягнення поставленої мети [297].

Наприклад, окремі дослідники вказують, що для формування і збереження здоров'я населення рекомендується впровадження профілактичних стратегій [298, 299]. В Україні, незважаючи на проголошення принципів профілактичної медицини, фактично перевага продовжує надаватися лікувальній медицині, тобто хворій, а не здоровій людині. Надзвичайно важливим, особливо в умовах обмежених ресурсів, є відбір пріоритетів і визначення послідовності дій для першочергових заходів, витрати на які вже сьогодні можна співставити з реальною вигодою від поліпшення здоров'я населення [206, 301]. Вважається, що визначення пріоритетів у сфері охорони здоров'я повинне бути багаторівневим. Макрорівень передбачає пріоритетність у забезпеченості ресурсами заходів щодо охорони здоров'я стосовно інших дій у державі. На другому рівні виділення пріоритетів пов'язане з розподілом бюджетних коштів, що призначаються для охорони здоров'я по регіонах. Третій рівень показує перевагу тих чи інших конкретних заходів [296, 302]. Як допоміжну технологію у визначенні пріоритетів рекомендується використовувати процедуру порівняльного аналізу ризиків для здоров'я [303].

Сучасний стан реформування бюджетного процесу у сфері охорони здоров'я потребує аналізу й узагальнення накопиченого досвіду, а та-

кож подальшого удосконалення науково-методичних засад розроблення та реалізації бюджетних програм [273].

Варто зазначити, що концепція запровадження програмно-цільового методу в бюджетному процесі в Україні ґрунтується багато в чому на адаптації передового міжнародного досвіду найуспішніших бюджетних реформ до національних політичних, соціально-економічних та інституціональних умов з урахуванням труднощів і невдач, яких зазнали різні країни, що проводять подібні реформи протягом останніх десятиліть з метою мінімізації ризиків поширення негативного досвіду в Україні.

Поступовий перехід до формування державного бюджету за програмно-цільовим методом розпочався в Україні після введення в дію Бюджетного кодексу [304]. З метою законодавчого закріплення основних принципів і завдань щодо впровадження цього методу у 2002 р. було розроблено Концепцію застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі України [305].

Результати реалізації Концепції свідчать про те, що впродовж останніх років (починаючи з 2002 р.) вдалося вжити низку суттєвих заходів щодо запровадження програмно-цільового методу бюджетування як у цілому по економіці, так і на рівні галузі охорони здоров'я, зокрема:

- з метою порівняння бюджетних показників за основними напрямками спрямування коштів було розроблено програмну класифікацію видатків державного бюджету з одночасним запровадженням нової функціональної класифікації видатків державного бюджету, що відповідає міжнародним стандартам і збігається з бюджетними класифікаціями багатьох країн світу;

- щороку вдосконалюються форми бюджетних запитів при складанні проекту державного бюджету;

- при складанні державного бюджету застосовуються елементи середньострокового фінансового прогнозування;

- затверджено форми паспортів бюджетних програм та започатковано процес їх заповнення головними розпорядниками бюджетних коштів;

- започатковано пілотні проекти із застосуванням ПЦМ для складання та виконання місцевих бюджетів із залученням міжнародної технічної допомоги. Наприклад, за цим методом здійснюється формування бюджетів на охорону здоров'я в м. Ужгороді, Комсомольську (Полтавська область), Євпаторії та ін. [45, 46].

Однак у процесі реалізації завдань, визначених етапами впровадження ПЦМ, на думку вітчизняних та міжнародних експертів, виявлено певні проблеми як системного, так і технічного характеру, серед яких слід зазначити такі:

- недосконалість методології та практики бюджетного планування як на макроекономічному рівні, так і на рівні окремих головних розпорядників коштів державного бюджету;
- нечіткість критеріїв деталізації та вартісної оцінки бюджетних програм і напрямів діяльності головних розпорядників коштів державного бюджету;
- відсутність методології розробки показників результативності виконання бюджетних програм;
- надмірна кількість бюджетних програм, що знижує можливості дієвого управління ними, моніторингу й контролю за їх виконанням;
- дублювання функцій та завдань бюджетних програм, включення до бюджетних програм окремих функцій та завдань, які не відповідають характеру діяльності головного розпорядника бюджетних коштів;
- неузгодженість концепції та процедур моніторингу, контролю та оцінки програм із міжнародною практикою формування бюджету за ПЦМ;
- практична відсутність нормативно-правової бази для формування бюджетів усіх рівнів за ПЦМ [261, 262, 265, 266, 276].

Проблеми, які виявив перший етап застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі в Україні, можна вважати значною мірою невідповідними, а навіть очікуваними й типовими з огляду на обрану стратегію й тактику впровадження ПЦМ. Адже комплексні бюджетні реформи у всіх країнах, де вони проводилися, включали як мінімум два основних елементи: програмно-цільове бюджетування чи бюджетування, орієнтоване на результат (Result Oriented Budgeting) і комплексне середньострокове планування витрат у рамках бюджетних обмежень за секторами — Medium Term Expenditure Framework (MTEF) [274].

Як показав світовий досвід, успіх реформування бюджетного процесу на основі концепцій програмно-цільового бюджетування залежить від цілої низки факторів. Частина передумов для успіху в Україні вже є. Це — досягнення макроекономічної і фінансової стабілізації, реформа міжбюджетних відносин, наявність досвіду, як негативного, так і позитивного, щодо реалізації цільових програм, зроблені кроки з упровадження програмно-цільового методу в бюджетному циклі 2004–2005 рр. Є, однак, і ціла низка факторів, що можуть затягувати реформу і знижувати її результати. Один із таких факторів — це відсутність в Україні найсприятливіших інституціональних умов для забезпечення єдності бюджетної й соціально-економічної політики [272–274]. Водночас досвід передових країн, що почали реформу кілька десятиліть тому, доводить, що бюджетна реформа такого типу — це багатоетапний багаторічний інтегративний процес, у ході якого конкретні методи управління результатами й витратами будуть неминуче змінюватися й удосконалю-

ватися. Так само буде змінюватися й сам бюджетний процес, і ролі всіх його основних учасників.

Одним із необхідних моментів, які сприяють успішному виконанню будь-якої програми в цілому чи окремих її пунктів, вважається моніторинг виконання наміченого за заздалегідь відібраними критеріями [296, 303]. Моніторинг результативності бюджетних програм передбачає аналіз та контроль за їхнім виконанням, оцінку економічної ефективності використання бюджетних коштів на їхню реалізацію та досягнення запланованих цілей, виявлення проблем у ході виконання й на цій основі розробку пропозицій щодо підвищення раціональності розподілу бюджетних коштів.

На думку окремих дослідників важливим є те, що прогнозний обсяг видатків на певну бюджетну програму визначається відповідно до оцінки ефективності її виконання в минулих роках, поточному році та очікуваних результатів від реалізації у подальших роках. Аналіз результативності бюджетної програми передбачає порівняння фактичних показників виконання програми із запланованими (показників затрат, продукту, ефективності та якості). Важливим є також порівняння з відповідними показниками попередніх періодів, подібними програмами в інших міністерствах, встановленими стандартами та нормами [296, 308, 315].

На думку Сердюка А.М., Москаленка В.Ф., Пономаренко В.М. та ін., вирішення пріоритетних напрямків у сфері охорони здоров'я потребує державної підтримки через розробку й виконання саме державних цільових програм, адже виконання таких програм необхідне з погляду прогнозування відтворення населення й забезпечення національних інтересів України [305–310, 316, 317]. Успішність реалізації програм безпосередньо залежить від вдалого формування організаційно-виконавчої структури та створення нормативно-правового підґрунтя [318].

Підняття проблеми та обґрунтування необхідності її вирішення формуються, як правило, з урахуванням показників стану здоров'я та тенденцій медико-демографічної ситуації. Адже саме ці складові виступають основними чинниками, які визначають вибір пріоритетних напрямків при формуванні програм в охороні здоров'я.

Вибір пріоритетної проблеми визначає розуміння того, що керовані причини, які породжують проблему, можуть бути усунені. Для цього необхідною умовою є концентрації і забезпечення ними медичних технологій, орієнтовані передовсім на профілактичну роботу, виявлення захворювань на ранніх стадіях, вирішення медико-соціальних проблем уразливих категорій населення. Зокрема, результати вивчення медико-соціальних проблем людей похилого віку та інвалідів стали одним з аргументів на користь об'єктивної необхідності розробки відповідної

державної програми для їх вирішення із залученням до її виконання переважної більшості міністерств і відомств України [319, 320].

Ще одним прикладом, може послугувати вирішення проблеми за-недбаності онкологічних хвороб. Враховуючи, що захворюваність населення на злоякісні новоутворення зростає, рак займає одне з провідних місць у структурі смертності населення України, збільшення питомої частки хворих на рак з пізніми стадіями захворювання, що вимагає значних фінансових ресурсів на надання спеціалізованої медичної допомоги, виникла нагальна необхідність розробки цільової комплексної програми “Онкологія”. Основними завданнями цієї програми стали поліпшення профілактики, діагностики, лікування, реабілітації хворих на рак, забезпечення їх необхідними медичними препаратами [318].

Розробка та впровадження заходів із поліпшення первинної та вторинної профілактики серцево-судинних та судинно-мозкових ускладнень у хворих з підвищеним артеріальним тиском, адекватної сучасної гіпотензивної терапії в рамках виконання “Програми профілактики та лікування артеріальної гіпертензії на 2001–2010 роки” сприяли зниженню на 12,3% рівня первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу серед дорослого населення та у працездатному віці — на 1,6%; унаслідок гіпертонічної хвороби відповідно — на 11,1 та 16,7%.

Виконання заходів Державної цільової програми “Забезпечення медичних заходів щодо боротьби з туберкульозом” забезпечувала реалізацію курсу на стабілізацію епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні, а також передбачала підготовку фахівців для розробки політики та нормативних документів з питань протидії туберкульозу; зміцнення діагностичних можливостей за рахунок поліпшення якості контрольних лабораторних процедур; розгортання програми лікування туберкульозу шляхом упровадження короткострокового курсу протитуберкульозної терапії під прямим наглядом.

На тлі вкрай загрозливої ситуації із захворюванням на туберкульоз як в Україні, так і у світі, упродовж 2006 р. все ж вдалося на 1,0% знизити захворюваність (83,2 на 100 тис. населення). Однак глобальна проблема зростання поширення захворюваності на туберкульоз залишається, і якщо така тенденція спостерігатиметься і надалі, то у 2011 р. захворюваність на туберкульоз становитиме, за прогнозами, близько 130 випадків на 100 тис. населення, смертність — відповідно 28 на 100 тис. населення, що збільшить економічні витрати держави в 1,6 раза. Тому боротьба із туберкульозом залишається одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку України.

Основними завданнями виконання “Національної програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу” — Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2004–2008 рр., затвердженою Постановою Кабінету Міністрів

України від 04.03.2004 р. №264, визначено насамперед досягнення зниження рівня ризику інфікування молоді шляхом запровадження заходів соціального, інформаційного та виховного значення, спрямування зусиль на зменшення поширення та інфікування ВІЛ; догляд за людьми, які живуть з ВІЛ/СНІД; попередження передачі ВІЛ/СНІД від матері до дитини та догляд за ВІЛ-інфікованими дітьми; удосконалення політики, стратегічного планування, менеджменту, моніторингу та оцінки ситуації щодо ВІЛ/СНІД; зміцнення системи інформування щодо відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні, створення в суспільстві сприятливого середовища для хворих на ВІЛ/СНІД. Усе це вимагає копіткої роботи, адже високий темп розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу поки що не вдалося зупинити (у 2006 р. зареєстровано понад 16 тис. випадків ВІЛ-інфекції, або на 2 тис. більше порівняно з 2005 р.).

Заходи комплексної програми “Цукровий діабет” спрямовані на попередження ранньої інвалідизації, особливо серед дітей віком до 16 років, забезпечення хворих лікувальними та діагностичними засобами, а також дієтичними продуктами харчування. Одними із важливих заходів програми стали удосконалення і впровадження методик навчання хворих та членів їхніх сімей прийомам само- та взаємодопомоги. З метою забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну в 2006 р. у державному бюджеті передбачено 175,8 млн. грн. Створені й функціонують регіональні реєстри хворих на цукровий діабет.

Розробка й виконання заходів Державної цільової програми “Трансплантація” на 2007–2010 роки дасть змогу досягти 180 трансплантацій анатомічних матеріалів на рік при збереженні 92% функціонування трансплантатів упродовж першого року, що за прогнозами позитивно впливатиме на поліпшення ситуації у вирішенні даної проблеми, призупинить подальший розрив між потребами у трансплантації та кількістю їх проведення для пацієнтів (сьогодні в Україні кількість проведених трансплантацій становить лише 1,1% від потреби) [321]. Низький рівень репродуктивного здоров'я та невідповідність його міжнародним стандартам зумовлюють необхідність посилення інтегрованого підходу до вирішення соціальних проблем, на формування і зміцнення репродуктивного здоров'я та впровадження сучасних медико-організаційних технологій репродуктивного здоров'я, які ґрунтуються на доказах. Тому наразі в державі активно впроваджувалися заходи щодо програмно-цільового забезпечення системи охорони репродуктивного здоров'я.

Реалізації державної політики у сфері репродуктивного здоров'я в умовах політичних і соціально-економічних перетворень сприяли Укази Президента України та постанови Кабінету Міністрів України. За період суверенності України видано понад 100 указів та постанов, які стосувались нагальних проблем охорони здоров'я населення. Серед них найва-

гомішими є Укази Президента України “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” від 08. 08. 2000 р. № 963/2000, “Про концепцію розвитку охорони здоров’я України” від 07. 12. 2000 р. №1313/2000. В обох документах зазначається необхідність поліпшення демографічної ситуації, пріоритетність охорони здоров’я жінок та дітей.

Указами Президента та постановами Кабінету Міністрів України затверджені національні та міжгалузеві програми, що визначають основні заходи щодо поліпшення репродуктивного здоров’я населення, зокрема: «Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні на 1999-2003 рр.» (1999 р.), Національна програма “Репродуктивне здоров’я 2001-2005” (2001р.), міжгалузєва комплексна програма «Здоров’я нації» (2002 р.), якими передбачена міжвідомча співпраця та комплексне вирішення проблем репродуктивного здоров’я.

Виконання заходів, спрямованих на реалізацію цих програм та впровадження в діяльність служби охорони здоров’я матері і дитини сучасних медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах, сприяли зниженню частоти абортів в Україні серед підлітків 15-17 років з 8,6 у 2000 році до 4,9 у 2005 р., а серед жінок фертильного віку — з 32,1 до 19,5 на 1000 населення відповідного віку і статі та зумовили зменшення в цей період позитивної тенденції материнської смертності з 24,7 до 17,6 на 100 тис. народжених живими та малюкової — з 11,9 до 10,0 на 1000 народжених живими і мертвими.

З метою подальшого поліпшення основних складових репродуктивного здоров’я населення України як важливої передумови забезпечення соціально-економічного потенціалу країни, лише у 2006 році МОЗ України розроблено проекти розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.04.2006 р. № 244 “Про схвалення Концепції Державної програми “Репродуктивне здоров’я нації на 2006–2015 роки” та постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849 “Про затвердження Державної програми “Репродуктивне здоров’я нації” на період до 2015 р.”, цільовими групами вирішення проблем здоров’я якої стали діти, підлітки, дорослі жінки та чоловіки, а очікуваними результатами — поліпшення основних показників репродуктивного здоров’я.

За прогностичними даними, індикаторами очікуваних результатів до 2015 р. визначені: зниження рівня материнської смертності на 20%, запальних захворювань статевих органів серед підлітків на 20%, анемії у вагітних на 45%, зменшення рівня штучного переривання вагітності на 20%, підвищення рівня використання сучасних засобів запобігання непланованій вагітності на 20%, доведення рівня впровадження в амбулаторно-поліклінічних педіатричних закладах системи надання послуг “Клініка, дружня до молоді” до 90%.

Таким чином, застосування програмно-цільового методу планування дозволило поставити низку завдань, вирішення яких сприяло і сприятиме впровадженню заходів первинної соціальної і медичної профілактики, формуванню здорового способу життя населення, спрямованих на попередження і раннє виявлення хвороб.

На думку багатьох дослідників, важливим при застосуванні програмно-цільового методу планування є визначення медичної, соціальної та економічної ефективності у процесі виконання бюджетних програм [318, 322–325]. Медична ефективність охорони здоров'я полягає у зниженні рівнів захворюваності та поширеності хвороб, поліпшенні якості медичної допомоги тощо. Медичний ефект характеризується показниками, які визначають рівень і характер захворюваності, їх тенденції, показниками, які характеризують якість медичної допомоги тощо. Медичний ефект — найбільш розроблена сфера аналізу ефективності охорони здоров'я [326, 327].

Соціальний ефект охорони здоров'я вимірюється такими показниками, як тривалість життя, демографічні зрушення (народжуваність, смертність, природний приріст населення тощо). Цілком зрозуміло, що соціальний ефект охорони здоров'я пов'язаний із задоволенням потреб населення у здоров'ї і водночас залежить від змін багатьох соціально-економічних факторів у державі. Соціальний ефект охорони здоров'я потенційно пов'язаний з економічним, тому що одним з його результатів стає відтворення робочої сили [328]. Соціальний ефект охорони здоров'я вимірюється й за таким критерієм, як “число збережених життів”. Цей критерій застосовується в однаковій мірі для вимірювання як соціального, так і економічного ефекту.

У літературних джерелах описано чимало прикладів у яких соціальний ефект охорони здоров'я тісно пов'язаний з економічним, сприяючи збереженню життів і відтворенню робочої сили. Різниця полягає лише в тому, що при вивченні соціального ефекту слід враховувати всі збережені життя, незалежно від здатності осіб працювати. При вивченні економічного ефекту, звичайно, більше уваги приділяється ступеню працездатності. Хоча вивчення економічного ефекту в охороні здоров'я не самоціль, проте воно важливе, оскільки сприяє доцільнішому використанню наявних ресурсів.

Окремими дослідженнями доведено, що співвідношення витрачених коштів і одержаного економічного ефекту при організації відповідних лікувально-профілактичних заходів у групі серцево-судинних хвороб без врахування витрат на наукові дослідження складає 1:12, а у групі злоякісних новоутворень — 1:19. Економічна ефективність ліквідації в Україні поліомієліту виражається співвідношенням витрат і вигод як 1:63 [329, 330–333]. Зіставляючи витрачені кошти на профілактичні за-

ходи в рамках програми “Захист генофонду населення України” та коштів, витрачені на утримання хворих на генетично зумовлені хвороби дітей і соціальну допомогу для них, можна зазначити, що проведення скринінгових програм серед новонароджених коштує у 5–10 разів дешевше, ніж довічне утримання інвалідів [334].

Таким чином, на основі наведених даних можна стверджувати, що аналіз вітчизняної і зарубіжної літератури засвідчив перспективність та ефективність запровадження програмно-цільового методу планування видатків на охорону здоров'я, що сприятиме більш раціональному використанню фінансових і матеріально-технічних ресурсів галузі, повнішому задоволенню потреб населення в наданні медичної допомоги.

РОЗДІЛ 2

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЦІЛЬОВИХ ПРОГРАМ ПОКРАЩАННЯ ЗДОРОВ'Я НАРОДУ УКРАЇНИ

На виконання визначених завдань стосовно подальшого напрямку розвитку системи охорони здоров'я в сучасних умовах необхідне проведення аналізу багаторічної динаміки стану здоров'я порівняно з подібними кліматичними та іншими умовами життя громадян, а також визначення найбільш актуальних проблем, що негативно впливають на захворюваність і поширення хвороб, інвалідизацію та смертність, ведуть до зниження середньої тривалості якісного життя і зменшення населення.

Визначивши проблеми, вкрай необхідно вивчити причини їх виникнення, а також шляхи подолання, зокрема й забезпечення медичної допомоги. Таке завдання неможливо виконати без аналізу фінансування, оскільки це суперечитиме економічному закону ринку “товар — вартість”, а в цілому — розвитку суспільства: виробничі сили, продуктивні технології = національний продукт, значна частина якого відновлює виробничі сили й покращує продуктивні технології.

Отже, визначення актуальних проблем здоров'я і реальних ресурсів їх мінімізації створить передумови покращання виробних сил, що виступає основою створення національного продукту, а значить, безпеки державності.

Напрямки державної політики та визначення пріоритетів охорони здоров'я мають базуватися насамперед на аналізі стану здоров'я населення України та адекватності існуючої системи надання медичної допомоги в сучасних умовах розвитку.

Перехід до ринкових відносин створив умови і проблеми перехідного періоду, які негативно вплинули на охорону здоров'я, зокрема:

- деструктивні процеси в економіці, неадекватної ринку, і зниження національного прибутку;
- зниження рівня й погіршення якості життя більшості населення;

– недостатнє фінансування галузі, оскільки питома частка видатків на охорону здоров'я в обсязі зведеного бюджету за загальним фондом недостатня та нестабільна і у 2006 р. становить 12,5% (2003 р. — 14,4%; 2004 р. — 12,8 %; 2005 р. — 11,3 %), а видатки на охорону здоров'я із загального фонду бюджету на жителя обмежені, хоча у 2006 році становили 356,8 грн., що на 95,8 грн. більше проти затвердженого бюджету 2005 р. та на 160 грн. більше порівняно з 2004 роком (2000 р. — 89,3 грн., 2001 р. — 112,2 грн., 2002 р. — 134 грн., 2003 р. — 169,5 грн., але у 1985–1990 роках — у межах 150 умод);

– незадовільна екологічна ситуація (забруднення землі, повітря, води та додаткове радіаційне забруднення внаслідок аварії на ЧАЕС).

Ці та інші фактори визначили складну демографічну ситуацію останніх років у масштабах держави, перш за все — зменшення чисельності населення (“вимираюча нація”) щорічно на 350–400 тис. чоловік, погіршення стану здоров'я, скорочення тривалості якісного життя.

Хоча низький, і навіть від'ємний приріст населення не є чимось надзвичайним у Європі кінця ХХ століття (зменшення чисельності населення відбувається в Німеччині, Італії, Болгарії, Чехії, Росії, Білорусі, у країнах Балтії та інших). Однак стосовно України занепокоєння викликає, як підкреслюють демографи специфічним терміном, “галопаюча депопуляція і її очікувана траєкторія за межами ХХ століття”. Таким чином, депопуляція і надалі стає визначальною детермінантою демографічного розвитку України, тобто трудових ресурсів.

Існуючу ситуацію можна пояснити трьома основними причинами:

- погіршенням соціального стану більшості населення;
- вкрай недостатнім фінансуванням галузі охорони здоров'я;
- відсутністю державної системи стимулювання здорового способу життя, самими робітниками і роботодавцями та державою.

Найбільш істотним виявом неблагополуччя у сфері природного руху населення є високий рівень і несприятлива тенденція загальної смертності, яка у 2005 році становила 16,6 на 1000 чол. населення, що значно вище показника 1990 року (12,1).

Протягом останніх років середня тривалість життя у чоловіків зменшилась майже на 4 роки, у жінок — більше ніж на 2, а відставання за цим показником від країн Західної Європи на сьогодні в цілому становить майже 10 років. У чоловіків ця різниця досягає 11, у жінок — 7 років.

Щороку зростає чисельність населення пенсійного віку, за рахунок чого працездатна частина громадян відчуває на собі все більше соціальне навантаження: на кожну тисячу працюючих — 412 непрацездатних і 356 дітей, тобто майже 800 непрацюючих, а враховуючи безробіття — 1:1.

Сучасні рівні народжуваності — найнижчі за весь період післявоєнної історії: якщо в 1990 р. вона становила 12,7 на 1000 чол. населення, то у 2005 р. — 9,0, тобто скоротилася в 1,4 раза. Нижчу, ніж в Україні, народжуваність серед країн Європи мають Італія, Іспанія, Латвія і Естонія. У 2–2,5 раза вищий в Україні і показник загальної смертності працездатного населення.

Очікувана тривалість життя при народженні, як глобальний показник оцінки здоров'я, у Європі становить в 75 років, в Україні дорівнює всього 67. Рівень смертності немовлят не повинен перевищувати 10,0 на 1000 осіб, народжених живими, а фактично склав 11,9.

Загальний обсяг видатків із державного бюджету на охорону здоров'я (ОЗ) у 2000 р. становив 4,3 млрд. грн., у 2001 — 5,4 млрд. грн., у 2002 — 6,5 млрд. грн., 2003 — 8,0 млрд. грн., 2004 — 9,4 млрд. грн.

Обсяги видатків на охорону здоров'я у проекті бюджету на 2006 рік збільшені на 4,4 млрд. грн. (35,7%) від видатків, передбачених у Законі України “Про державний бюджет України на 2005 рік”, і на 7,4 млрд. грн. (73,2%) порівняно з 2004 роком. Зокрема:

- державний бюджет збільшено на 698 млн. грн., і тепер він становить 3,5 млрд. грн. (2005 рік — 2,8 млрд. грн.; 2004 р. — 2,8 млрд. грн.);

- місцеві бюджети збільшено на 3,7 млрд. грн., або на 39,6% від планових показників 2005 року, і тепер вони становлять 13,4 млрд. грн. (2005 р. — 9,6 млрд. грн.; 2004 р. — 6,7 млрд. грн.; 2003 р. — 6 млрд. грн.).

Проведений аналіз засвідчує, що, хоч фінансування охорони здоров'я з державного бюджету зростає, проте ще не досягнуто мінімального рівня фінансування чи навіть рівня “виживання” медичної галузі, бо, за простими розрахунками, для забезпечення необхідної допомоги у відповідності до стандартів необхідна сума в межах 100 у. о. на особу, що становить лише 25% від потреби галузі в цілому.

Слід також наголосити, що близько 60% виділених коштів на ОЗ припадало на заробітну плату. В той же час, за оцінками ВООЗ, якщо її питома частка у структурі витрат на охорону здоров'я перевищує 30%, то це свідчить про відсутність процесу відтворення галузі, тобто про її занепад. Підтвердженням виступає і незначна кількість об'єктів охорони здоров'я, уведених у користування за останні роки, їх незадовільне оснащення.

Крім того, за оцінками спеціалістів, більшість медичних закладів потребують ремонту та переобладнання, але кошти на це — мінімальні.

Разом з тим, не дивлячись на проведення цілого комплексу заходів, які декларувалися як процес реформування, система медичної допомоги в Україні за роки незалежності не зазнала істотних організаційних змін і лише прилаштована до реального фінансування. Свого часу створена як частина загального плану побудови держави і при-

стосована до його завдань, вона ефективно діяла в умовах, для яких спроектована.

За таких обставин між новими умовами й існуючою моделлю системи охорони здоров'я виникла низка протиріч:

- насамперед між можливостями держави та ідеологічними формулами і зобов'язаннями надання медичної допомоги;
- між диференційованим замовленням на медичні послуги й організаційними формами системи ОЗ та статусом лікарів;
- між потребою в ресурсах і необхідністю в умовах обмежень управляти ними ефективно та якісно.

Таким чином, наявність протиріч дозволяє дійти висновку, що система охорони здоров'я не спроможна функціонувати як єдине ціле, вона діє лише завдяки зусиллям медичних працівників, а у складових її частинах (елементах, компонентах) відбуваються неузгоджені між собою процеси, унаслідок чого саме існування галузі перебуває під загрозою.

Криза в охороні здоров'я зумовила низку специфічних процесів, зокрема у фінансуванні та управлінні галуззю. Суттєві зміни, особливо у фінансуванні охорони здоров'я, визначені в Указі Президента (6.12.2005 р.), яким передбачено запровадження економічних механізмів у діяльності закладів охорони здоров'я, розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу. Вирішується питання передачі з бюджету України місцевим цільових субвенцій на виконання державних програм охорони здоров'я.

Передбачається здійснити комплекс заходів щодо підвищення рівня забезпеченості населення медичною допомогою та лікарськими засобами, особливо в сільській місцевості, виділення приміщень для сільських лікарських амбулаторій та вдосконалення системи профілактичних медичних оглядів населення. У 2006 р. уряд призначив 250 млн. грн. на потреби сільських лікарень; це у 30 разів більше, ніж у 2004 р.

Основні напрямки розвитку охорони здоров'я:

- забезпечення доступності медичної допомоги для населення;
- удосконалення системи підготовки медичних кадрів;
- забезпечення розвитку медичної допомоги і її технологій;
- удосконалення організаційних форм системи охорони здоров'я.

Поставлено максимально конкретизоване завдання: при жорстких ресурсних обмеженнях створити якісно нову систему, спроможну забезпечити доступну і якісну медичну допомогу для всіх громадян.

Отже, необхідно чітко визначити конкретні реальні дії, оскільки принцип “усе відразу і без нічого” у цьому разі не дієвий; складові частини необхідних заходів та їх взаємозв'язок; специфіку відображення змін в одній частині на іншій за умови збереження не лише зв'язку між ними, а і їх стійкості.

Тільки за такого комплексного підходу можливий керований вплив на об'єкт із передбачуваним, визначеним для досяжності бажаним результатом, адекватним до існуючих умов, що вимагає особливої технології управління, яка б теж базувалася на системному підході.

Це особливо стосується стратегії в галузі організаційних форм медичної допомоги, але при цьому необхідно чітко зрозуміти й визначити:

- що виступає власне об'єктом реорганізації медичної допомоги;
- де саме, у чому і які саме перетворення необхідно здійснити;
- розробити моделі програми й моделі перетворень;
- створити професійний центр управління реорганізацією.

Основна вимога — це керованість перетворень, а процес має здійснюватися в режимі поетапного впровадження розроблених моделей.

Таким чином, стратегія реорганізації медичної допомоги в системі охорони здоров'я — це цілеспрямоване й кероване перетворення системного характеру, яке здійснюється з метою:

а) створення оптимальної, самобутньої моделі перетворень, яка б відповідала цілям держави й умовам суспільства;

б) мінімізації соціальних і економічних витрат у процесі перетворень.

Така стратегія відповідає канонам сучасної управлінської культури.

Визначивши об'єкт реорганізації, маємо з'ясувати, від якого історичного типу медичної допомоги ми будемо відштовхуватися і який тип можемо й повинні будувати, як того вимагають сучасні умови.

Жодне управління ситуацією неможливе без попереднього остаточного визначення напрямку перетворень, тобто мети. Для цього слід чітко сформувати образ бажаного майбутнього і з'ясувати, що ми хотіли б отримати в результаті, тобто визначитися концептуально. Але бачити мету — ще не означає досягти її, необхідно чітко визначити етапи процесу.

Теоретичні засади реформи і світовий досвід свідчать, що майбутнє системи охорони здоров'я України — це її багатоукладність, що вже закладено у ст. 49 Конституції України.

Перед державним управлінням системою охорони здоров'я сьогодні постала проблема необхідності покращення здоров'я населення України та реформування галузі відповідно до вимог часу.

Системний аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, автори яких досліджують проблеми державного управління, дає право стверджувати, що методологічна основа дослідження моделі впровадження в Україні Державних програм покращення здоров'я народу включає:

- розробку спеціальної програми дослідження;
- обґрунтування відповідного категорійно-поняттєвого апарату;

– систематизацію знань у сфері охорони здоров'я про стан здоров'я громадян України, рівень та якість їхнього медичного забезпечення;

– встановлення структурно-функціональних зв'язків між складовими загальнонаціональних медичних ресурсів і розробкою на цій основі та впровадженням моделі Державних програм на покращення здоров'я народу з метою реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я, основними категоріями оцінки ефективності якої у світовій практиці вважаються: стан здоров'я громадян у суспільстві, ступінь захисту населення держави від фінансового ризику на випадок захворювання, задоволення потреб кожної окремої людини та суспільства загалом у медичній допомозі.

Дослідження на основі аналізу літературних джерел динаміки стану здоров'я населення України впродовж останніх п'ятнадцяти років та ефективності впровадження цільових Державних програм стало підставою для характеристики ефективності державного адресного впливу на покращення здоров'я української нації як такого, що не відповідає сучасним умовам та потребує удосконалення, оскільки викликає ряд суперечностей (рис. 2.1):

– суперечність між існуючим рівнем здоров'я українського народу й необхідним обсягом інвестицій для забезпечення його покращення до рівня європейських та світових стандартів;

– суперечність між необхідністю юридичного оформлення державного регулювання розвитку обов'язкового державного медичного страхування в Україні й відсутністю належної нормативно-правової бази для його запровадження;

– суперечність між організацією диспансерного спостереження за станом здоров'я населення та необхідністю медичного обслуговування зростаючої кількості хворих громадян України у зв'язку з неспроможністю останніх отримувати якісну та сучасну, з широким використанням новітніх технологій, медичну допомогу в приватних клініках;

– суперечність між зростанням ролі міжнародного співробітництва Міністерства охорони здоров'я України, та відсутністю комплексних наукових досліджень з вивчення зарубіжного досвіду щодо впровадження та ефективної реалізації цільових державних програм з метою покращення здоров'я населення провідних країн світу;

– суперечність між існуючою системою медичного обслуговування цивільного населення України та системою медичного забезпечення особового складу відомств Воєнної організації і необхідністю запровадження однакових стандартів щодо надання медичної допомоги в умовах єдиного медичного простору України.

Наведені суперечності дають можливість визначити проблему, що є комплексною і складається із сукупності проблем: наукового обґрунту-



Рис. 2.1. Суперечності у здійсненні державного управління системою охорони здоров'я України.

вання, фінансового забезпечення, матеріально-технічного забезпечення та нормативно-правового забезпечення. Таким чином, організаційна нормативна соціалістична система охорони здоров'я в Україні має змінитись змішаною багатоукладною, основу якої має складати притаманна ринку контрактна модель, що її формування і слід покласти в основу реорганізації.

У контрактну модель закладається принципово новий тип суспільних відносин у сфері медичної допомоги. Її суб'єктами стають замовник і виконавець, і найперший замовник — це держава.

Державне замовлення медичній сфері має включати:

- гарантований державою рівень безоплатної медичної допомоги (забезпечується державним замовленням, яке уряд України передає на обласний рівень, а його реалізацію адміністрації);

- національні медичні програми, призначені для екстраординарних випадків (масові захворювання, екологічні лиха, катастрофи тощо), реалізація яких передбачає фінансування окремою статтею;

- цільові державні програми, спрямовані на вирішення завдань медичної науки і освіти (з “онкології”, “діабет”, “профілактики АГ” тощо).

Складові процесу реорганізації, що підлягають вирішенню:

- гарантоване державою фінансування витрат до замовлення послуг;
- багатоукладність фінансування джерел, формування адресних фінансових потоків із забезпеченням державного контролю їх витрат.

Реорганізація має передбачати:

- різноманітні форми, від уніфікації схем лікування до багатоманітності організаційних форм медичної допомоги за принципом: від простоти й масовості до унікальності й індивідуальності;

- функціональний розподіл рівнів організації лікувального процесу.

Медичні заклади різного рівня мусять мати відповідні обладнання, кваліфікацію персоналу, інтенсивність допомоги. Багаторівнева організація лікувального процесу означає наявність не тільки відповідної лікарської кваліфікації, а й різних замовників, джерел фінансування, тарифів на медичні послуги, ціну контрактів і управління.

В сучасних умовах необхідним слід визнати перехід від санітарного просвітництва до економічного формування здорового способу життя.

Упровадження контрактних відносин у сфері медичної допомоги означає, що замовник (держава, роботодавець, громадянин) буде відповідально ставитись до стратегії збереження власного здоров'я і здоров'я тих, за кого несе відповідальність, тобто докладатиме відповідних зусиль, щоб його працівники були здоровими.

Безумовно, організаційні перетворення системи медичної допомоги потребують національного центру управління — МОЗ України.

Медичні технології аналізу економічної ефективності лікувальних і діагностичних програм розглядаються крізь призму рентабельності клінічних процедур. Клініцисти зазначають, що, хоча з медичного погляду 20–30 % усіх послуг є неефективними, досягнення в області їх економічної оцінки дозволили зробити перші кроки у визначенні того, які саме послуги слід обмежити, а які — розвивати далі в умовах страхової медицини.

Економічний аналіз ефективності лікувально-діагностичних програм є досить проблемним і складним завданням. Труднощі його вирішення визначаються різними підходами до уточнення критеріїв ефективності того чи іншого втручання. Такими критеріями можуть бути збільшення тривалості життя, покращання її якості, економія грошей, а також отримання прямого економічного прибутку. У зв'язку з цим розроблено окремі медичні технології економічного аналізу ефективності лікування хворих. До них належать: аналіз мінімізації вартості (cost minimization analysis), вартісний аналіз ефективності (cost effectiveness analysis), вартісно-утилітарний аналіз (cost utility analysis), а також вартісний аналіз прибутку (cost benefit analysis). Аналіз мінімізації вартості передбачає такий підхід до оцінки ефективності альтернативних методів лікування й діагностики, за якого економічно ефективнішим визнається той метод, що дозволяє зберегти більше грошей. Прикладом такого аналізу слугує оцінка економічної ефективності коронароангіографії у хворих із болем за грудиною, який не чітко вписується в картину стенокардії. Виключення значущого коронарного атеросклерозу в таких хворих дає змогу знизити витрати за рахунок відмови від необґрунтованого медикаментозного лікування на \$35,15 у місяць. Таким чином, протягом 3-х років вартість процедури коронароангіографії повністю відшкодовується. Застосування тесту програмованої стимуляції шлуночків у хворих із високим ризиком раптової смерті після інфаркту міокарда (за даними неінвазивних тестів) дозволяє зменшити витрати приблизно на 10 %.

При проведенні вартісного аналізу ефективності медичного втручання економічну ефективність розуміють як отримання додаткових переваг за рахунок додаткових витрат. Згідно з цим, одне втручання буде економічно ефективнішим порівняно з іншим, якщо: а) воно потребує менших грошових витрат, але залишається таким же ефективним; б) є більш ефективним, при цьому виправдовуються додаткові витрати; в) менш ефективним і дорогим, при цьому додаткові переваги конкурентного втручання не виправдовують додаткових витрат.

Ще одним методом економічної оцінки медичних втручань виступає вартісний аналіз прибутку. Історично цей метод був першим методом оцінки економічної ефективності в медицині й застосовувався в 1950-

1960 роках. До того ж оцінка економічної ефективності проводиться тільки у грошових одиницях вартості. Ця оцінка дозволяє визначити, чи дає грошовий прибуток вкладання коштів в конкретну медичну програму. До цього часу застосування такого методу для економічного аналізу медичних втручань продовжує залишатися обмеженим.

В Україні соціально-економічна проблема аналізу ефективності лікувальних і діагностичних втручань у хворих набуває нового змісту в умовах уведення страхової і платної медицини.

Поряд з особливостями аналізу економічної ефективності клінічних послуг необхідно розглянути питання про рівні підвищення витрат на охорону здоров'я. Ці напрямки досліджень, пов'язані з ефективністю альтернативних інвестицій і соціальної корисності витрат, уявляються ще більш актуальними на тлі змін сукупних параметрів унаслідок збільшення кількості померлих, загального постаріння нації і змін у макроекономіці нашої держави. Уведення обов'язкового державного медичного страхування вимагає формування правової бази, яка має бути приведена у відповідність до міжнародного права, до нових умов, основ законодавства України про охорону здоров'я, прийнятих у 1992 році, четверта частина (23 %) статей яких сьогодні підлягає заміні й доповненню. Нагальним сьогодні залишається і юридичне визнання приватної медичної практики, її прав і найголовніше — визначення державних обов'язки щодо неї.

Це своєю чергою вимагає доопрацювання законодавчих нормативних актів:

1. Закон України “Про медичне страхування та соціальний захист здоров'я громадян” (заохочення при збереженні та відповідальність за втрату).

2. Закон України “Про обов'язкове медико-генетичне обстеження та створення Національного медико-генетичного реєстру”.

3. “Про Національну програму покращання здоров'я громадян України”.

Загалом же багато медичних правових актів України не відповідають міжнародним вимогам. Це зумовлює необхідність інтеграції національного законодавства та наближення його до стандартів Європи, а також визначає напрямки нормотворчої діяльності.

Ринкові відносини передбачають виконання державою регулювальної функції стосовно охорони здоров'я, зокрема в напрямку:

- забезпечення контролю якості медичної допомоги населенню;
- упровадження загальнодержавних стандартів медичних технологій;
- удосконалення системи ліцензування та акредитації закладів, сертифікації та атестації лікарів у відповідності до міжнародного рівня;
- створення умов для розвитку підприємництва та справедливої конкуренції серед закладів охорони здоров'я різних форм власності.

Таким чином, необхідне цілеспрямоване за основними розділами вдосконалення законодавчої бази охорони здоров'я:

- забезпечення народження генетично здорового покоління та налагодження механізму економічної зацікавленості громадян у збільшенні кількості населення;

- гарантовану охорону і збереження здоров'я із передбаченням усебічної відповідальності за нанесену йому шкоду;

- передбачення компенсації роботодавцями у шкідливих умовах праці;

- запровадження обов'язкового медичного страхування громадян із персоналізованим рахунком збереження коштів, тобто економічну профілактику збереження й покращання здоров'я;

- надання гарантованої медичної невідкладної належної допомоги як мінімуму, що забезпечується громадянам державою.

Пріоритетні завдання, вирішення яких покладається на Міністерство охорони здоров'я згідно з Указом Президента України від 6.12.2005 р. № 1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”, такі:

- заходи, спрямовані на підвищення рівня якості та доступності медичного обслуговування населення;

- упровадження обґрунтованих державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги;

- ефективна і прозора модель фінансування галузі, орієнтована на реальні потреби пацієнтів;

- розробка та введення в діяльність закладів охорони здоров'я стандартів медичної допомоги;

- раціоналізація використання ресурсів у цій сфері;

- удосконалення системи управління галуззю, оптимізації мережі державних, комунальних і відомчих закладів охорони здоров'я;

- підвищення рівня підготовки медичних працівників та оплати їх праці;

- спрощення дозвільної системи в галузі;

- оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

Отже, виконання обґрунтованих заходів дасть можливість досягти якнайвищої ефективності в розробці і впровадженні Державних цільових програм на збереження та покращання стану здоров'я і продовження середньої тривалості якісного життя громадян України приблизно на 10 %.

РОЗДІЛ 3

ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ ТА ПРОБЛЕМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Демографічна ситуація в державі значною мірою зумовлена станом економіки і становить собою відображення медико-соціальних умов життя населення, які своєю чергою свідчать про стан економіки, охорони здоров'я, освіти, культури та інших факторів. Населення країни виступає складовою державотворення, запорукою безпеки, основою суспільного розвитку загалом.

В Україні, за даними МОЗ, демографічна ситуація щороку погіршується, відбувається депопуляція, як наслідок — кількісне зменшення виробничої сили. За останні десять років народжуваність залишилась на рівні 1995 року (9,0 на 1000 чол. населення), а смертність зросла на 12,2%, унаслідок чого чисельність населення скоротилась практично на 7,8%. Проведене нами математичне прогнозування цих показників свідчить про загрозу такої ж несприятливої тенденції і в наступні роки, що призведе до скорочення робочих ресурсів у державі. Економічна скрута, в якій перебуває не лише Україна, а й інші країни колишнього СРСР, їх важкі соціально-психологічні умови не дають підстав для оптимізму. У наведеному спеціалістами ООН прогнозі на 50 років у країнах колишнього соціалістичного табору передбачається зменшення кількості населення на третину. Дані, отримані нами щодо України, при прогнозуванні на наступні 20 років підтверджують довготривалий прогноз ООН.

Демографічні показники в Україні в розрахунку на 1000 чол. населення за період із 1975 по 2005 роки в областях показують, що тенденція до зниження народжуваності, зростання смертності та зменшення природного приросту спостерігалася протягом усього досліджуваного часу (табл. 3.1).

Східний регіон є найменш демографічно благополучним. При найнижчій народжуваності й найвищій смертності в Донецькій, Луганській,

Полтавській, Сумській, Харківській і Чернігівській областях природний приріст населення в них від'ємний і найвищий у державі.

Таблиця 3.1

**Природний рух населення в регіонах України
у 1995, 2005 роках (на 1000 населення)**

Найменування регіонів, областей	Народжуваність		Смертність		Природний приріст	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005
АР Крим	8,5	9,0	13,9	15,7	-5,4	- 6,7
Вінницька	10,6	8,9	16,4	18,1	- 5,8	- 9,2
Волинська	12,8	12,2	13,2	15,4	- 0,4	- 3,2
Дніпропетровська	8,7	8,7	15,4	17,7	-6,7	- 9,0
Донецька	7,5	7,7	16,5	18,0	- 9,0	- 10,3
Житомирська	10,9	9,6	15,3	18,6	- 4,4	- 9,0
Закарпатська	13,3	12,6	11,4	13,2	1,9	- 0,6
Запорізька	8,5	8,5	14,7	16,5	- 6,2	- 8,0
Івано-Франківська	12,7	10,8	11,7	13,5	1,0	- 2,7
Київська	9,6	9,3	15,8	18,3	- 6,2	- 9,0
Кіровоградська	9,6	8,3	17,1	18,8	- 7,2	- 10,5
Луганська	7,9	7,4	16,4	18,3	- 8,5	- 10,9
Львівська	11,4	10,1	12,0	13,7	- 0,6	- 3,6
Миколаївська	10,3	8,9	14,8	16,6	- 4,5	- 7,7
Одеська	9,5	9,9	15,1	16,6	- 5,6	- 6,7
Полтавська	9,1	7,7	16,7	18,9	- 7,6	- 11,2
Рівненська	13,8	12,5	12,3	14,2	1,5	- 1,7
Сумська	8,9	7,2	16,6	19,3	- 7,7	- 12,1
Тернопільська	12,1	9,9	13,3	15,1	- 1,2	- 5,2
Харківська	8,0	7,9	16,1	16,5	- 8,1	- 8,6
Херсонська	10,8	9,0	14,6	16,2	- 3,8	- 7,2
Хмельницька	10,9	9,0	15,0	17,4	- 4,1	- 8,4
Черкаська	9,5	7,7	16,2	18,6	- 6,7	- 10,9
Чернівецька	12,2	10,9	12,4	14,1	- 0,2	- 3,2
Чернігівська	8,2	7,5	18,1	21,6	- 9,9	- 14,1
м. Київ	10,9	9,8	15,0	11,2	- 4,1	- 1,4
м. Севастополь		9,6		15,4		- 5,8
Україна	9,0	9,0	14,8	16,6	- 5,8	- 7,6

Таким чином, простежується чітка тенденція погіршення демографічної ситуації із Заходу на Схід, із менш промислових до більш екологічно забруднених регіонів, і особливо в період складного економічного становища в Україні, що засвідчує вплив на ситуацію комплексу негативних медико-соціальних факторів.

За даними Європейського регіонального Бюро ВООЗ, у державах, подібних до України за географічним розташуванням, територією, на-

селенням (Велика Британія, Німеччина, Франція), а також наближених у недалекому історичному минулому за суспільним устроєм (Болгарія, Польща, Угорщина, Росія) та навіть і в менших, розташованих в гірших кліматичних умовах (Швеція, Фінляндія), існують значні демографічні відмінності від України, про що свідчить порівняльний аналіз, наведений в табл. 3.2, 3.3, 3.4.

Таблиця 3.2

Динаміка народжуваності в Україні та країнах Європи

Країна	Народжуваність (%)							
	1975 р.	1980 р.	1985 р.	1990 р.	1995 р.	1999 р.	2000 р.	2003 р.
Україна	14,82	14,88	14,98	12,73	9,61	7,84	7,82	8,58
Польща	18,83	19,56	18,28	14,37	11,22	10,20	9,79	9,25
Велика Британія	12,47	13,46	13,26	13,91	12,61	12,10	11,53	11,27
Німеччина	-	-	-	11,41	9,37	9,38	9,33	8,77
Франція	14,14	14,90	13,93	13,44	12,55	12,30	13,16	12,76
Фінляндія	13,95	13,19	12,81	13,18	12,35	11,15	10,96	10,86

Таблиця 3.3

Динаміка смертності в Україні та країнах Європи

Країна	Смертність (%0)							
	1975 р.	1980 р.	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	
Україна	10,00	11,40	12,13	12,19	15,46	15,39	16,6	
Польща	8,69	9,84	10,25	10,19	10,01	9,52	9,56	
Велика Британія	11,84	11,82	11,85	11,18	11,01	10,60	10,28	
Німеччина	-	-	-	11,61	10,83	10,31	10,35	
Франція	10,64	10,19	10,01	9,27	9,14	9,10	9,18	
Фінляндія	9,31	9,31	9,86	10,04	9,66	9,58	9,50	

Таблиця 3.4

Середня очікувана тривалість життя в Україні та інших країнах Європи

Країна	Тривалість життя (років)							
	1975 р.	1980 р.	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	
Україна	70,16	69,63	69,94	70,54	66,86	67,70	67,1	
Польща	71,1	70,36	70,64	71,01	72,01	74,00	74,7	
Велика Британія	72,62	73,59	74,65	75,95	76,86	77,50	78,4	
Німеччина	-	-	-	75,54	76,84	78,20	78,7	
Франція	73,48	74,91	75,99	77,62	78,71	79,30	79,4	
Фінляндія	71,93	73,73	74,49	75,13	76,75	77,90	78,72	

Як бачимо, у 70–80 роках показники народжуваності й смертості в Україні наближались до середньоєвропейських, а також до Великобританії, Франції, Фінляндії, Швеції та інших країн. Натомість, у 90-і роки в Україні, а також у Болгарії, Польщі, Росії, відмічаються зниження народжуваності, зростання смертності, зменшення природного приросту населення. Дослідниками це пояснюється впливом суспільно-політичних і соціально-економічних чинників на демографію суспільства.

Середня очікувана тривалість життя в Україні залишається децю вищою, ніж у Росії, але меншою від країн Заходу, особливо економічно розвинутих, таких, як Великобританія, Німеччина, Франція, Швеція та ін. До того ж тривалість життя жінок не залежить від змін у суспільстві й більш стабільна ніж у чоловіків. Смертність чоловіків наступає практично в працездатному віці, що негативно впливає на виробничі сили економічного розвитку, а отже, на добробут населення, розвиток держави та її стабільність. Середня тривалість життя та чисельність населення в розрізі регіонів України у 1995, 2005 рр. наведена в табл. 3.5.

Відомо, що важливе значення для оцінки демографічної ситуації має структура дитячого населення, пенсіонерів та робочих ресурсів, або дорослого працездатного населення чоловічої та жіночої статі. У зв'язку зі зменшенням народжуваності частка дитячого населення в Україні відповідно зменшується й становить 21% усього населення (з них хлопчиків трохи більше — 23%, дівчаток менше — 19%). У цілому тенденція до зниження питомої частки дитячого населення порівняно з іншими країнами принципово незначна і знаходиться на рівні середньоєвропейських показників, і навіть більша ніж у багатьох країнах Європи, але менша від Польщі, Росії. Останні 15 років не привели до різкого зменшення дитячого населення, але від'ємна прогресія, на відміну від Великобританії, Німеччини, все-таки спостерігається й утримується в межах п'ятої частини всього населення.

Тим часом через малу тривалість життя й високу смертність частка людей пенсійного віку значно менша, хоч і простежується тенденція до збільшення. Якщо у Великобританії, Німеччині кожна шоста людина пенсійного віку, то в Україні навіть не кожна восьма, при цьому чоловіків вдвічі менше, ніж жінок. Лише в Росії та Польщі частка населення пенсійного віку складає трохи менше, а така виразна різниця між чоловіками й жінками лише в Росії; найменша вона в Болгарії. Вікова структура на кінець 2000 року показана на рис. 3.1.

Таким чином, можна припустити наявність в Україні складних умов та негативних чинників, що погіршують здоров'я населення. Ця медико-соціальна проблема потребує предметного комплексного вивчення й вирішення на державному рівні, а спроба такого підходу буде представлена в наступних розділах роботи.

**Чисельність населення регіонів України та середня
тривалість життя у 1995, 2005 роках**

Регіони, області	Чисельність населення		Тривалість життя	
	1995	2005	1995	2005
АР Крим	2177222	1985495	65,8	66,8
Вінницька	1864205	1713052	67,8	67,7
Волинська	1072453	1042049	68,3	67,3
Дніпропетровська	3840614	3472867	66,3	65,6
Донецька	5177897	4659018	65,7	65,7
Житомирська	1472779	1346031	67,6	65,4
Закарпатська	1281446	1245653	67,5	67,5
Запорізька	2070024	1876391	66,9	67,3
Івано-Франківська	1456779	1390890	69,7	69,4
Київська	1890163	1773143	67,1	65,8
Кіровоградська	1213471	1077504	66,4	66,0
Луганська	2782786	2435716	66,1	66,1
Львівська	2741186	2569671	71,1	69,5
Миколаївська	1340964	1228807	66,4	65,7
Одеська	2568139	2404643	65,7	65,4
Полтавська	1734788	1564645	68,1	67,3
Рівненська	1188784	1159635	68,4	67,8
Сумська	1392746	1241743	67,5	66,9
Тернопільська	1170459	1116322	70,1	69,9
Харківська	3068072	2832711	66,7	67,9
Херсонська	1262703	1136751	65,6	65,9
Хмельницька	1503249	1384875	68,9	68,1
Черкаська	1500468	1353506	68,2	67,5
Чернівецька	946365	801426	69,4	69,4
Чернігівська	1346357	1179179	67,4	65,9
м. Київ	2608189	2625094	68,3	69,8
м. Севастополь	407100	376645	66,9	67,6
Україна	51079408	47100462	67,2	67,1

І, нарешті, найважливіший аспект — це частка робочих ресурсів, або працездатного населення. Як свідчить аналіз, в Україні вона практично найменша. Враховуючи зменшення народжуваності, середньої тривалості життя, зростання смертності, а також високий рівень інвалідності у працездатному віці, можна стверджувати, що кількісна тенденція виробничих сил у нашій державі негативна. Потребує значної уваги підхід до аналізу демографічної ситуації у містах і селах (табл. 3.6), оскільки природний приріст серед сільського населення практично вдвічі менше міського.

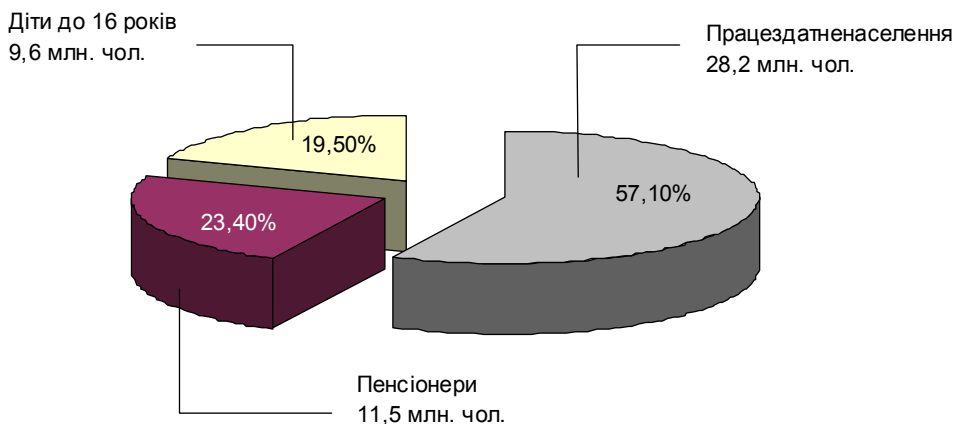


Рис. 3.1. Структура населення України на кінець 2000 року.

Якщо народжуваність у містах навіть трохи збільшується на тлі меншої тенденції до підвищення смертності, то в сільській місцевості відзначається стабільне зниження народжуваності та майже в 0,5 вищий рівень смертності.

Загрозлива ситуація для сільських робочих ресурсів становить важливу проблему в період формування сільського господарства.

Відомо, що на демографічну ситуацію впливає багато чинників, які умовно поділяємо на чотири групи: медичні, економічні, соціальні та екологічні. Під медичними розуміємо профілактику, діагностику та лікування хвороб, що характеризує стан медичної допомоги. До економічних чинників зараховуємо частку ВВП на душу населення, величину заробітної плати та товарообіг (офіційна статистика цих даних існує). Соціальними факторами є безробіття, питома вага осіб пенсійного віку (зокрема й з причини інвалідності). Екологічні фактори включають рівень забруднення повітря, об'єм стічних вод, кількість мінеральних добрив та пестицидів у ґрунті, рівень радіації тощо.

За даними багатьох дослідників, кожна тисяча доларів США внутрішнього національного продукту країни, що припадає на людину, додає їй півроку життя, а кожна особиста тисяча протягом року продовжує його ще на рік. Отже, тривалість життя людини є інтегрованим критерієм, який має свою вартість в оптимальному режимі витрат.

Безумовно, затрати в 1970-1980 роках в Україні на охорону здоров'я та середня заробітна плата близько \$200 США не могли забезпечувати належних потреб збереження й покращення здоров'я, але вони значно переважали показники сьогодення (табл. 3.7, 3.8), а здобутки системи охорони здоров'я того періоду слід визнати досить значними.

У 2000 році в Україні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя становили близько \$19 на рік. Для порівняння, у США —

Таблиця 3.6

Природний рух міського та сільського населення (%0)

Показник	Роки	Всього	Місто	Село
Народжуваність	1990	12.7	12.7	12.7
	1991	12.1	11.9	12.6
	1992	11.4	11.0	12.5
	1993	10.7	10.1	12.0
	1994	10.0	9.3	11.6
	1995	9.0	8.8	11.1
	1996	9.1	8.4	10.7
	1997	8.7	8.0	10.3
	1998	8.3	7.6	9.9
	1999	7.8	7.1	9.4
	2000	7.8	7.1	9.3
	2003	8.5	8.3	9.1
	2005	9,0	-	-
Смертність	1990	12.1	10.2	16.1
	1991	12.9	10.8	17.2
	1992	13.4	11.4	17.6
	1993	14.2	12.2	18.5
	1994	14.7	12.8	18.8
	1995	14.8	13.7	19.1
	1996	15.2	-	-
	1997	14.9	-	-
	1998	14.3	12.5	13.7
	1999	14.8	13.0	18.7
	2000	15.3	13.6	19.0
	2003	16.0	14.3	19.6
	2005	16,6	-	-
Природний приріст	1990	0.6	2.5	-3.4
	1991	-0.8	1.1	-4.6
	1992	-2.0	-0.4	-5.1
	1993	-3.5	-2.1	-6.5
	1994	-4.7	-3.5	-7.2
	1995	-5.8	-4.5	-8.0
	1996	-6.1	-	-
	1997	-6.2	-	-
	1998	-6.0	-4.9	-3.8
	1999	-7.0	-5.9	-9.3
	2000	-7.5	-6.5	-9.7
	2003	-7.5	-6.0	-10.5
	2005	-7,6	-	-

\$3750. За цим показником Україна займає 111 місце серед 191 країни світу та 8 серед країн СНД (пропустивши вперед не лише країни Балтії і Білорусь, а й Молдову).

Таблиця 3.7

**Демографічні показники та рівень забезпечення лікарями (вибірково) за даними ВООЗ
на 01.01.2002 р.**

Країни	Чисельність населення (тис.)	Природний приріст, %	Відсоток населення віком від 60 років		Відсоток населення працездатного віку	Тривалість життя (роки)				Кількість лікарів на 10 тис. насел.	Частка лікарів ПМСД (%)
						усе населення		чоловіки	жінки		
						1991 р.	2001 р.	2001 р.	2001 р.		
Велико-британія	59541	0,3	20,8	20,7	49,9	76,2	77,5	75,1	79,9	16,1	38,0
Італія	57502	0,1	21,5	24,3	41,0	77,2	79,3	76,2	82,2	55,8	18,0
Німеччина	82006	0,3	20,5	23,7	48,7	75,7	78,2	75,1	81,1	35,8	29,4
Франція	59452	0,4	19,3	20,5	45,0	77,8	79,3	75,6	82,9	32,8	48,5
США	285925	1,1	16,6	16,2	-	-	77,0	74,3	79,5	-	-
Японія	127334	0,3	18,0	23,8	-	-	81,4	77,9	84,7	-	-
Польща	38576	0,1	15,1	16,6	44,4	70,7	74,0	69,9	78,1	22,6	34,8
Росія	144663	- 0,3	16,2	18,5	47,7	69,0	65,2	58,9	72,3	42,0	5,5
Беларусь	10146	- 0,1	16,8	18,8	47,2	70,7	68,5	62,9	74,2	45,8	12,9
Україна	49111	- 0,6	18,6	20,7	45,8	69,7	67,7	62,2	73,3	30,0	7,5

Таблиця 3.8

**Фінансово-економічні показники в охороні здоров'я (ОЗ) заданими ВООЗ
на 01.01.2001 р.**

Країни	Загальні витрати на ОЗ в \$ США на душу населення		Бюджетні витрати на ОЗ в \$ США на душу населення		Загальні витрати на ОЗ, % від ВВП		Частка державних витрат на ОЗ, в % від бюджетних		Частка державних витрат на ОЗ, в % від загальних		Частка власних витрат на медичну допомогу, %		Частка витрат соціальної допомоги від бюджетних	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Велико-британія	1357	1747	1138	1415	7,0	7,3	13,1	14,9	83,9	81,0	16,1	19	11,3	11,2
Італія	1415	1498	1022	1103	7,4	8,1	10,0	12,7	72,2	73,7	27,8	26,3	0,4	0,1
Німеччина	3194	2422	2449	1819	10,6	10,6	14,5	17,3	76,7	75,1	23,3	24,9	86,3	91,7
Франція	2566	2057	1954	1563	9,6	9,5	13,2	13,5	76,1	76,0	23,9	24,0	96,9	96,8
США	3621	4499	1639	1992	13,3	13,0	16,8	16,7	45,3	44,3	54,7	55,7	32,1	33,7
Японія	2950	2908	2308	2230	7,0	7,8	15,1	15,4	78,2	76,7	21,8	23,3	84,7	89,1
Польща	198	246	144	177	6,0	6,0	9,1	10,2	72,9	69,7	27,1	30,3	0	0
Росія	126	92	103	66	5,5	5,3	11,7	14,5	81,5	72,5	18,5	27,5	28,1	24,5
Білорусь	58	57	49	47	5,7	5,7	10,9	13,1	84,8	82,8	15,2	17,2	0	0
Україна	42	26	35	18	5,8	4,1	11,4	7,6	84,0	70,1	16,0	29,9	0	0

Зважаючи на досвід інших країн, з метою покращення медичної допомоги доцільне поступове впровадження альтернативних форм, створення здорової конкуренції, посилення профілактики захворювань шляхом передовсім відповідальності громадян за збереження свого здоров'я, також через фінансові механізми страхової медицини.

Реформування, тобто істотна зміна існуючого становища в умовах нестабільної напруженої ситуації в суспільстві — це складний і відповідальний процес, який мусить бути забезпечений належними ресурсами.

Шляхи впровадження сімейної медицини на сьогоднішній день також потребують серйозного аналізу, бо навіть 1000 чи 4000 лікарів на даному етапі не забезпечать надання первинної медико-санітарної допомоги. Отже, існуюча система дільничної служби ще тривалий час виконуватиме свою функцію, але адаптовано до сучасності.

Медичне страхування мусить передовсім виступати як посилення відповідальності громадян за своє здоров'я, а вже потім держави. Доцільним було б уведення фінансово-банківських рахунків. Фінансовий персональний банківський рахунок кожного працюючого буде стимулом збереження здоров'я через збереження коштів.

Найголовніше, що принципи існуючої системи охорони здоров'я повністю відповідають Конституції України, а тому про їх зміни (реформування) ставити питання недоцільно. Необхідно їх максимально адаптувати до сучасних умов і розвивати в майбутньому.

Таким чином, адаптація напрацьованої роками моделі до сучасних умов із упровадженням додаткових форм медичної допомоги залежно від джерел фінансування, власності та інших складових бачиться найоптимальнішою системою організації охорони здоров'я в державі.

Суспільно-економічні відносини будь-якої країни становлять фундамент також процесів управління. Централізація їх обов'язкова лише у сферах, що належать безпосередньо до безпеки народу. Але стан здоров'я населення, його тривалість життя, рівень працездатності — це виробничі сили держави, тобто основа її державності та безпеки.

Отже, система управління охороною здоров'я повинна включати контрольні функції державного органу влади по виконанню державного замовлення стосовно підвищення рівня продуктивних сил.

Держава мусить мати контрольний пакет акцій (фінансування) і належну звітність про їх рентабельність, критерієм чого виступає стан здоров'я.

Інші форми й види медичної допомоги мають розглядатись як додаткові інвестиції на покращення стану здоров'я населення.

За даними експертів Центру ім. Разумкова, в Україні якість життя людини знизилась до його знецінення. У країнах світу якість життя лю-

дини визначає індекс людського розвитку (ІЛР), який враховує тривалість життя, освіту, частку ВВП на душу населення тощо. Програма розвитку ООН у Доповіді про рейтинг країн за ІЛР поставила Україну на 74 місце серед 162 країн світу. З колишніх соціалістичних країн Україна відстала, приміром, від Білорусі на 21 позицію, від Росії — на 19, Польщі — на 36, Словаччини — на 39 позицій. Найбільше Україна відстає за виробництвом валового внутрішнього продукту на душу населення. За цим показником вона посідає 96 місце у світі. Якщо, приміром, у Люксембурзі валового внутрішнього продукту на кожного виробляється майже на 43 тисячі доларів США, то в Україні — \$3548. Тобто ми, українці, живемо у 12 разів гірше.

Важлива роль відведена соціальним факторам впливу на особу. Це, зокрема, середній вік населення даного регіону (якщо населення старе, воно помирає частіше), кількість пенсіонерів та рівень безробіття.

Результати вивчення залежності стану здоров'я від соціально-економічних факторів засвідчили ознаки їх прямого впливу. Простежується кореляційний зв'язок між середньомісячною заробітною платою ($r=-0,19$), роздрібним товарообігом ($r=-0,22$), середнім віком ($r=0,81$), кількістю пенсіонерів ($r=0,93$), рівнем безробіття ($r=0,29$) та смертністю.

Саме значний несприятливий вплив у соціальній сфері викликає емоційне, стресове перенапруження людини, що веде до негативного впливу на її організм. Для розвитку серцево-судинних хвороб такі фактори мають особливе значення, оскільки є причиною хронічного стресу — сукупного впливу екологічних, психо-соціальних і соціально-екологічних факторів, які зумовлюють постійне напруження нервової системи.

Одним із факторів негативного впливу залишається забруднення навколишнього середовища, що зумовлює 21% усіх смертей в Україні. Забруднена питна вода додає ще 13%. Четверо з п'яти українців вимушені споживати брудну воду. За оцінками ВООЗ, майже 80% усіх захворювань у світі зумовлені саме неякісною питною водою.

Забруднення квадратного метра землі в Україні було в 6,5 раза вище, ніж у США, і в 3,2 раза вище, ніж у країнах Європейського Союзу. Атмосферне забруднення негативно впливає на 17 млн. жителів України (34% від загальної кількості), в той же час 11 млн. населення (28%) проживають на територіях, де забруднення повітря досягає рівня, небезпечного для життя.

За даними Мінекології, сьогодні в Україні нагромаджено 25 млрд. тонн шкідливих промислових відходів. Ними захаращено 160 тисяч гектарів цілком придатних для сільського господарства земель.

Незважаючи на екологічну ситуацію, що склалася, в Україні на одного жителя припадає 3 долари природоохоронних асигнувань на рік, тоді як, приміром, у Німеччині — в 50 разів більше.

Загальна смертність є найбільшою в південно-східному й центральному регіонах. У цих регіонах особливе занепокоєння викликають Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Запорізька й Харківська області, де розташовані металургійна, вугільна, хімічна, будівельна, атомна індустрії. Наприклад, у Донецькій області щільність забруднення повітря на квадратний кілометр перевищує середній показник по Україні в 6,3 рази, а в Луганській області — в 3,5. У південно-східному регіоні 483 кг викидів у атмосферу в розрахунку на одну людину перевищує на 68 % середні значення по Україні.

Рівні іонізованої радіації вищі в центральному регіоні, що значно постраждав від викидів після аварії на Чорнобильській атомній електростанції. Вони й у майбутньому можуть впливати на здоров'я населення, найбільше через продукти харчування й воду (табл. 3.9).

З наведених у табл. 3.10 даних щодо взаємозв'язку рівня забруднення повітря, об'єму стічних вод та смертності населення різних регіонів видно, що ці показники в промисловому регіоні значно перевищують середні по Україні. Порівняння їх із показниками в окремих областях західного та південного регіонів країни свідчить, що, наприклад, при нижчих від середніх в Україні показниках рівня забруднення повітря та об'ємів стічних вод у Закарпатській і Херсонській областях відповідно і смертність у цих областях нижче середніх показників. Високі значення коефіцієнтів кореляції підтверджують зазначене: $r_{2-4}=0,59$, $r_{3-4}=0,72$.

Таблиця 3.9

Рівнекологічного забруднення у регіонах України

Важливим фактором, що зумовлює стан здоров'я населення в окремих областях (Житомирська, Київська, Рівненська, Чернігівська), виступає вплив наслідків аварії на ЧАЕС. Показник смертності від хвороб

	Регіони			
	Західний	Південно-західний	Південно-східний	Центр
Повітряне забруднення (кг/персону)	196	236	483	225
Об'єм стічної води (м ³ /персону)	25	43	166	47
Мінеральні добрива в ґрунті (кг/персону)	108	108	63	154
Навантаження пестицидами території (кг/персону)	1,49	2,46	0,78	2,30
Річна індивідуальна доза радіації (mSv/year)	4,46	3,89	5,71	6,20
Відносна накопичена інтенсивність впливу факторів (на резидента)	404	400	907	503

системи кровообігу в забруднених областях на 14,6% перевищував середній по Україні.

Наведені факти засвідчують, що населення України проживає не просто в несприятливих, а в небезпечних екологічних умовах, що значно знижує якість життя громадян та його тривалість. Якщо в середньому у світі до 65-річного віку доживає 63% чоловік, то в Україні — 51 %: четверта частина всіх померлих в Україні — це доволі молоді люди працездатного віку. Зазначене суперечить рекомендації ВООЗ у межах Європейської політики з досягнення здоров'я для всіх у 2000 році, згідно з якою вірогідна тривалість життя повинна становити не менше 75 років. Рейтингове місце України — 70-ге серед 191 країни світу. Іншими словами, параметри вірогідної тривалості життя в Україні виявились неочікувано гіршими, що виступає демографічним аспектом національної безпеки.

Таблиця 3.10

Показники забруднення атмосферного повітря, об'єм стічних вод та смертності населення при хворобах системи кровообігу

Таким чином, динаміка демографічної ситуації засвідчує, що зі зміною суспільно-політичних і соціально-економічних умов, погіршенням екобіологічних факторів протягом 1975–2000 років народжуваність

Регіон, область	Викиди шкідливих речовин у повітря стаціонарними джерелами забруднення (тис. тонн)	Скидання забруднених стічних вод у природні поверхневі водні об'єкти (млн. м ³)	Смертність від ХСК (на 1000 населення)
Україна	153,9	156,6	8,63
Донецька	1587,5	965,0	9,44
Дніпропетровська	788,3	731,0	9,11
Луганська	445,0	458,0	9,06
Харківська	184,8	312,0	9,13
Запорізька	233,5	345,0	8,03
Херсонська	15,9	11,0	7,28
Закарпатська	8,6	13,0	5,19

зменшилась на 51,6 %, смертність зросла на 53,0 %. Це вимагає в нових умовах адекватних заходів, а тому пріоритетною повинна стати науково обґрунтована профілактична стратегія в межах усієї системи охорони здоров'я, як на регіональному, так і на національному рівнях, а професійне сприяння збереженню здоров'я населення та запобігання шкідливого впливу негативних чинників на нього, зменшення рівня передчасної смертності громадян є функцією і завданням системи охорони здоров'я

та обґрунтуванням розробки і впровадження Державних цільових програм.

Таким чином:

Досліджено, що прийняті Державні цільові програми хоч і внесли позитивний вклад у забезпечення медичної допомоги населенню, але лише зменшили темпи негативної динаміки стану його здоров'я, тобто виявлено їх недостатню ефективність; це стало підставою для наукового обґрунтування Концепції розробки й моделі впровадження державних цільових програм із найбільш актуальних проблем здоров'я народу.

Встановлено, що фінансування системи охорони здоров'я залишається недостатнім, хоча за десятиріччя й було збільшене майже втричі, але ще залишається вдвічі меншим рівня 1990 року та у 30 разів поступається можливостям європейських країн.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Сьогодні спостерігаються і набувають розмаху тенденції погіршення стану здоров'я, зменшення середньої тривалості життя, яка порівняно з країнами Євросоюзу нижча в середньому на десять років.

Структура загальної смертності з року в рік залишається стабільною. У 2005 році перше місце серед її причин займали хвороби системи кровообігу (62,5%), друге — злоякісні новоутворення (11,7%) і третє — травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (8,9%) (табл. 4.1, 4.2).

Таблиця 4.1

Основні причини смертності в Україні (на 100 тис. насел.)

Причина смертності	1995 р.	2005 р.
Померло з усіх причин	1539,8	1660,2
з них:		
- деякі інфекційні та паразитарні хвороби	19,4	36,6
- туберкульоз	21,9	25,3
- злоякісні новоутворення	197,7	195,0
- хвороби системи кровообігу	875,0	1037,7
в т.ч. інфаркт міокарда	20,8	15,5
- судинні ураження мозку	257,9	222,9
- хвороби органів дихання	89,6	59,4
- хвороби органів травлення	44,0	67,2
- хвороби сечостатевої системи	11,9	7,6
- нещасні випадки, отруєння та травми	160,6	148,5

Серед причин високої смертності людей працездатного віку на перше місце виходять травми, а хвороби системи кровообігу посідають друге. Показник поширеності від усіх хвороб у 2005 р. по Україні склав 141042,4 на 100 тис. населення. Найбільше відхилення від середнього у Вінницькій (+28,0%) та Миколаївській (+23,1%) областях. Найвищі показники захворюваності у Вінницькій області і в м. Києві. Аналогічна картина і в

Структура смертності населення України (%)

Причини смерті	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2004	2005
Всі причини, включаючи	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- злоякісні новоутворення	12,8	12,7	12,9	13,5	13,2	12,9	12,0	11,7
- хвороби системи кровообігу	56,8	57,5	59,2	60,3	60,7	60,9	62,2	62,5
- хвороби органів дихання	5,8	5,1	5,5	5,0	5,0	5,0	3,7	3,6
- хвороби органів травлення	2,6	4,5	2,9	2,8	2,8	2,9	3,7	4,0
- нещасні випадки, отруєння, травми та ін.	10,8	10,9	9,9	9,7	9,6	9,7	9,4	8,9

показниках первинного виходу на інвалідність: найвищий він у АР Крим (70,5), найнижчий у Сумській області (38,6) при середньому по Україні 55,9 на 10 тис. населення (табл. 4.4). Останнім часом зберігається тенденція до зростання показників загальної смертності населення як з усіх причин (+12,5%), так і від хвороб системи кровообігу (+14,7%). Спостерігається значне збільшення показника смертності від інфекційних і паразитарних хвороб (+ 31%) (табл. 4.3).

Основні причини смертності в Україні серед населення працездатного віку (на 100 тис. населення)

Причина смертності	2000 р.	2005 р.
Померло з усіх причин	595,0	680,7
з них:		
- деякі інфекційні та паразитарні хвороби	36,9	52,9
- туберкульоз	32,0	40,0
- злоякісні новоутворення	93,4	93,0
- хвороби системи кровообігу	168,2	197,0
в т.ч. інфаркт міокарда	7,2	8,6
- судинні ураження мозку	39,6	37,5
- хвороби органів дихання	31,1	30,1
- хвороби органів травлення	39,1	68,0
- хвороби сечостатевої системи	6,5	4,9
- нещасні випадки, отруєння та травми	182,4	181,8
- хвороби ендокринної системи та обміну речовин	4,8	4,4

**Показники здоров'я населення працездатного віку в Україні у 2004, 2005 роках
(усіх хвороби)**

Область	2004 рік					2005 рік				
	П (на 100 тис. насе- лення)	З (на 100 тис. насе- лення)	ДН (на 100 тис. насе- лення)	ПІ (на 10 тис. насе- лення)	С (на 100 тис. насе- лення)	П (на 100 тис. на- селення)	З (на 100 тис. насе- лення)	ДН (на 100 тис. насе- лення)	ПІ (на 10 тис. насе- лення)	С (на 100 тис. насе- лення)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
АР Крим	103553,0	45754,6	43384,0	53,9	679,7	105728,7	45805,1	43757,3	70,5	711,4
Вінницька	178394,8	77570,1	89042,2	50,2	576,0	180633,5	78910,8	92369,3	57,3	624,4
Волинська	158352,9	67898,3	57554,3	51,6	565,3	158755,7	68010,0	58849,0	50,6	632,0
Дніпропетровська	154357,5	74594,3	58745,6	54,6	749,2	162452,1	78431,3	61447,7	54,6	796,2
Донецька	130897,0	58249,4	63259,3	65,9	797,7	134470,5	60025,6	65480,8	63,0	813,3
Житомирська	119513,7	53182,3	51705,2	61,7	790,2	123420,9	56170,3	55002,1	58,8	827,9
Закарпатська	157009,5	62747,9	89975,2	50,2	528,6	152350,5	59986,8	90835,6	56,9	568,0
Запорізька	108153,2	50578,8	44136,3	51,8	663,5	109654,2	50127,4	44968,4	51,8	668,1
Ів.-Франківська	156348,7	78458,8	61555,2	61,5	461,5	156153,3	75670,8	62770,2	51,2	491,6
Київська	148389,8	58715,5	54183,0	47,2	730,3	152602,6	61443,5	55456,8	49,6	797,8
Кіровоградська	127659,3	47773,4	55814,2	52,7	749,5	134348,4	51875,0	54963,3	63,7	768,5
Луганська	111523,5	50506,2	48490,5	47,1	745,1	113317,5	51636,2	49159,5	52,4	755,0
Львівська	130147,6	71570,3	44089,2	53,0	477,0	131349,9	72836,0	45034,1	56,0	514,7
Миколаївська	105787,8	46108,4	48971,8	52,4	486,0	108545,4	45828,8	48716,1	63,0	767,0
Одеська	133956,0	56838,8	57614,3	53,2	742,9	139735,9	59922,4	59486,4	66,7	774,4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Полтавська	133565,5	51509,6	63690,4	51,2	663,6	143725,9	56692,5	70109,0	51,9	661,4
Рівненська	141563,5	63379,5	65817,2	55,7	549,6	143179,9	63514,2	64614,7	57,4	577,5
Сумська	124087,1	49660,2	60026,8	40,7	777,6	121555,7	48354,6	60319,4	38,6	708,5
Тернопільська	140227,6	58531,4	57211,2	51,2	438,3	142440,8	59921,7	57478,3	56,4	474,2
Харківська	149031,3	73789,3	78282,4	41,0	614,2	159448,1	74955,7	77630,5	42,0	618,7
Херсонська	131885,9	57628,3	64834,7	51,2	721,8	134240,2	56914,7	68583,7	54,9	758,8
Хмельницька	123602,3	53278,9	56879,8	50,8	563,9	128046,2	55200,2	59250,5	52,0	615,9
Черкаська	151503,5	66853,1	62118,7	48,3	631,9	152567,9	66681,4	63962,8	56,4	663,1
Чернівецька	159696,1	69437,3	76154,4	47,4	445,6	156913,3	65570,8	77540,4	56,9	484,2
Чернігівська	154431,7	67470,5	72803,4	61,8	769,0	157887,0	68572,4	73482,1	58,3	809,7
м. Київ	157219,6	74844,3	52664,6	41,3	464,4	163884,8	77586,1	57436,1	57,2	497,4
м. Севастополь	112625,8	49995,5	31171,5	39,4	612,6	114391,3	49479,8	32062,7	68,0	671,7
Україна	137339,8	61867,5	59582,6	52,1	651,9	141042,4	63174,1	61248,3	55,9	680,7

Примітка: П — поширеність;
 З — захворюваність;
 ДН — диспансерний нагляд,
 ПІ — первинна інвалідність;
 С — смертність.

На особливу увагу заслуговує серцево-судинна патологія, яка поширена серед трьох чвертей населення України та у двох третин стає причиною смерті, тоді як у більшості країн світу не перевищує 50%.

У структурі смертності від хвороб системи кровообігу провідні місця займають ішемічна хвороба серця (66,6%) та цереброваскулярна патологія (21,5%) (табл. 4.5). За період із 2000 по 2005 р. спостерігається позитивна тенденція зменшення смертності від гострого інфаркту міокарда як серед усього населення (від 19,0 до 15,5 на 100 тис. чол.), так і серед працездатної його частини (від 7,2 до 6,8).

Основною причиною смерті при ішемічній хворобі серця стає атеросклеротичний кардіосклероз, який складає 78% серед усього населення й половину — серед працездатного, що потребує серйозного аналізу достовірності цих даних. Зростає рівень смертності від інших гострих і підгострих форм ішемічної хвороби серця, яка сягає 42,2% у людей працездатного віку, а від гострого інфаркту міокарда — 7,3%.

Таблиця 4.5

**Структура смертності від хвороб системи кровообігу
(на 100 тис. чол. населення)**

Назва нозології	2000 р.		2005 р.	
	показник	%	показник	%
Усі хвороби	1538,3	100	1660,2	100
Хвороби системи кровообігу	937,1	60,9	1037,7	62,5
в т.ч.				
- гіпертонічна хвороба	131,0	14,0	1,3	0,1
- ішемічна хвороба серця	601,8	64,2	691,3	66,6
- гострий інфаркт міокарда	19,0	2,0	15,5	1,5
- цереброваскулярні хвороби	234,4	25,0	222,9	21,5

Нині за зростанням показника смертності від серцево-судинної патології Україна і Болгарія займають останні місця серед Європейських країн. На Міжнародному конгресі кардіологів у Мюнхені було зазначено, що в більшості розвинутих країн Європи на 1000 чоловік припадає менше трьох серцево-судинних летальних наслідків; у Польщі — близько п'яти, а в Болгарії та Україні — більш ніж 9.

Особливо значна різниця в показниках смертності від серцево-судинної патології у чоловіків і жінок. Ця особливість виявляється у всьому світі, але в Україні вона виражена в активному працездатному віці.

Міжнародний досвід із зниження рівня захворюваності і смертності від хвороб системи кровообігу та інших хронічних неінфекційних хвороб свідчить про реальну можливість зменшення названих показників на популяційному рівні за умови вирішення комплексної Національної програми із профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, а також

затвердження і впровадження Національної програми з попередження серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, яка об'єднує зусилля терапевтів, кардіологів, кардіохірургів, неврологів і нейрохірургів.

Поточний прогностичний аналіз і математичне моделювання на більш віддалений період, які ґрунтуються на показниках довкілля, якості харчування, питної води, демографічних показниках і тенденціях сучасного розвитку, а також на особливостях соціально-економічного становища у країні, не дають підстав сподіватися на краще, якщо не вживати науково обґрунтованих заходів, не забезпечувати їх вживання відповідним фінансуванням і не надавати належної державної підтримки.

Так, за період із 1995 по 2005 р. зросли показники поширеності хвороб серед усього населення на 38% в основному за рахунок хвороб ендокринної системи та системи обміну, які збільшились удвічі, системи кровообігу (більш ніж удвічі), хвороб сечостатевої системи (на 62,2%), кістково-м'язової (на 43,7%). Відстежується зниження показника рівня смертності від травм, отруень та нещасних випадків (на 5%). Відповідно зросла і захворюваність на ці класи хвороб (табл. 4.6).

Показник поширеності від усіх хвороб в Україні у 2005 році на 100 тис. населення склав 172633,0, однак цей показник коливається в межах 138640,5 в Миколаївській обл. до 226628,2 в м. Києві. Аналогічні відхилення показників захворюваності від середнього по Україні (69876,1 на 100 тис. населення) спостерігаються в м. Києві (94537,8), Івано-Франківській (85306,6), Вінницькій (83958,4) до 49057,7 в Сумській, 52582,9 в Миколаївській областях (табл. 4.7).

Порівнюючи показники поширеності та захворюваності на всі класи хвороб за 2005 рік серед усього населення і сільського зокрема, слід зазначити, що серед сільського вони нижчі по всіх нозологіях, за винятком хвороб ендокринної системи та системи обміну речовин (табл. 4.8). Можна припустити, що це пов'язано з недостатніми можливостями спеціалізованої допомоги сільському мешканцю, а також із питаннями обліку. Виконання Національної програми із профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, упровадження нових методик досліджень у практику лікувально-профілактичних закладів України дало змогу покращити виявлення й тим самим збільшити показник поширеності хвороб системи кровообігу серед усього населення з 1995 по 2005 р. у 2 рази (табл. 4.6).

У структурі поширеності хвороб системи кровообігу серед усього населення на першому місці стоїть гіпертонічна хвороба (45,8%), на другому — ішемічна хвороба серця (33,7%), на третьому — цереброваскулярна патологія (13,3%). Аналогічні показники захворюваності (табл. 4.9-4.11).

Проведені дослідження свідчать про надзвичайну поширеність факторів ризику серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань в

Таблиця 4.6

**Поширеність, захворюваність, динаміка та структура хвороб серед
усього населення України в 1995, 2005 рр. (на 100 тис. населення)**

Назва нозології	Поширеність		Питома частка (у %)		Захворюваність		Питома частка (у %)	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Усі хвороби	124279,0	172633,0	100	100	63160,2	69876,1	100	100
В т.ч.								
Інфекційні та паразитарні	4262,2	4247,9	3,4	2,5	2919,4	2839,6	4,6	4,1
з них: туберкульоз	193,3	219,1	0,3	0,1	41,7	84,1	0,1	0,1
Новоутворення	2722,3	3567,2	2,2	2,1	635,4	866,5	1,0	1,2
X-би ендокринної системи та обміну	3486,7	7488,3	2,8	4,3	527,9	1165,4	0,8	1,7
Психічні розлади	4435,2	4733,9	3,6	2,7	518,2	484,0	0,8	0,7
X-би нервової системи	12502,0	4684,3	10,1	2,7	5894,2	1600,0	9,3	2,3
Хвороби системи:								
- кровообігу	24557,1	50268,6	19,8	29,1	2696,6	5159,6	4,3	7,4
- дихання	35482,5	35753,2	28,6	20,7	30476,7	29499,0	48,3	42,2
- травлення	11019,1	16593,9	8,9	9,6	2584,6	2992,7	4,1	4,3
- кістково-м'язової	6719,1	9652,9	5,4	5,6	2747,5	3398,0	4,4	4,9
- сечостатевої	5691,1	9226,3	4,6	5,3	2997,1	4638,0	4,7	6,6
Травми, отруєння та нещасні випадки	5341,0	5080,9	4,3	2,9	5135,0	4806,9	8,1	6,9

Динаміка показників поширеності і захворюваності від усіх хвороб в Україні (на 100 тис. населення)

Назва регіону	Поширеність				Захворюваність			
	1985 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	1985 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.
АР Крим	100044,7	106160,1	123191,8	138164,9	52782,0	70633,4	55556,9	54882,9
Вінницька	118651,8	140341,7	175508,5	207814,2	53461,4	53644,1	76471,0	83958,4
Волинська	115650,1	139147,5	175299,8	186189,4	54840,1	63640,7	77515,2	76487,5
Дніпропетровська	95065,6	140798,5	157289,3	192226,0	54174,9	77317,5	75658,7	80970,0
Донецька	109690,2	133189,8	153449,6	167820,6	59664,3	64305,4	67150,5	63569,0
Житомирська	114739,9	111635,6	141129,9	154026,3	46881,8	54242,8	64412,6	61975,5
Закарпатська	104925,8	132822,1	134583,5	162311,5	50964,2	58330,8	66484,0	67576,8
Запорізька	97117,7	113087,0	133844,4	142904,7	59241,4	65440,0	62102,6	58516,6
Івано-Франківська	99264,3	116250,2	148708,5	179409,8	52119,6	63666,7	76062,1	85306,6
Київська	99246,1	134751,1	168408,2	189694,0	51615,4	66001,6	72399,1	69831,4
Кіровоградська	99172,8	122165,6	142993,2	155926,7	50578,2	57267,4	58827,1	56147,0
Луганська	100252,9	113868,4	134933,5	147320,7	55323,9	56438,5	64036,3	57175,8
Львівська	104965,6	114780,8	149711,2	158801,2	60420,8	63496,5	80907,8	81226,7
Миколаївська	87919,5	105776,9	119658,9	138640,5	47554,3	52509,2	53233,2	52582,9
Одеська	93963,8	124591,2	147431,3	171082,4	51462,0	59240,1	62764,9	67547,9
Полтавська	98178,4	115653,0	129432,8	171265,9	47766,1	57127,9	56743,4	60639,1
Рівненська	93241,5	109693,3	127102,0	158836,4	46653,0	60638,6	62209,2	71343,5
Сумська	93046,9	120349,0	150551,9	149163,0	45568,4	58094,7	64183,5	49057,7
Тернопільська	96258,5	110587,5	146580,3	164815,9	43024,6	49607,8	56393,3	64112,1
Харківська	91961,7	116289,9	124353,9	193776,4	53625,2	58765,4	59144,8	81630,2
Херсонська	89159,4	103665,0	134022,2	159500,5	50550,7	56778,5	62622,5	63090,1
Хмельницька	94174,8	121971,9	143982,4	160837,3	43755,3	57734,4	59362,9	62921,9
Черкаська	120056,6	154243,9	173197,3	197071,8	56705,9	74538,2	76858,4	77599,1
Чернівецька	106651,0	126335,1	157289,5	163950,8	57962,7	61349,2	70174,5	69007,7
Чернігівська	99598,7	143042,0	176095,6	187333,1	53437,4	73010,7	77157,6	73285,1
м. Київ	115216,0	146693,9	173469,6	226628,2	69935,9	60297,4	83533,9	94537,8
Україна	101858,2	124279,0	148080,6	172633,0	54344,7	63160,2	67677,8	69876,1

Таблиця 4.8

**Поширеність та захворюваність серед усього населення
(зокрема сільського) у 2005 р. (на 100 тис. населення)**

Назва нозології	Поширеність		Захворюваність	
	усього	в т.ч. сільського	усього	в т.ч. сільського
Усі хвороби	172633,0	145602,5	69876,1	56075,3
В т.ч. Інфекційні та паразитарні	4247,9	2917,7	2839,6	1784,0
Новоутворення	3567,2	2689,2	866,5	590,4
Хвороби ендокринної системи та обміну	7488,3	7603,5	1165,4	1218,8
Психічні розлади	4733,9	4444,2	484,0	423,0
Хвороби нервової системи	4684,3	4322,0	1600,0	1583,3
Хвороби системи: - кровообігу	50268,6	46834,8	5159,6	5074,1
- дихання	35753,2	29046,6	29499,0	23477,6
- травлення	16593,9	13302,8	2992,7	2936,5
- кістково-м'язової	9652,9	8406,6	3398,0	2801,4
- сечостатевої	9226,3	6847,0	4638,0	3407,3
Травми, отруєння тощо	5080,9	3375,3	4806,9	3226,7

Таблиця 4.9

**Поширеність та захворюваність серед дорослих і підлітків
(зокрема сільських) у 2005 р. (на 100 тис. населення)**

Назва нозології	Поширеність		Захворюваність	
	усього	в т.ч. сільського	усього	в т.ч. сільського
Усі хвороби	170913,3	146919,2	56580,1	45335,0
Хвороби системи кровообігу	61552,5	58953,8	6178,0	6226,3
В т.ч. Гіпертонічна хвороба (усі форми)	28169,3	26916,3	2586,3	2519,0
Ішемічна хвороба серця	20751,4	20367,5	1697,5	1784,3
Гострий інфаркт міокарда	130,8	75,9	130,8	75,9
Цереброваскулярні хвороби	8082,4	6715,2	991,2	924,4
Інсульт	313,7	252,0	269,8	225,5
Ревматизм (усі форми)	603,7	669,8	15,2	11,1

**Поширеність та захворюваність хворобами системи кровообігу
в 1995, 2005 рр. в Україні серед дорослих і підлітків**

Роки	Усі хвороби		Хвороби системи кровообігу		Гіпертонічна хвороба (усі форми)		Ішемічна хвороба серця		Гострий інфаркт міокарда		Церебро-васкулярні хвороби		Інсульты (усі форми)	
	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З
1995 абс. дані	49973408	21619022	12480115	1337513	5133815	426154	4102387	340734	48719	44159	853670	238116	110323	85598
2005 абс. дані	64897974	21484176	23372273	2345860	10696231	982052	7879562	644569	49670	49670	3068986	376365	119117	02434
+/- %	+14924566	-134846	+10892158	+1008347	+5562416	+555898	+3777175	+303835	+951	+5511	+1215316	+138249	+8794	16836
1995 на 100 тис. нас.	122038,8	52795,3	30477,4	3266,3	12537,2	1040,7	10018,3	832,1	119,0	107,8	4526,8	581,5	269,4	209,0
2005 на 100 тис. нас.	170913,3	56580,1	61552,5	6178,0	28169,3	2586,3	20751,4	1697,5	130,8	130,8	8082,4	991,2	313,7	269,8
+/- %	+40	+7,2	2 рази	89,1	>2 раз	2,5 рази	2 рази	2 рази	+9,9	+21,3	+78,5	+70,4	+16,4	+29,1

Примітка: П — поширеність;
З — захворюваність.

Таблиця 4.11

Показники ураження населення хворобами системи кровообігу

Найменування регіонів, областей	Поширеність (на 100 тис.нас.)		Захворюваність (на 100 тис.нас.)		Первинна інвалідність (на 10 тис.нас.)		Смертність (на 100 тис.нас.)	
	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.	1995	2005	1995 р.	2005 р.
АР Крим	27349,9	42628,4	2031,3	3603,7	27,5	18,9	861,0	1012,3
Вінницька	38225,1	56447,3	4246,2	6602,5	18,3	18,6	1166,8	1275,8
Волинська	32504,9	49391,9	3886,2	4797,3	21,2	11,3	658,2	943,1
Дніпропетровська	29764,6	53913,8	3554,0	5322,3	19,8	15,0	935,5	1104,6
Донецька	34465,5	50392,8	3682,5	5497,0	21,6	13,1	1031,2	1117,7
Житомирська	25110,3	41965,1	1874,1	2452,5	19,0	12,6	970,6	1241,9
Закарпатська	24252,7	49695,9	5285,0	8653,4	6,7	11,4	475,6	711,3
Запорізька	22636,5	46522,0	2089,7	2940,1	23,8	13,3	841,8	801,7
Івано-Франківська	23894,5	45451,5	3971,1	7288,4	11,6	11,8	676,9	828,4
Київська	34708,0	55873,8	4574,8	4400,9	24,2	14,0	1037,4	1258,9
Кіровоградська	34700,9	51515,4	3127,3	3930,1	20,1	13,6	818,5	1044,9
Луганська	34345,4	54081,6	3401,5	3399,1	17,0	15,6	885,6	1144,5

Україні: у 33,5% дорослого населення виявлено артеріальну гіпертензію, 56,8% — мають надлишкову вагу, 44% чоловіків та 16,5% жінок курять.

Існують відмінності в показниках поширеності й захворюваності від хвороб системи кровообігу серед населення працездатного віку, а також у показниках серед сільського населення (табл. 4.9, 4.12, 4.13).

Таблиця 4.12

Поширеність, захворюваність, динаміка та структура хвороб системи кровообігу серед населення працездатного віку (на 100 тис. населення)

Назва нозології	Поширеність		Питома частка (у %)		Захворюваність		Питома частка (у %)	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Усі хвороби	124942,0	141042,4	100	100	61335,3	63174,1	100	100
Хвороби системи кровообігу	22198,9	30297,6	17,8	21,5	3926,6	4939,4	6,4	7,8
В т.ч. Гіпертонічна хвороба (усі форми)	11435,9	16240,7	51,5	53,6	1939,0	2038,8	49,4	41,2
Ішемічна хвороба серця	5941,3	8280,5	26,8	27,3	910,1	1047,9	23,2	21,2
Гострий інфаркт міокарда	53,2	57,9	0,2	0,2	52,8	57,9	1,3	1,2
Цереброваскулярні хвороби	1731,0	2273,0	7,8	7,5	388,0	450,1	9,9	9,1
Інсульт	114,9	114,5	0,5	0,4	91,6	95,1	2,3	1,9
Ревматизм (усі форми)	683,0	542,7	3,0	1,8	31,2	18,7	0,8	0,4

Аналізуючи показники поширеності, захворюваності, інвалідності та смертності, завважуємо, що значна частина кардіологічної патології припадає на людей працездатного віку (особливо захворюваність) (табл. 4.14-4.17). Об'єм диспансерного нагляду в багатьох регіонах набагато нижчий, ніж середній по Україні. Тому на місцях кардіологам, терапевтам, сімейним лікарям необхідно звернути особливу увагу на своєчасне виявлення патології, проведення адекватного обстеження й лікування громадян згідно із стандартами для покращання зазначених показників.

При хворобах системи кровообігу первинна інвалідність у 2005 році встановлена 58491 хворому, із них 56,7% (33155 чоловік) — особи

**Показники здоров'я населення працездатного віку в Україні у 2004, 2005 рр.
(хвороби системи кровообігу)**

Найменування областей	2004 рік					2005 рік				
	П (на 100 тис. насе- лення)	З (на 100 тис. насе- лення)	ДН (на 100 тис. насе- лення)	ПІ (на 10 тис. насе- лення)	С (на 100 тис. насе- лення)	П (на 100 тис. насе- лення)	З (на 100 тис. насе- лення)	ДН (на 100 тис. насе- лення)	ПІ (на 10 тис. насе- лення)	С (на 100 тис. насе- лення)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
АР Крим	22278,1	3064,0	13573,2	11,6	215,3	24862,4	3360,0	14268,2	13,9	224,7
Вінницька	38383,4	5905,4	27028,6	12,3	156,7	38226,6	5525,3	27702,1	14,1	170,3
Волинська	33556,7	4723,2	18286,4	9,7	141,1	34346,9	4512,7	19309,8	11,0	156,1
Дніпропетровська	29219,6	4315,2	18192,5	10,0	193,5	31740,2	4535,1	19239,3	12,4	212,7
Донецька	24868,3	3849,7	17223,4	9,0	208,4	26047,5	3948,1	18023,7	9,7	221,8
Житомирська	22552,4	2110,2	15883,1	11,3	215,2	22048,8	2147,9	15788,0	12,7	220,9
Закарпатська	45260,2	8823,8	36329,8	8,5	134,0	43964,3	7949,1	35510,3	12,4	145,5
Запорізька	24572,4	3175,8	15621,6	10,1	204,9	23861,1	2246,2	15337,0	10,9	215,3
Ів.-Франківська	34598,8	6792,3	24648,0	14,2	138,6	35982,4	6651,5	25495,4	14,6	154,2
Київська	33434,7	4174,2	13671,8	9,8	263,8	33745,4	3955,0	13972,0	10,4	277,0
Кіровоградська	34815,5	4078,4	20513,0	8,6	224,9	35456,6	3737,0	19823,0	11,0	218,8
Луганська	27619,2	2581,6	19431,4	9,2	201,8	28152,9	2585,7	19608,6	11,8	208,0
Львівська	20898,0	3440,5	13856,1	10,4	139,1	21622,7	3825,7	14474,7	12,3	157,2
Миколаївська	23449,7	3202,6	18232,8	12,2	221,1	26865,7	3463,4	18604,3	17,2	199,9

Продовження табл. 4.13

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Одеська	30337,0	4465,8	18352,6	12,3	178,2	31982,1	4693,3	19755,9	16,4	186,2
Полтавська	35965,6	4164,6	21665,4	8,9	180,6	39402,0	4676,9	26376,8	11,6	178,3
Рівненська	33632,7	5329,9	26393,0	10,5	191,7	34058,2	5222,4	23617,0	13,6	200,3
Сумська	22310,0	2924,0	16323,8	8,3	168,9	22147,7	2511,5	16510,7	9,9	173,6
Тернопільська	30041,3	3157,2	17861,8	9,7	118,1	30990,0	3344,5	18221,3	12,6	127,4
Харківська	30096,4	8238,0	22010,7	8,8	209,0	35049,0	8447,6	21617,2	10,3	217,8
Херсонська	30229,9	4751,8	19901,4	7,9	210,3	31546,1	4317,6	20934,2	10,3	212,8
Хмельницька	24496,6	3474,3	17591,2	11,0	147,4	25292,7	3638,2	18368,3	15,1	156,9
Черкаська	31323,0	4533,7	20994,2	11,5	183,3	31743,4	4255,8	21438,6	14,1	180,6
Чернівецька	41406,5	5043,2	29922,3	12,5	125,3	40588,8	3780,1	30098,7	18,0	137,0
Чернігівська	24630,4	3606,8	18334,8	11,5	233,2	26541,0	3677,6	17726,5	11,1	246,0
м. Київ	28352,0	4522,2	14932,4	11,3	171,7	30320,3	4455,9	16593,2	12,9	186,1
м. Севастополь	25126,9	1788,2	7260,3	6,5	178,0	27007,4	1762,0	7680,4	9,1	208,9
Україна	28954,8	4375,3	18952,0	10,3	187,3	30297,6	4339,4	19521,4	12,4	197,0

Примітка: П — поширеність;
 З — захворюваність;
 ДН — диспансерний нагляд,
 ПІ — первинна інвалідність;
 С — смертність.

Таблиця 4.14

Поширеність та захворюваність населення працездатного віку хворобами системи кровообігу у 2005 році

Назва	Хвороби системи кровообігу		Гіпертонічна хвороба (усі форми)		Ішемічна хвороба серця		Гострий інфаркт міокарда		Цереброваскулярні хвороби		Інсульти (усі форми)	
	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З
Україна (абс. дані)	8551025	1224716	4583691	575422	2337036	295745	16345	16345	641531	127034	32311	26842
Україна (на 100 тис. нас.)	30297	4339,4	16240,7	2038,8	8280,5	1047,9	57,9	57,9	2273,0	450,1	114,5	95,1
% працездат. до хворих ХСК	49,2	70,2	57,6	78,8	40,0	61,7	44,3	44,3	28,1	45,4	36,5	35,2

Усі хвороби: (абс. дані) П — 39 806 979; З — 17 829 882; (на 100 тис. нас.) П — 141042,4; З — 63174,1.

Примітка: П — поширеність; З — захворюваність.

Таблиця 4.15

Показники смертності населення працездатного віку від окремих нозологій у 2005 році (на 100 тис. населення)

Назва регіону	Усі хвороби	Хвороби системи кровообігу	Ішемічна хвороба серця	Гострий інфаркт міокарда	Гіпертонічна хвороба (усі форми)	Цереброваскулярні хвороби	Ревматизм (усі форми)	Хвороби кістково-м'язової системи (усі форми)
Україна (на 100 тис. чол. населення)	680,7	197,0	107,1	8,6	0,96	37,5	3,1	1,3
Україна (абс.дані)	192122	55614	30223	2441	270	10574	870	376
% працездатного від усіх померлих від ХСК	41,0	19,0	15,5	55,5	73,6	16,8	75,6	81,2

Первинна інвалідність дорослого та працездатного населення України за окремими формами хвороб у 1995 р. (на 10 тис. населення)

Хвороби системи кровообігу		Гіпертонічна хвороба (усі форми)		Ішемічна хвороба серця		Цереброваскулярні хвороби		Артерій, артеріол, капілярів та вен		Хвороби кістково-м'язової с-ми та сполучної тканини		Гостра ревматична гарячка та хронічні ревм. х-би	
абс. число	Показник	абс. число	показник	абс. число	показник	абс. число	показник	абс. число	показник	абс. число	показник	абс. число	показник
Доросле населення													
-	21,2	-	1,7	-	7,6	-	8,1	-	2,2	-	5,3	-	0,9
У т.ч. працездатне населення													
-	11,6	-	1,4	-	3,8	-	3,3	-	1,4	-	4,4	-	1,0

Таблиця 4.17

Первинна інвалідність дорослого та працездатного населення України за окремими формами хвороб у 2005 р. (на 10 тисяч населення)

Хвороби системи кровообігу		Гіпертонічна хвороба (усі форми)		Ішемічна хвороба серця		Цереброваскулярні хвороби		Артерій, артеріол, капілярів та вен		Хвороби кістково-м'язової с-ми та сполучної тканини		Гостра ревматична гарячка та хронічні ревм. х-би	
абс. число	показник	абс. число	показник	абс. число	показник	абс. число	показник	абс. число	показник	абс. число	показник	абс. число	показник
Доросле населення													
58491	15,4	3505	0,9	19937	5,2	23947	6,3	4472	1,2	21802	5,7	2061	0,5
У т.ч. працездатне населення													
33155	12,4	3113	1,2	10641	4,0	11779	4,4	2768	1,0	17860	6,7	1838	0,7

працездатного віку. У структурі провідне місце займає цереброваскулярна патологія, як серед дорослого, так і працездатного населення і складає відповідно 40,9% і 35,5%.

Важливе місце серед причин, що призводять до інвалідності населення, займає ішемічна хвороба серця (33,7% і 33,5% відповідно) (табл. 4.18).

Таблиця 4.18

**Показники первинної інвалідності населення України
за класами та нозологічними формами захворювань у 2005 р.**

Нозологічні форми	Число первинно визнаних інвалідами на 10 тис. населення		Число первинно визнаних інвалідами на 10 тис. населення у працездатному віці	
	показник	структура (%)	показник	структура (%)
Хвороби системи кровообігу	15,4	100	12,4	100
у тому числі:				
- гостра ревматична гарячка та хронічні ревматичні х-би серця	0,5	3,2	0,7	5,6
- гіпертонічна хвороба серця	0,9	5,8	1,2	9,7
- ішемічна х-ба серця	5,2	33,8	4,0	32,2
- цереброваскулярні хвороби серця	6,3	40,9	4,4	35,5
- х-би артерій, артеріол, капілярів та вен	1,2	7,8	1,0	8,1
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	5,7	100	6,7	100
у тому числі:				
- деформуючий артроз	1,2	21,0	1,0	14,9
- остеохондроз хребта	2,1	36,8	2,7	21,8

Про проблеми діагностування кардіологічної патології та її ефективного лікування свідчать відомості про первинно-визнаних інвалідів в Україні за віком (табл. 4.19, 4.20). Так, у 1995 році інвалідність у працездатному віці складала 38,5%, а у 2005 році — 56,7%. Змінилась також структура за групами первинної інвалідності серед дорослого населення України в бік збільшення тяжкості патології. Так, у 1995 році I група складала 16,1%, у 2005 — 19,6%. Інвалідів III групи було 21,9% у 1995 році і 39,2% у 2005 р. (табл. 4.21, 4.22).

**Розподіл первинно-визнаних інвалідів в Україні за 1995 рік
за віком і класами хвороб (%)**

Хвороби системи кровообігу			Хвороби органів дихання			Хвороби органів травлення			Хвороби кістково-м'язової с-ми та сполучної тканини		
до 39 р. включно	від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	жінки 55 років та старші, чоловіки 60 р. та старші	до 39 р. включно	від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	жінки 55 років та старші, чоловіки 60 р. та старші	до 39 р. включно	від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	жінки 55 років та старші, чоловіки 60 р. та старші	до 39 р. включно	від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	жінки 55 років та старші, чоловіки 60 р. та старші
4,7	34,2	61,1	12,6	45,2	42,2	22,0	58,7	19,3	19,2	40,6	40,2

Таблиця 4.20

**Розподіл первинно-визнаних інвалідів в Україні за 2005 рік
за віком і класами хвороб (%)**

Хвороби системи кровообігу			Хвороби органів дихання			Хвороби органів травлення			Хвороби кістково-м'язової с-ми та сполучної тканини		
до 39 р. включно	від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	жінки 55 років та старші, чоловіки 60 р. та старші	до 39 р. включно	від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	жінки 55 років та старші, чоловіки 60 р. та старші	до 39 р. включно	від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	жінки 55 років та старші, чоловіки 60 р. та старші	до 39 р. включно	від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	жінки 55 років та старші, чоловіки 60 р. та старші
5,3	51,4	43,3	16,2	65,0	18,5	24,9	67,7	7,4	23,7	58,2	18,1

Таблиця 4.21

**Розподіл за групами первинної інвалідності серед дорослого населення
України за 1995 рік за класами хвороб (%)**

Хвороби системи кровообігу			Хвороби органів дихання			Хвороби органів травлення			Хвороби кістково-м'язової с-ми та сполучної тканини		
I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
16,1	62,0	21,9	2,7	45,1	52,2	8,1	55,5	36,4	8,9	50,0	41,1

Таблиця 4.22

**Розподіл за групами первинної інвалідності серед дорослого населення
України за 2005 рік за класами хвороб (%)**

Хвороби системи кровообігу			Хвороби органів дихання			Хвороби органів травлення			Хвороби кістково-м'язової с-ми та сполучної тканини		
I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
19,6	41,2	39,2	3,1	22,5	74,4	8,0	37,7	54,3	5,3	24,2	70,5

Однією із провідних патологій у структурі поширеності та захворюваності хвороб системи кровообігу залишається гіпертонічна хвороба. За останні 10 років її поширеність збільшилась у два рази і складає 28169,3, а захворюваність зросла у 2,5 рази і становить 2586,3 на 100 тис. населення, що є наслідком активної роботи з виявлення артеріальної гіпертензії в межах Національної програми (табл. 4.23). Нині показники в Україні наближаються до європейських і відповідають даним контрольних епідеміологічних досліджень. Серед осіб, у яких уперше виявили гіпертонічну хворобу, 78,8% — хворі працездатного віку, що складає 2038,8 на 100 тис. населення і має значні відмінності в областях (від 4517,6 в Харківській до 773,7 в Житомирській). Майже у всіх регіонах за цей же період унаслідок раннього виявлення патології й адекватного лікування знизився показник первинної інвалідності від гіпертонічної хвороби з 1,7 до 0,9 на 10 тис. населення. При низьких показниках захворюваності в Миколаївській і Чернівецькій обл. спостерігаються високі показники первинного виходу на інвалідність (табл. 4.24).

Статистика не дає можливості пояснити значні розбіжності в показниках смертності від гіпертонічної хвороби у 1995 — 2005 рр., тому ситуація вимагає докладного вивчення на місцях, адже помирають від цієї хвороби в основному особи працездатного віку (73,6 %) (табл. 4.15, 4.24).

Важливе місце серед причин, що призводять до передчасної смертності, займає ішемічна хвороба серця. За останній час (1995–2005 рр.)

Показники ураження населення гіпертонічною хворобою (усі форми)

Найменування регіонів, областей	Поширеність (на 100 тис. нас.)		Захворюваність (на 100 тис. нас.)		Первинна інвалідність (на 10 тис. нас.)		Смертність (на 100 тис. нас.)	
	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.
АР Крим	11233,5	24294,4	654,7	1776,4	1,4	1,0	43,0	0,9
Вінницька	14507,4	31825,0	1056,7	3254,4	2,1	1,3	72,5	4,7
Волинська	13517,2	29715,2	1048,8	2488,3	4,5	1,7	79,1	0,7
Дніпропетровська	12741,6	29534,5	1052,9	2555,7	1,3	1,0	120,3	2,0
Донецька	15081,6	26824,7	1460,2	2858,5	2,3	0,9	125,1	0,3
Житомирська	10850,6	26619,3	508,5	896,6	1,0	0,7	67,7	0,6
Закарпатська	9597,4	30906,8	1517,7	4498,1	0,02	0,2	50,0	2,0
Запорізька	10006,8	25596,4	672,1	1209,5	2,0	0,6	46,2	0,8
Івано-Франківська	9114,5	27784,2	1038,8	3677,9	1,2	1,0	29,9	0,7
Київська	11747,9	28496,3	1406,9	2069,6	2,3	0,2	137,7	2,4
Кіровоградська	13224,2	29645,3	1039,1	1967,5	1,1	0,3	97,8	0,4
Луганська	11312,0	28840,0	999,3	1526,1	2,1	1,1	70,0	0,4
Львівська	10053,8	22696,5	675,8	2734,9	0,1	0,6	45,5	1,5
Миколаївська	13231,4	27601,1	970,6	2290,9	1,1	1,8	108,1	0,2
Одеська	13130,4	27771,1	1422,9	2998,9	2,1	1,6	114,3	0,4
Полтавська	13102,8	34574,4	786,2	2504,3	1,6	1,1	58,1	1,8
Рівненська	9945,2	25090,5	705,3	2724,3	3,9	1,5	87,8	4,0
Сумська	13660,0	24344,9	954,6	1569,3	2,1	0,3	123,8	0,2
Тернопільська	12994,8	27714,7	734,9	1667,5	0,9	0,7	63,1	0,7
Харківська	11755,2	29206,2	967,6	5356,2	1,2	0,8	132,9	3,0
Херсонська	10962,9	28314,8	799,0	2418,1	1,6	0,3	77,7	1,9
Хмельницька	17553,1	29806,1	1342,4	2482,4	1,4	0,6	115,9	1,0
Черкаська	14625,5	32027,8	835,6	2408,6	1,5	1,8	74,5	1,2
Чернівецька	12519,0	25638,4	1267,3	1574,8	0,5	2,7	320,5	0,3
Чернігівська	11662,9	22835,8	1234,5	2109,6	3,1	0,8	113,1	0,7
м. Київ	13178,2	31456,0	1185,4	2760,7	3,1	0,5	82,9	0,9
м. Севастополь	16393,2	40999,9	771,6	1368,7	0,4	0,1	250,0	0,8
Україна	12537,2	28169,3	1040,7	2586,3	1,7	0,9	95,6	1,3

Гіпертонічна хвороба у працездатному віці в Україні (усі форми)

Найменування областей	2004 рік					2005 рік				
	П (на 100 тис.)	З (на 100 тис.)	ДН (на 100 тис.)	ПІ (на 10 тис.)	С (на 100 тис.)	П (на 100 тис.)	З (на 100 т.)	ДН (на 100 тис.)	ПІ (на 10 тис.)	С (на 100 тис.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
АР Крим	12533,1	1451,3	6889,7	0,9	13,2	14083,0	1584,6	7639,2	1,2	1,15
Вінницька	19673,9	2699,8	13758,3	1,8	27,1	20200,7	2511,8	14100,6	1,2	3,32
Волинська	19008,9	2157,0	10246,2	1,9	26,1	19134,9	2154,0	10826,2	1,5	0,16
Дніпропетровська	14754,5	1936,4	9289,3	1,0	32,6	16092,5	2052,9	9425,9	1,3	1,14
Донецька	14041,6	1876,5	8422,3	1,2	41,8	14735,7	2000,0	8841,4	1,2	0,35
Житомирська	14463,3	793,8	10833,0	1,0	16,4	13459,1	773,7	10874,8	1,0	0,39
Закарпатська	23198,0	3904,5	19935,9	0,1	15,3	22288,0	3407,9	19235,4	0,2	2,12
Запорізька	12549,5	1450,7	7023,6	0,7	23,1	12416,2	874,2	6994,3	0,8	0,26
Ів.-Франківська	17666,6	2979,2	11343,9	1,6	24,2	18856,4	2811,3	12337,3	1,3	0,24
Київська	16316,5	1871,3	5350,8	0,5	20,4	16344,8	1746,4	5713,4	0,3	1,81
Кіровоградська	19001,9	2002,7	9505,6	0,4	37,6	19172,0	1724,2	9017,5	0,3	0,32
Луганська	15536,2	1194,0	9218,5	1,1	36,0	15953,3	1182,9	9099,8	1,5	0,40
Львівська	12290,0	1891,0	8555,6	0,8	12,3	12532,0	2046,7	8680,6	0,7	1,37
Миколаївська	12386,4	1428,5	9091,5	1,6	13,5	14885,1	1645,0	9448,7	2,5	0,00
Одеська	15364,5	2170,3	8361,0	2,1	26,7	16169,7	2262,7	9145,0	2,2	0,41
Полтавська	18458,8	1823,1	9845,9	1,1	25,9	19975,7	1970,9	12047,3	1,3	1,54
Рівненська	20068,8	2701,8	17746,0	1,4	32,2	19249,7	2495,3	15004,0	1,9	2,94
Сумська	12072,4	1224,1	8100,5	0,7	24,7	12109,3	1153,2	8376,9	0,4	0,41

Продовження табл. 3.24

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Тернопільська	15656,2	1235,5	9664,0	0,8	17,8	16084,6	1286,4	9889,2	0,8	0,62
Харківська	14163,0	4181,1	9320,0	0,5	41,3	17111,2	4517,6	8136,3	0,8	2,16
Херсонська	16447,2	2118,2	10320,0	0,2	22,5	17563,7	2010,7	10926,8	0,4	1,17
Хмельницька	13849,0	1595,1	10569,3	0,7	18,5	14449,2	1805,9	10991,1	0,8	0,51
Черкаська	17809,1	2061,7	12182,5	2,0	22,6	18040,1	1869,5	12439,1	2,3	0,65
Чернівецька	22712,5	2459,2	15483,2	2,0	14,5	22538,8	1607,4	15155,6	3,6	0,19
Чернігівська	12030,7	1662,5	9943,4	1,0	69,3	13237,1	1661,6	7639,0	1,2	0,30
м. Київ	15985,6	2291,8	7934,2	0,5	9,0	16799,3	2086,8	8662,9	0,7	0,69
м. Севастополь	13011,7	773,5	3362,1	0	35,4	14673,3	819,3	3400,1	0,2	0,00
Україна	15494,0	2062,1	9641,1	1,0	26,7	16240,7	2038,8	9802,1	1,2	0,96

Примітка: П — поширеність;
 З — захворюваність;
 ДН — диспансерний нагляд,
 ПІ — первинна інвалідність;
 С — смертність.

вдвічі збільшилася кількість хворих із цією патологією. Так, показник захворюваності населення ішемічною хворобою має досить широкий розмах і коливається в межах від 545,3 у Житомирській обл. до 3011,3 у Харківській при середньому по Україні 1697,5 на 100 тис. населення (табл. 4.25).

Доведено, що в осіб з артеріальною гіпертензією у три-чотири рази частіше виникає інфаркт міокарда, майже в половині випадків — цереброваскулярні порушення (особливо в осіб працездатного віку). Звертає на себе увагу показник охоплення диспансерним наглядом, який не покращується протягом декількох років у таких регіонах: м. Севастополь (2486,4), Житомирська (2588,1), Львівська (3545,4) області, тоді як у Закарпатській та Чернівецькій складає відповідно 13031,1 і 10985,4 при середньому по Україні 6554,5 (табл. 4.26).

Ішемічна хвороба серця займає друге місце (після цереброваскулярної патології) у структурі інвалідності від хвороб системи кровообігу, як серед усього дорослого населення, так працездатної його частини. Цей показник серед дорослих знизився на 31,6% порівняно з 1995 роком. У м. Києві він був найвищий — 8,8, у Миколаївській області — 8,3, тоді як у Сумській — 2,6, по Україні — 5,2 на 10 тис. населення (табл. 4.25, 4.26).

За 10 років показник смертності від ішемічної хвороби серця зріс на 31%, а в деяких областях більше ніж на половину (Чернігівська — 64%, Кіровоградська — 62%, Рівненська — 51,7%). У структурі смертності від хвороб системи кровообігу серед працездатних смертність від ішемічної хвороби серця посідає перше місце і становить 54,4%; відсоток смертності працездатних від усіх померлих від ІХС становить 15,5% (табл. 4.15, 4.25, 4.26).

Перше місце щодо поширеності та соціальної значущості посідають цереброваскулярні хвороби (ЦВХ). У 2005 році в Україні зареєстровано близько 3,1 млн. хворих на різні їх форми, 80% яких — особи пенсійного віку. За останні 10 років кількість пацієнтів зросла в 1,6 рази. Ріст цієї патології відбувається за рахунок хворих із хронічними прогресуючими формами судинно-мозкової недостатності (табл. 4.27, 4.28).

Особливу стурбованість викликає значна частка первинної інвалідності при цереброваскулярній патології як серед дорослих, так і серед працездатного населення. Так, у 2005 році вона була надана 23947 особам, серед яких 11779 (49,2%) — працездатного віку. Серед дорослих і працездатних вона найвища в Одеській обл. (11,8 та 6,5 відповідно) та в м. Києві (11,1 та 5,8) при середній по Україні — 6,3 та 4,4 на 10 тисяч населення (табл. 4.27, 4.28).

У цілому по Україні смертність від цереброваскулярних хвороб зменшилась на 13,6%, проте в Сумській та Донецькій областях вона відповідно у 2,5 та 2 рази вища середньої (229,9 на 100 тис. населення).

Показники ураження населення ішемічною хворобою серця

Найменування регіонів, областей	Поширеність (на 100 тис.нас.)		Захворюваність (на 100 тис.нас.)		Первинна інвалідність (на 10 тис.нас.)		Смертність (на 100 тис. нас.)	
	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.
АР Крим	8404,9	15615,2	516,3	1123,1	10,4	6,5	576,9	746,9
Вінницька	13379,7	24205,2	1069,6	2369,1	7,4	4,9	972,4	1144,2
Волинська	10419,3	20780,2	915,7	1632,4	5,8	3,9	347,9	621,2
Дніпропетровська	7897,7	20075,9	636,0	1419,0	5,3	5,1	480,7	694,7
Донецька	9850,2	18435,7	1020,7	1784,5	6,7	4,7	507,3	648,6
Житомирська	8575,7	16757,8	484,7	545,3	5,5	3,6	688,8	1025,2
Закарпатська	8174,0	23998,9	1383,6	4054,4	1,6	3,6	389,4	266,8
Запорізька	5732,0	16199,5	428,5	820,2	5,8	3,3	375,6	458,7
Ів.-Франківська	8167,8	18777,7	896,2	2393,4	3,6	4,0	530,2	677,6
Київська	15506,6	29769,2	1572,8	1762,3	8,8	4,4	639,1	871,4
Кіровоградська	12720,6	23397,5	926,8	1261,6	7,7	4,5	499,7	809,5
Луганська	11443,7	25620,5	1023,2	1217,6	6,6	6,7	551,0	744,0
Львівська	7611,3	12428,1	477,5	1217,6	13,8	4,8	536,1	683,5
Миколаївська	10401,4	21222,7	635,5	1711,2	5,0	8,3	395,6	498,0
Одеська	10734,8	20206,5	1170,0	1988,6	8,0	6,5	486,7	523,4
Полтавська	9570,9	22976,8	665,6	1806,3	7,4	4,4	529,0	608,9
Рівненська	6521,7	18164,2	519,1	1522,2	8,2	3,3	454,5	689,7
Сумська	11506,4	18636,2	824,8	1140,0	10,5	2,6	501,4	587,1
Тернопільська	11139,0	22409,2	738,4	1104,4	2,7	4,3	677,3	886,1
Харківська	10903,5	23225,7	765,7	3011,3	7,6	5,7	755,9	844,3
Херсонська	6508,4	19178,4	417,3	1540,8	6,8	4,0	359,4	526,2
Хмельницька	11645,3	19363,2	935,8	1700,2	4,0	4,4	564,4	450,5
Черкаська	10842,9	22074,3	726,7	1797,2	7,9	5,2	537,8	698,8
Чернівецька	13030,0	18952,5	1503,2	1243,3	3,4	7,1	635,7	857,6
Чернігівська	9732,7	20099,2	957,6	1571,8	10,6	7,4	676,2	1112,1
м. Київ	11882,2	26904,5	692,9	1945,1	15,6	8,8	443,9	539,7
м. Севастополь	10588,1	24835,6	504,3	776,2	8,8	6,5	251,0	330,0
Україна	10018,3	20751,4	832,1	1697,5	7,6	5,2	524,8	691,3

**Показники здоров'я населення працездатного віку в Україні у 2004, 2005 рр.
(ішемічна хвороба серця)**

Найменування областей	2004 рік					2005 рік				
	П (на 100 тис.)	З (на 100 тис.)	ДН (на 100 тис.)	П (на 10 тис.)	С (на 100 тис.)	П (на 100 тис.)	З (на 100 тис.)	ДН (на 100 тис.)	П (на 10 тис.)	С (на 100 тис.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
АР Крим	5709,4	735,9	4368,0	4,5	99,6	5936,5	777,1	4280,0	5,2	102,4
Вінницька	10836,9	1424,7	8625,2	3,3	86,9	10435,1	1410,9	8691,1	2,5	96,8
Волинська	8520,8	1190,8	5125,1	3,1	65,1	8861,7	1080,7	5433,3	2,9	66,5
Дніпропетровська	7159,6	788,6	5417,5	3,2	105,8	8154,1	860,1	6169,6	4,1	107,3
Донецька	6687,6	982,3	6102,2	3,0	140,9	8154,1	1011,0	6340,2	3,0	157,2
Житомирська	3518,7	281,1	2894,5	0,3	83,4	8154,1	273,1	2588,1	3,1	91,9
Закарпатська	14985,5	3071,0	12937	2,7	48,2	14854,7	2835,3	13031,1	4,3	52,1
Запорізька	5675,5	464,3	5032,7	2,6	76,1	6236,8	400,9	5603,0	2,9	77,6
Ів.-Франківська	9196,0	1556,2	8688,1	5,3	72,4	9714,5	1499,5	8909,5	5,0	78,2
Київська	12060,6	1311,7	6304,8	2,9	190,6	12332,7	1260,7	6313,5	3,0	208,0
Кіровоградська	10601,2	1048,7	8562,9	2,9	126,2	10915,7	872,1	8293,1	4,0	122,7
Луганська	8807,9	695,4	8134,6	3,1	114,1	9103,4	714,9	8457,1	4,0	116,7
Львівська	4502,4	626,6	3330,7	4,1	75,4	4669,4	669,0	3545,4	4,7	88,2
Миколаївська	7246,3	832,9	7755,9	4,2	101,5	7700,2	976,0	6810,0	6,3	98,0
Одеська	8515,9	1147,1	6932,1	3,6	68,3	9115,2	1230,3	7403,6	4,8	68,8
Полтавська	8647,1	1029,3	7074,6	2,6	84,6	10076,5	1237,8	8058,7	3,3	77,6
Рівненська	6996,9	845,0	5387,1	2,5	121,9	7920,5	850,1	5562,0	3,3	119,0
Сумська	5906,1	718,1	5390,7	1,9	68,6	5908,9	574,1	5403,5	2,5	75,5

Продовження табл. 4.26

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Тернопільська	7750,7	598,1	5050,7	3,1	65,4	7904,4	638,5	5065,1	3,8	67,8
Харківська	8349,1	1945,1	7168,4	3,4	101,2	9831,3	2045,3	7778,2	3,9	109,3
Херсонська	8605,1	1027,3	6956,6	2,6	126,7	8900,4	967,6	7298,7	3,6	131,6
Хмельницька	5858,2	808,4	4824,3	4,0	60,6	6171,4	787,7	5004,4	5,4	58,0
Черкаська	7257,6	1039,3	6079,3	2,9	105,1	7641,3	1015,8	6468,4	3,5	96,5
Чернівецька	11938,7	1256,5	10726	5,1	86,2	12054,3	1091,2	10985,4	7,3	98,1
Чернігівська	6895,7	944,1	5580,6	3,7	125,5	7622,7	970,5	6695,7	3,2	135,1
м. Київ	8069,0	1136,9	4953,6	4,4	129,4	8374,8	1113,5	5348,6	4,9	141,9
м. Севастополь	6221,3	340,2	1984,6	2,5	55,5	6747,1	333,5	2486,4	3,2	61,3
Україна	7819,0	1041,8	6266,8	3,3	101,4	8280,5	1047,9	6554,5	4,0	107,1

Примітка: П — поширеність;
 З — захворюваність;
 ДН — диспансерний нагляд,
 ПІ — первинна інвалідність;
 С — смертність.

Показники ураження населення цереброваскулярними хворобами

Найменування регіонів, областей	Поширеність (на 100 тис. нас.)		Захворюваність (на 100 тис. нас.)		Первинна інвалідність (на 10 тис. нас.)		Смертність (на 100 тис. нас.)	
	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.
АР Крим	5210,6	8782,8	452,7	718,6	10,4	8,2	240,9	178,4
Вінницька	3094,8	6003,4	588,5	1283,5	4,8	4,5	150,6	90,8
Волинська	4534,6	8127,8	567,1	942,8	7,6	3,1	174,6	226,3
Дніпропетровська	5137,8	9867,1	801,7	1321,0	8,9	5,9	312,0	155,7
Донецька	7194,9	11863,0	703,5	1262,5	8,0	5,0	436,2	429,0
Житомирська	1664,3	3338,9	311,6	461,7	7,8	4,8	160,0	92,2
Закарпатська	1394,8	2048,4	346,4	488,2	2,6	4,6	56,1	169,5
Запорізька	5676,3	11080,7	382,0	638,8	11,2	6,6	402,0	245,7
Іва.-Франківська	2331,3	7177,7	603,2	1629,8	3,5	3,1	111,4	95,0
Київська	3630,0	6302,5	669,3	783,2	9,2	7,5	217,3	111,4
Кіровоградська	5419,8	7646,7	564,4	898,0	8,1	6,3	253,2	172,9
Луганська	8370,5	8121,5	967,4	691,0	6,2	5,7	298,5	312,5
Львівська	2228,2	3771,9	354,3	737,7	9,6	5,5	116,1	110,3
Миколаївська	4073,1	7072,9	434,9	878,8	6,9	7,8	220,7	108,3
Одеська	6004,8	10056,8	813,4	1196,7	6,8	11,8	344,8	360,0
Полтавська	4527,7	12971,0	257,3	1205,7	9,1	6,5	321,5	259,3
Рівненська	1428,5	2275,8	265,8	595,0	6,1	5,5	134,1	185,4
Сумська	6527,3	9577,5	709,8	704,6	13,8	6,1	447,3	553,1
Тернопільська	1575,7	6389,6	352,1	1047,6	4,0	5,6	108,5	99,7
Харківська	3853,9	9634,7	550,6	1557,0	6,4	4,9	293,8	226,9
Херсонська	4180,7	8293,1	481,5	1004,4	7,2	4,9	250,4	267,7
Хмельницька	3496,9	5231,8	691,9	872,5	3,5	4,6	222,8	250,0
Черкаська	3626,5	6936,8	565,3	847,1	7,7	7,5	192,3	223,3
Чернівецька	3026,4	6086,7	569,5	846,5	8,2	3,8	91,3	77,4
Чернігівська	4143,4	7498,8	601,4	915,7	11,0	6,5	254,1	208,2
м. Київ	3060,5	5995,8	376,0	871,6	15,6	11,1	165,7	137,0
м. Севастополь	8517,7	19711,6	521,7	638,2	6,8	7,9	455,1	445,5
Україна	4526,8	8082,4	581,5	991,2	8,1	6,3	257,9	222,9

**Показники здоров'я населення працездатного віку в Україні
(цереброваскулярні хвороби)**

Найменування областей	2004 рік					2005 рік				
	П (на 100 тис. населення)	З (на 100 тис. населення)	ДН (на 100 тис. населення)	ПІ (на 10 тис. населення)	С (на 100 тис. населення)	П (на 100 тис. населення)	З (на 100 тис. населення)	ДН (на 100 тис. населення)	ПІ (на 10 тис. населення)	С (на 100 тис. населення)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
АР Крим	1878,7	278,4	1133,2	3,8	37,1	2127,2	296,6	1214,0	4,5	33,3
Вінницька	2134,3	683,2	1249,9	3,5	32,2	2191,1	575,7	1236,1	4,0	33,1
Волинська	1886,2	457,6	661,2	2,6	35,7	2079,0	412,2	794,7	3,5	38,5
Дніпропетров.	3412,8	671,0	1985,8	3,7	41,0	3408,2	711,0	1938,0	4,6	40,0
Донецька	1781,7	414,9	1245,6	2,3	46,7	1940,3	424,2	1349,6	2,9	45,0
Житомирська	818,8	175,3	337,5	4,2	34,9	924,3	182,8	410,3	4,5	35,7
Закарпатська	719,5	195,9	479,9	2,8	26,9	607,1	166,9	390,9	4,5	28,2
Запорізька	2118,9	260,9	1794,6	4,7	41,4	2149,9	275,6	1703,4	4,7	42,2
Ів.-Франківська	3278,1	940,7	2320,3	3,1	22,1	3313,5	930,6	2346,7	3,6	24,5
Київська	2263,4	400,6	651,2	4,6	37,6	2275,7	412,6	684,3	5,1	33,9
Кіровоградська	2428,8	446,6	1285,3	4,0	44,8	2608,0	483,3	1253,5	4,4	42,6
Луганська	1467,3	268,9	1104,4	3,2	53,5	1326,0	240,5	1062,4	4,1	54,1
Львівська	1263,5	333,6	593,0	3,3	29,6	1329,6	349,4	642,7	3,9	27,4
Миколаївська	1801,5	313,5	1310,5	4,2	29,6	2003,2	392,7	1175,3	5,4	30,1
Одеська	2669,1	413,4	1268,3	4,4	41,5	2823,8	441,8	1365,5	6,5	43,5
Полтавська	4329,3	633,6	1778,6	3,6	40,4	4293,7	590,2	2717,7	4,5	44,7
Рівненська	1108,3	314,3	480,6	4,2	34,3	1116,6	311,3	494,2	5,2	39,8
Сумська	1152,9	302,8	860,4	3,8	40,0	1280,6	214,7	924,7	4,5	38,6

Продовження табл. 4.28

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Тернопільська	2846,3	616,7	1019,5	3,1	24,8	2862,4	528,8	1003,0	4,2	26,5
Харківська	3100,9	783,7	2311,3	3,3	38,4	3465,2	749,8	2232,1	3,8	35,9
Херсонська	2312,4	591,2	1605,1	3,3	44,0	2563,7	650,1	1768,6	3,9	45,2
Хмельницька	1289,5	309,4	519,4	3,3	32,8	1374,5	339,4	589,5	4,4	36,7
Черкаська	1978,2	345,9	854,4	4,2	32,6	2316,6	359,7	1068,8	5,3	35,4
Чернівецька	3092,0	608,5	1642,9	2,7	21,8	3198,1	556,8	2085,6	3,4	21,2
Чернігівська	1924,5	372,9	675,6	4,1	43,5	2004,4	407,3	1130,5	4,4	41,6
м. Київ	1847,1	419,8	770,6	5,4	28,6	1983,7	433,5	840,1	5,8	28,8
м. Севастополь	3742,4	239,9	1425,3	2,0	44,9	4055,2	281,6	1380,8	3,4	47,6
Україна	2166,7	450,3	1224,6	3,6	37,5	2273,0	450,1	1297,7	4,4	37,5

Примітка: П — поширеність;
 З — захворюваність;
 ДН — диспансерний нагляд;
 ПІ — первинна інвалідність;
 С — смертність.

Серед працездатного населення смертність від судинних уражень мозку посідає друге місце (19 %); відсоток смертності працездатного населення від усіх померлих від ЦВХ складає 16,8 % (табл. 4.15, 4.27, 4.28).

Найбільш тяжкою формою судинних захворювань головного мозку є інсульт. Щорічно його вперше діагностують у 100-120 тисяч мешканців України. У 2005 році зареєстровано 119 тисяч таких випадків (на 16,4% більше, ніж у 1995 р.), що становить 313,7 на 100 тис. населення. Показник захворюваності збільшився на 29,1%. Слід зазначити, що третину інсультів реєструють в осіб працездатного віку (табл. 4.10, 4.29, 4.30). У Європі цей показник становить у середньому 200 на 100 тис. населення. Як позитивний слід назвати той факт, що кількість інсультів у нашій країні з 2000 року дещо зменшилась і стабілізувалась. Це пов'язано з виконанням Національної програми лікування і профілактики артеріальної гіпертензії та більш виваженим ставленням до постановки діагнозу мозкового інсульту.

Інсульт виступає другою причиною смерті у світі і третьою в розвинутих країнах після хвороб системи кровообігу. У Європі летальність при інсультах коливається від 63,5 (чоловіки, Швейцарія) до 273,4 (жінки, Росія) на 100 тис. населення. Слід зазначити, що в Україні смертність від інсультів серед чоловіків в 1,5 раза, а серед жінок у 2 рази вища, ніж у Росії. Показник 30-денної летальності по Україні складає близько 35%, а протягом року вмирає кожен другий хворий, при цьому із кількості осіб, що вижили, 25-30% залишаються інвалідами, до трудової діяльності повертається не більше 10-12%, а 50% потребують сторонньої допомоги, що є вже державною проблемою.

Однією з невирішених проблем залишається стан надання нейрохірургічної допомоги при судинних ураженнях головного мозку. При загальній кількості мозкових інсультів в Україні близько 120-130 тисяч щорічно, в нейрохірургічних закладах України лікується всього до 4% хворих, з яких оперується лише близько однієї третини хворих.

Серед причин незадовільного стану в лікуванні хворих на інсульт слід назвати відсутність єдиного системного підходу до вирішення цієї проблеми; відсутність спеціалізованих інсультних відділень у багатьох областях України, а в існуючих — невелика ефективність їх роботи; відсутність єдиної стратегії, жорстке виконання якої було б обов'язковим для всіх спеціалістів, причетних до лікування таких хворих; недостатня поінформованість як лікарів, так і населення в цілому, внаслідок чого не використовуються в повній мірі профілактичні заходи, пізно признається та нераціонально проводиться лікування. Частина хворих на інсульт узагалі не госпіталізується в стаціонари, що призводить до зростання смертності та інвалідності.

Залишається актуальним питання створення обласних або міських невролого-нейрохірургічних інсультних центрів із повноцінним їх осна-

Показники ураження населення інсультами в регіонах України

Найменування регіонів, областей	Поширеність (на 100 тис. нас.)		Захворюваність (на 100 тис. нас.)		Охоплення ДН (на 100 тис. нас.)	
	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.
АР Крим	202,7	311,9	186,0	268,0	-	111,1
Вінницька	328,0	328,3	185,3	298,8	-	142,3
Волинська	261,5	352,3	194,8	352,3	-	158,3
Дніпропетровська	281,9	305,2	236,7	282,9	-	112,6
Донецька	281,3	342,9	206,4	318,1	-	171,4
Житомирська	242,1	284,4	205,4	207,6	-	133,3
Закарпатська	179,0	207,3	192,2	138,8	-	108,8
Запорізька	203,5	308,4	138,5	285,2	-	161,2
Івано-Франківська	225,5	213,8	141,4	213,8	-	112,0
Київська	303,8	310,1	267,8	281,3	-	71,2
Кіровоградська	318,0	487,0	272,4	325,2	-	161,7
Луганська	588,0	438,4	470,0	363,7	-	176,1
Львівська	195,6	285,5	81,8	172,3	-	133,1
Миколаївська	238,8	261,6	174,1	208,7	-	141,1
Одеська	211,9	299,5	211,9	299,5	-	140,6
Полтавська	348,3	279,4	181,3	257,3	-	101,1
Рівненська	181,4	266,9	113,9	266,9	-	120,6
Сумська	273,8	190,1	223,8	190,1	-	135,9
Тернопільська	200,6	232,0	127,3	217,3	-	66,0
Харківська	272,6	242,2	217,6	217,9	-	142,8
Херсонська	254,0	349,3	200,0	349,3	-	172,7
Хмельницька	261,7	316,0	233,3	316,0	-	158,7
Черкаська	289,3	250,6	220,9	250,6	-	111,2
Чернівецька	180,5	196,9	173,7	196,9	-	70,4
Чернігівська	214,9	378,5	214,9	376,7	-	194,4
м. Київ	200,6	473,7	199,0	242,3	-	254,4
м. Севастополь	286,1	323,4	287,1	323,4	-	152,8
Україна	269,4	313,7	209,0	269,8	-	142,9

**Показники здоров'я населення працездатного віку в Україні
у 2004, 2005 рр.
(інсульты — усі форми)**

Найменування областей	2004 рік			2005 рік		
	П (на 100 тис. населення)	З (на 100 тис. населення)	ДН (на 100 тис. населення)	П (на 100 тис. населення)	З (на 100 тис. населення)	ДН (на 100 тис. населення)
АР Крим	94,2	79,0	57,7	103,0	77,3	50,8
Вінницька	115,3	97,4	54,2	122,2	108,1	56,1
Волинська	124,9	124,9	82,1	128,7	128,7	57,3
Дніпропетровська	104,0	92,6	39,3	97,2	90,9	42,1
Донецька	118,0	105,6	74,4	121,0	110,3	66,6
Житомирська	125,5	80,6	44,7	109,4	75,8	57,5
Закарпатська	166,6	85,3	63,7	109,6	71,7	60,0
Запорізька	116,1	96,9	65,2	105,7	95,4	62,9
Ів.-Франківська	80,5	80,5	45,8	75,3	75,3	47,7
Київська	115,8	115,1	35,6	136,8	22,3	34,5
Кіровоградська	167,6	94,7	75,1	196,0	109,9	78,8
Луганська	113,4	96,3	55,6	122,7	104,9	60,1
Львівська	117,3	57,8	63,0	123,2	69,0	70,0
Миколаївська	101,0	66,2	65,1	91,5	68,0	53,8
Одеська	117,7	79,2	50,2	101,9	101,9	51,7
Полтавська	105,8	92,4	83,0	101,5	90,1	43,5
Рівненська	108,6	108,6	70,0	112,9	112,9	76,6
Сумська	82,6	81,4	49,9	82,7	82,7	59,6
Тернопільська	104,4	101,1	29,7	98,8	86,8	38,2
Харківська	101,8	83,9	67,0	97,7	81,7	69,3
Херсонська	148,5	92,4	85,3	168,7	68,7	92,7
Хмельницька	107,0	95,5	50,2	104,1	104,1	60,6
Черкаська	84,4	84,4	33,4	89,3	89,3	46,7
Чернівецька	73,1	69,1	20,7	84,8	84,8	35,4
Чернігівська	106,8	101,4	65,7	116,2	115,3	68,3
м. Київ	149,4	70,8	87,5	166,4	80,7	95,8
м. Севастополь	80,3	79,4	26,9	78,3	78,3	48,9
Україна	113,7	89,2	59,4	114,5	95,1	60,1

Примітка: П — поширеність;
З — захворюваність;
ДН — диспансерний нагляд.

цненням та забезпеченням підготовленими фахівцями. Досвід роботи таких центрів у Києві і Дніпропетровську свідчить про їх ефективність.

Таким чином, сьогодні в кардіології, неврології та нейрохірургії з'явилися і набирають сили нові тенденції, що певною мірою зумовлені реформуванням галузі відповідно до розвитку ринкових відносин.

Для зміни епідеміологічної ситуації щодо цереброваскулярних хвороб у позитивний бік необхідно вжити низку заходів:

- упровадження системи поетапного надання допомоги пацієнтам з ЦВХ — від сімейного лікаря до спеціалізованого закладу, яка б відповідала сучасним стандартам;

- проведення заходів щодо збільшення відсотка своєчасної госпіталізації хворих із мозковим інсультом до спеціалізованих інсультних відділень;

- забезпечення спеціалізованих інсультних відділень апаратами для сканування судин головного мозку, відповідним набором медикаментів та фахівцями, які отримали підготовку з нейрореанімації;

- створення в кожній області реабілітаційних відділень за рахунок перепрофілювання неврологічних ліжок;

- сприяння більш широкому використанню хірургічних методів лікування пацієнтів з ЦВХ. Насамперед ідеться про виконання оперативних втручань на магістральних судинах голови та шиї з метою запобігання розвитку тяжких мозкових інсультів;

- разом із сімейними лікарями, кардіологами, терапевтами, нейрохірургами, ангіохірургами ширше впроваджувати принципи первинної та вторинної профілактики мозкових інсультів;

- для визначення істинної епідеміологічної ситуації щодо ЦВХ, факторів ризику інсульту запровадити реєстри мозкового інсульту.

Інсульт, інфаркт міокарда та кардіальна смерть часто виникають раптово, коли неможливо вчасно надати ефективну кваліфіковану медичну допомогу, і тому багато терапевтичних і хірургічних втручань мають паліативний характер.

Структура смертності у країнах Євросоюзу значно відрізняється від такої в Україні, зокрема питома частка її від хвороб системи кровообігу становить відповідно близько 28% та 62%. При цьому частка смертності від ішемічної хвороби серця в Україні в чотири рази більша, ніж у країнах Євросоюзу, в яких основними причинами смертності при ІХС стає гострий інфаркт міокарда та раптова серцева (аритмічна) смерть, тромбоемболія легеневої артерії та серцева недостатність, значно рідше розрив аорти.

За останні роки спостерігається позитивна тенденція зменшення смертності від гострого інфаркту міокарда серед усього населення — від 20,8 у 1995 р. до 15,5 на 100 тис. населення у 2005 р. (табл. 4.31). Це пов'язано із своєчасною діагностикою та ранньою, тобто в перші 6-12

Показники захворювання населення на гострий інфаркт міокарда

Найменування регіонів, областей	Поширеність (на 100 тис. нас.)		Захворюваність (на 100 тис. нас.)		Смертність (на 100 тис. нас.)	
	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.	1995 р.	2005 р.
АР Крим	155,2	152,5	143,6	152,5	21,9	17,0
Вінницька	94,8	94,4	84,3	94,4	13,3	9,7
Волинська	83,6	103,7	78,8	103,7	10,0	10,6
Дніпропетровська	130,5	177,7	129,2	177,7	25,2	17,4
Донецька	161,4	151,1	138,0	151,1	25,5	17,4
Житомирська	81,0	74,8	72,2	74,8	14,0	11,2
Закарпатська	88,1	94,6	79,5	94,6	9,6	9,3
Запорізька	107,2	112,8	85,0	112,8	20,1	14,7
Івано-Франківська	73,7	117,6	62,9	117,6	13,5	10,6
Київська	110,9	104,7	93,5	104,7	17,4	14,1
Кіровоградська	130,3	151,8	115,3	151,8	17,7	14,1
Луганська	145,8	147,1	137,5	147,1	25,7	18,2
Львівська	113,4	121,5	99,4	121,5	19,4	15,1
Миколаївська	77,1	98,9	74,5	98,9	15,6	11,5
Одеська	100,5	123,8	96,3	123,8	15,3	13,8
Полтавська	138,7	167,1	120,7	167,1	21,7	15,4
Рівненська	93,0	104,8	80,1	104,8	14,7	12,5
Сумська	91,7	103,8	81,3	103,8	13,9	10,2
Тернопільська	83,8	107,0	70,5	107,0	14,4	12,4
Харківська	136,1	149,9	135,9	149,9	25,8	16,9
Херсонська	112,3	99,8	80,6	99,8	20,0	11,2
Хмельницька	81,5	121,3	79,7	121,3	9,7	11,5
Черкаська	123,9	133,1	113,4	133,1	15,7	11,9
Чернівецька	83,0	120,9	75,6	120,9	13,1	6,9
Чернігівська	95,4	124,3	87,1	124,3	16,3	15,5
м. Київ	141,8	138,4	140,0	138,4	52,0	35,5
м. Севастополь	233,1	203,2	184,4	203,2	37,2	26,3
Україна	119,0	130,8	107,8	130,8	20,8	15,5

годин після клінічних проявів хвороби, госпіталізацією. Ситуація децю інша у працездатного населення. Навіть протягом одного року показник смертності від інфаркту міокарда зріс (від 8,1 до 8,6 на 100 тис. населення). Відсоток смертності у працездатних від всіх померлих від інфаркту міокарда складає 55,5%, до того ж умирають переважно молоді люди (табл. 4.15, 4.32).

Проблемні питання щодо вивчення поширеності порушень ритму серця, стратифікації ризику і профілактики шлуночкових аритмій, проблема первинної та вторинної профілактики раптової смерті, профілактика та лікування хворих на фібриляцію та тріпотіння передсердь

**Показники стану здоров'я населення працездатного віку в Україні
(гострий інфаркт міокарда)**

Найменування областей	2004 рік			2005 рік		
	П (на 100 тис. населення)	З (на 100 тис. населення)	С (на 100 тис. населення)	П (на 100 тис. населення)	З (на 100 тис. населення)	С (на 100 тис. населення)
АР Крим	53,3	53,3	7,5	61,5	61,5	7,5
Вінницька	43,3	43,3	6,1	41,8	41,8	6,6
Волинська	43,3	43,3	7,4	50,5	50,5	10,2
Дніпропетровська	74,1	74,1	7,9	84,9	84,9	7,1
Донецька	60,1	60,1	7,8	63,0	63,0	8,6
Житомирська	40,1	40,1	9,3	43,2	43,2	11,6
Закарпатська	63,4	63,4	7,3	56,7	56,7	7,7
Запорізька	40,5	40,5	7,5	43,1	43,1	7,9
Ів.-Франківська	52,1	52,1	5,5	57,9	57,9	6,8
Київська	59,6	59,6	14,2	55,3	55,3	8,1
Кіровоградська	61,5	61,5	7,7	58,3	58,3	5,5
Луганська	61,7	61,7	9,2	63,2	63,2	10,4
Львівська	51,2	51,2	9,5	52,4	52,4	10,9
Миколаївська	43,3	43,3	4,2	42,5	42,5	6,2
Одеська	48,5	48,5	6,5	50,2	50,2	5,3
Полтавська	88,9	88,9	6,6	80,8	80,8	5,5
Рівненська	51,9	51,9	13,1	60,8	60,8	6,5
Сумська	44,0	44,0	4,3	46,1	46,1	5,3
Тернопільська	50,1	50,1	9,0	47,9	47,9	8,7
Харківська	68,3	68,3	6,6	69,6	69,6	7,2
Херсонська	42,4	42,4	4,0	47,7	47,7	5,5
Хмельницька	61,1	61,1	5,3	54,1	54,1	6,8
Черкаська	53,5	53,5	5,0	53,6	53,6	4,9
Чернівецька	50,2	50,0	3,9	45,3	45,3	2,8
Чернігівська	50,5	50,5	7,0	48,5	48,5	9,5
м. Київ	51,1	51,1	18,8	56,1	56,1	25,3
м. Севастополь	63,2	63,2	3,7	61,3	61,3	3,8
Україна	56,1	56,1	8,1	57,9	57,9	8,6

Примітка: П — поширеність;
 З — захворюваність;
 С — смертність.

були розглянуті на пленумі правління асоціації кардіологів України, який відбувся 27–29 вересня 2005 року в м. Києві.

На ньому розглядались питання сучасних методів діагностики порушень ритму та провідності, можливості електрофізіологічних та функціональних методів дослідження в аритмології. Особлива увага була приділена проблемі інтервенційних і хірургічних методів лікування порушень ритму серця. Були надані результати власного досвіду хірургічного та терапевтичного лікування хворих із порушеннями ритму, обговорені особливості введення хворих із порушеннями ритму при різних соматичних захворюваннях.

Реальну епідеміологічну ситуацію щодо поширеності аритмій в Україні раніше вивчали недостатньо, а тому у 2004–2005 рр. Інститутом кардіології ім. М.Д. Стражеска була проведена епідеміологічна оцінка поширеності різних форм аритмій у неорганізованій міській популяції (І.П. Смирнова, І.М. Горбась, 2005 р.). Для проведення одномоментного епідеміологічного обстеження мешканців Солом'янського району м. Києва за допомогою таблиць випадкових чисел була сформована репрезентативна вибірка чоловіків та жінок віком 20–64 років, по 1350 осіб кожної статі (табл. 4.33).

Крім того, при аналізі архівних даних електрокардіографії та медичної документації було визначено, що пароксизмальну чи персистуючу форму миготливої аритмії мають ще близько 2% обстежених. В обстеженні, проведеному у 2004–2005 рр., клінічні прояви аритмії (відчуття “перебоїв” у роботі серця, серцебиття) відзначали близько

Таблиця 4.33

Поширеність порушень ритму серця та провідності заданими однократною реєстрацією ЕКГ

Порушення ритму серця і провідності	Частота виявлення, %		
	Чоловіки	Жінки	Обидві статі
Атриовентрикулярна блокада I ступеня	1,2	0,9	1,1
Синдром WPW	0,1	0,2	0,2
Укорочення інтервалу P-Q	0,1	1,2	0,7
Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса	0,5	0,2	0,4
Повна блокада правої ніжки пучка Гіса	0,6	0,7	0,7
Неповні блокади ніжок пучка Гіса та порушення внутрішньошлуночкової провідності	22,4	16,6	19,5
Екстрасистолічні аритмії	3,2	4,7	4,0
Синусова тахікардія	1,2	1,0	1,1
Синусова брадикардія	3,4	3,4	1,8
Постійна форма миготливої аритмії	1,1	1,2	1,2
Всього	33,9	26,9	30,4

18% обстежених. Про наявність порушень ритму знали 8,8% чоловіків і 9,5% жінок.

Дані офіційної статистики поширеності аритмій не відображають реальної ситуації, оскільки об'єднані під загальною назвою “Пароксизмальна тахікардія та миготлива аритмія”, а в деяких областях навіть не реєструються (Чернівецька). У цілому по Україні цей показник серед дорослого і працездатного населення становить відповідно 125,3 і 58,4 на 100 тисяч, що також потребує вивчення на рівні МОЗ (табл. 4.34, 4.35).

Таблиця 4.34

Показники ураження населення пароксизмальною тахікардією та миготливою аритмією в регіонах України

Найменування регіонів, областей	Поширеність (на 100 тис. нас.)		Захворюваність (на 100 тис. нас.)		Охоплення диспансерним наглядом (на 100 тис. нас.)	
	2000 р.	2005 р.	2000 р.	2005 р.	2000 р.	2005 р.
АР Крим	8,0	21,5	0,8	3,0	6,8	17,2
Вінницька	243,4	99,1	46,2	22,6	161,5	59,6
Волинська	545,5	254,9	98,3	54,6	83,3	75,2
Дніпропетровська	46,4	53,0	8,0	7,0	31,0	33,6
Донецька	15,6	15,6	1,8	2,9	9,4	4,0
Житомирська	100,1	27,9	16,6	4,6	44,4	19,3
Закарпатська	462,4	531,2	139,6	145,2	344,2	368,7
Запорізька	204,9	228,2	13,9	12,7	160,2	89,1
Ів.-Франківська	89,5	57,2	20,5	19,3	41,4	29,7
Київська	55,6	164,0	23,4	25,6	40,5	75,2
Кіровоградська	72,7	70,9	11,2	24,3	21,5	16,8
Луганська	0	8,7	0	1,2	0	0,5
Львівська	195,5	233,9	31,7	47,2	107,5	130,9
Миколаївська	94,3	139,7	18,7	26,4	42,8	73,9
Одеська	147,0	127,7	30,4	24,7	0	17,5
Полтавська	160,0	122,2	11,9	42,9	126,9	73,9
Рівненська	225,7	503,1	37,7	94,6	136,1	258,4
Сумська	113,6	97,2	43,5	8,7	70,6	86,1
Тернопільська	34,3	36,0	6,1	7,0	23,2	16,8
Харківська	86,2	182,2	9,6	36,5	52,1	147,4
Херсонська	96,6	90,1	28,7	13,7	12,5	57,4
Хмельницька	145,9	99,6	25,5	23,8	43,7	29,3
Черкаська	22,3	30,0	4,5	10,4	6,5	10,1
Чернівецька	6,8	0,0	2,8	0,0	6,2	0,0
Чернігівська	260,0	322,7	28,1	64,0	98,7	13,5
м. Київ	55,6	141,8	8,7	15,9	25,7	67,3
м. Севастополь	221,8	217,9	10,0	19,8	50,0	0,0
Україна	115,4	125,3	20,5	24,0	56,7	61,4

Показники здоров'я населення працездатного віку (пароксизмальна тахікардія і міготлива аритмія)

Найменування областей	2004 рік			2005 рік		
	П (на 100 тис.)	З (на 100 тис.)	ДН (на 100 тис.)	П (на 100 тис.)	З (на 100 тис.)	ДН (на 100 тис.)
АР Крим	13,1	2,6	11,2	12,5	2,8	11,1
Вінницька	50,8	14,8	30,7	50,3	10,0	29,7
Волинська	137,8	35,9	44,3	120,8	36,0	48,4
Дніпропетровська	24,4	4,5	12,7	27,5	3,1	20,9
Донецька	10,7	1,5	2,8	7,1	1,8	2,7
Житомирська	18,5	4,7	11,3	17,6	5,2	11,9
Закарпатська	305,5	95,6	228,9	268,7	58,2	192,6
Запорізька	89,6	9,5	21,1	71,9	4,8	28,9
Івано-Франківська	32,1	7,6	22,2	30,7	10,4	21,5
Київська	86,2	12,7	41,5	85,3	13,9	40,8
Кіровоградська	13,8	3,9	4,8	30,8	10,8	12,8
Луганська	5,0	2,7	0,9	2,7	1,1	0,5
Львівська	99,6	20,3	63,5	113,1	19,9	67,6
Миколаївська	73,8	13,5	46,1	74,6	13,0	57,9
Одеська	81,6	17,1	0	74,8	19,4	14,4
Полтавська	52,3	6,4	35,2	44,7	19,7	22,4
Рівненська	394,2	287,0	84,3	295,8	52,6	148,3
Сумська	22,4	3,7	19,4	22,5	5,2	18,8
Тернопільська	32,0	8,3	18,1	29,9	5,3	18,4
Харківська	89,0	33,4	77,9	85,7	17,8	72,9
Херсонська	25,6	8,1	16,3	29,0	6,9	17,5
Хмельницька	29,7	8,3	7,7	38,6	10,5	9,2
Черкаська	14,4	3,1	10,7	15,8	5,7	7,4
Чернівецька	0	0	0	0	0	0
Чернігівська	125,2	12,2	10,5	99,9	22,5	2,6
м. Київ	39,9	7,1	24,8	51,5	8,7	25,8
м. Севастополь	102,5	5,5	0	58,3	6,8	0
Україна	62,8	18,9	29,6	58,4	12,1	31,7

Примітка: П — поширеність;
 З — захворюваність;
 ДН — диспансерний нагляд.

Аналіз даних табл. 4.34, 4.35 свідчить, що навіть при реєстрації порушень ритму диспансерний нагляд здійснюється незадовільно.

Сучасна терапія хворих із порушенням ритму серця має базуватися на поєднанні медикаментозного та немедикаментозного лікувань. Стан проблеми поширеності хірургічних методів лікування наведений у табл. 4.36.

Під егідою Академії медичних наук України Інститутом кардіології ім. М.Д. Стражеска розроблена “Програма з лікування життєво загрозованих аритмій серця та профілактики раптової серцевої смерті в Україні” терміном на 5 років. Метою цього проекту є: проведення первинної та вторинної профілактики шлуночкових аритмій, які становлять головну причину раптової серцевої смерті, удосконалення тактики лікування фібриляції передсердь, як порушення ритму, що значно підвищує ризик мозкових інсультів.

Не менш значущою залишається також проблема ревматичних захворювань, оскільки поширеність їх досягла вже 239614 серед усього населення.

Медико-соціальне значення ревматичних хвороб зумовлене їх широкою розповсюдженістю, значним відсотком втрати працездатності та інвалідизації, складністю діагностики й лікування хворих. За даними ВООЗ, 30% випадків тимчасової непрацездатності і 10% інвалідизації пов’язано з ревматичними хворобами, а більш ніж 4 % населення земної кулі страждає різними захворюваннями суглобів і хребта. Робоча класифікація ревматичних хвороб включає більше 150 різних нозологічних форм. Діагностичні помилки складають до 30% від усіх первинно зареєстрованих хворих із захворюваннями опорно-рухового апарату.

Таблиця 4.36

Немедикаментозне лікування аритмій у країнах Євросоюзу і в Україні

Методика	К-сть процедур у різних країнах Євросоюзу на 1 млн. нас. мін.-макс. (у середньому по Європі)	Вартість 1 процедури незалежно від якості обладнання мін.-макс (у серед. тис. \$ США)	К-сть процедур, проведених в Україні у 2004 р., всього (на 1 млн. нас.)	К-сть процедур, які необхідно провести в Україні всього	Необхідні витрати на 47 млн. нас., млн. грн.
Штучні водії ритму	350–700 (500)	0,5–6,0 (3000)	2300 (51)	23500	373,650
Катетерні абляції	150–350(220)	0,9–1,2 (1000)	800 (17)	10340	54,802
ІКД	70–100 (80)	12,0–22,0 (15000)	20 (0,4)	3760	298,920
Усього	570–1150 (800)	-	3120 (68,4)	37600	727,372

Найчастіше зустрічаються в осіб працездатного віку (20–50 років) і характеризуються неухильно прогресуючим перебігом (відсоток смертності працездатних від усіх померлих через ревматизм складає 75,6% — табл. 4.15). Вони зумовлюють значний відсоток тимчасової непрацездатності хворих (перше місце) і сприяють ранній і частій інвалідизації. Діагностика, особливо в ранньому віці, має значні труднощі, що зумовлено відсутністю специфічних лабораторних тестів, поліморфізмом і подібністю клінічних проявів багатьох ревматичних хвороб, малим їх проявом на ранніх етапах. Несвоєчасність діагностики призводить до пізньої раціональної терапії, проблема ефективності якої на сьогоднішній час

За даними Центру статистики МОЗ, поширеність усіх форм ревматизму за останні десять років зменшилась на 17,5%; захворюваність — майже на 60%; первинна інвалідність — на 55%, однак зросла смертність від даної патології на 78,2%. У Рівненській і Закарпатській областях відмічено значне зростання показника захворюваності серед усього населення, яке нині складає 80% і 63% відповідно. Найвищі показники смертності в Кіровоградській (6,7), Житомирській (6,3) і Хмельницькій (6,0) областях, тоді як середній по Україні — 4,1 на 100 тис. населення (табл. 4.37, 4.38). Аналіз свідчить про часто атипичний перебіг захворювань (невідповідність класичній соціальній структурі хвороби та клінічним проявам), що зумовлює помилкові діагнози та неадекватне лікування.

У зв'язку з цим спостерігається значна кількість ускладнень — кардіальних, суглобово-кісткових (виражені деформації, деструкція, знерухомлення, інвалідизація), ниркових (за деякими даними, уратна нефропатія спостерігалась у 10% хворих з подагрою, на стадії хронічної ниркової недостатності — у 2%).

Значні коливання показника захворюваності ревматизмом спостерігаються в осіб працездатного віку. Так, у Львівській обл. показник перевищує середній у 2,5 рази, у Рівненській — майже у 2 рази, у Вінницькій досяг 27,3, Закарпатській 26,8 (Україна — 18,7 на 100 тис.

Таблиця 4.37

Поширеність та захворюваність серед дорослих і підлітків в Україні у 2005 р.

Назва регіону	Ревматизм (усі форми)		В т.ч. хронічні ревматичні хвороби		В т.ч. гостра ревматична гарячка	
	поширеність	захворюваність	поширеність	захворюваність	поширеність	захворюваність
Україна (абс.)	229229	5760	215705	4108	13524	1652
Україна (на 100 тис.)	603,7	15,2	568,1	10,8	35,6	4,4

**Показники ураження населення ревматизмом (усі форми)
серед усього населення в регіонах України**

Найменування регіонів, областей	Поширеність (на 100 тис. нас.)		Захворюваність (на 100 тис. нас.)		Первинна інвалідність (на 10 тис. нас.)		Смертність (на 100 тис. нас.)	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
АР Крим	544,9	422,2	16,5	11,0	1,0	0,7	0,7	3,9
Вінницька	949,9	835,8	20,3	19,2	0,9	0,7	3,9	5,0
Волинська	671,1	555,9	22,6	13,1	1,0	0,5	2,4	4,1
Дніпропетровська	456,7	368,4	16,1	14,1	0,7	0,5	2,5	4,4
Донецька	384,8	365,0	16,6	18,7	1,1	0,8	3,5	4,4
Житомирська	839,6	633,3	26,2	17,5	0,9	0,7	2,6	6,3
Закарпатська	1234,1	660,6	102,2	24,3	0,7	0,7	3,2	5,4
Запорізька	405,8	209,0	26,3	7,3	1,3	0,4	2,2	4,4
Ів.-Франківська	531,9	539,7	14,3	7,4	1,3	0,7	1,4	4,2
Київська	730,9	591,7	26,6	12,5	1,2	0,4	2,2	3,4
Кіровоградська	824,0	627,6	25,7	9,6	0,9	0,5	0,4	6,7
Луганська	566,3	365,5	12,6	5,0	0,5	0,2	3,2	3,1
Львівська	776,8	753,7	39,4	32,5	1,1	0,5	3,4	3,3
Миколаївська	443,3	336,4	21,8	15,0	0,8	0,4	2,7	2,9
Одеська	682,3	557,0	26,8	12,3	1,1	0,7	2,2	3,7
Полтавська	973,3	902,8	46,6	16,0	0,7	0,4	1,5	3,3
Рівненська	854,0	694,2	64,7	26,8	0,9	0,6	2,8	4,8
Сумська	698,0	448,0	29,4	10,5	0,8	0,5	1,2	4,4
Тернопільська	824,0	842,1	16,9	12,2	0,8	0,5	1,9	4,3
Харківська	313,2	312,6	9,7	13,6	0,6	0,3	0,3	2,0
Херсонська	330,9	288,4	13,5	12,8	0,9	0,5	3,2	5,4
Хмельницька	653,5	628,6	26,7	15,9	1,4	0,8	1,7	6,0
Черкаська	451,2	345,3	11,0	14,3	0,7	0,3	1,1	3,2
Чернівецька	716,8	720,5	26,8	8,5	0,8	0,9	2,5	5,8
Чернігівська	804,4	748,4	38,4	13,1	1,1	0,4	1,7	4,9
м. Київ	625,3	409,5	22,3	15,4	0,9	0,4	2,5	3,0
м. Севастополь	347,3	347,5	10,3	3,2	1,0	0,6	0,7	3,4
Україна	616,5	508,7	25,0	14,9	0,9	0,5	2,3	4,1

населення). Недостатнє охоплення диспансерним наглядом хворих спостерігається в Запорізькій обл. (179,2), м. Севастополі (219,5), Херсонській (264,9), Харківській обл. (270,0), м. Києві (297,7) на 100 тис. населення (Україна — 498,3) (табл. 4.39, 4.40). Розбіжності максимальних і мінімальних показників поширеності, захворюваності, охоплення диспансерним наглядом та смертності хворих на ревматизм розглядалися на IV Національному конгресі ревматологів України (Полтава, 18–21 жовтня 2005 р.), на якому зверталась увага на етапність та підпоряд-

**Поширеність та захворюваність населення працездатного віку
на ревматичні хвороби в Україні у 2005 р.**

Назва регіону	Ревматизм (усі форми)		В т.ч. хронічні ревматичні хвороби		Ревматична гарячка	
	пошире- ність	захворю- ваність	пошире- ність	захворю- ваність	пошире- ність	захворю- ваність
Україна (абс.)	153157	5268	11110	1696	142047	3572
Україна (на 100 тис.)	542,7	18,7	39,4	6,0	503,3	12,7

кованість діяльності педіатричної, підліткової та терапевтичної служб із питань діагностики, лікування та профілактики хворих на ревматизм. Пропонувалось розробити та узгодити критерії відбору хворих між терапевтичною та хірургічною службами у зв'язку з недостатньо активним відбором хворих на кардіохірургічне та ортопедичне лікування терапевтичними та педіатричними службами.

Обговорювалось питання щодо застосування нових технологій діагностики та лікування ревматичних хворих: раціональне використання глюкокортикостероїдів за різними програмами залежно від нозологічної форми (пульс-терапія, параартикулярне введення тощо); упровадження нових препаратів для базисної терапії ревматоїдного артриту; подальше впровадження інгібіторів-ЦОГ2 та вивчення їх безпечності; застосування системної ензимотерапії; використання хондропротекторної терапії, керуючись даними доказової медицини та рекомендаціями Європейської Антиревматичної Ліги. Особлива увага приділялась удосконаленню етапної системи реабілітації хворих на ревматичні захворювання, зокрема санаторно-курортних закладів.

Соціальна значущість патології, пов'язаної з хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини, характеризується, з одного боку, досить істотною поширеністю серед населення і передовсім працездатного, особливо в сільській місцевості, а з другого — тривалою втратою працездатності. Після хвороб системи кровообігу, дихання і травлення вони найбільш поширені (у 2005 році кількість хворих досягла 3767884), а серед причин інвалідизації працездатного населення посідають наступне місце.

Державні заходи щодо попередження смертності та інвалідності дорослого і працездатного населення внаслідок перенесення серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань ґрунтується на тому, що профілактична робота значно ефективніша за соціальними наслідками, ніж клінічний підхід до розв'язання проблем. Розрив, який існує між профілактичною і клінічною медициною сьогодні, та підхід до принципів профілактики хронічних неінфекційних хвороб узагалі й серцево-судин-

**Показники здоров'я населення працездатного віку в Україні у 2004, 2005 рр.
(ревматизм — усі форми)**

Найменування областей	2004 рік					2005 рік				
	П (на 100 тис.)	З (на 100 тис.)	ДН (на 100 тис.)	ПІ (на 10 тис.)	С (на 100 тис.)	П (на 100 тис.)	З (на 100 тис.)	ДН (на 100 тис.)	ПІ (на 10 тис.)	С (на 100 тис.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
АР Крим	468,7	12,1	441,3	0,5	4,7	447,1	13,4	410,6	0,7	2,3
Вінницька	1009,6	27,3	931,5	0,7	6,0	969,3	27,3	886,6	0,7	3,5
Волинська	703,5	15,5	656,0	0,6	3,5	667,2	19,6	649,1	0,6	3,3
Дніпропетров.	363,7	16,3	328,1	0,6	4,3	354,7	17,4	319,2	0,7	3,4
Донецька	391,8	40,6	347,5	1,0	5,4	384,1	24,6	346,5	1,2	3,4
Житомирська	786,0	31,2	725,0	1,0	5,8	753,0	26,3	706,6	1,0	7,1
Закарпатська	1016,6	53,6	906,7	0,7	4,2	880,0	26,8	760,5	0,9	5,8
Запорізька	227,4	12,7	200,2	0,4	4,8	203,4	8,4	179,2	0,5	2,9
Ів.-Франківська	673,5	12,0	647,2	0,9	4,1	638,9	10,0	625,5	1,0	3,5
Київська	645,8	17,1	560,2	0,5	3,1	591,4	15,5	521,8	0,4	2,5
Кіровоградська	684,8	16,2	627,6	0,4	6,5	621,4	11,2	592,9	0,7	3,6
Луганська	375,5	4,8	357,3	0,4	3,5	354,8	6,1	334,3	0,3	2,1
Львівська	882,5	46,5	803,9	0,6	4,0	852,1	43,1	775,9	0,6	2,9
Миколаївська	359,2	13,1	331,9	0,4	3,9	347,9	16,3	309,5	0,6	1,6
Одеська	584,3	13,0	544,0	0,5	4,0	560,9	14,8	534,5	0,8	2,7
Полтавська	1159,5	31,6	1065,5	0,4	4,3	1112,2	21,8	999,1	0,5	2,7
Рівненська	972,7	54,9	877,1	0,8	5,9	879,2	35,9	808,7	0,8	4,6
Сумська	535,0	13,0	484,3	0,5	4,9	492,4	14,2	462,5	0,6	3,4
Тернопільська	889,8	17,2	841,0	0,7	5,3	876,6	14,2	821,1	0,7	3,1
Харківська	327,5	21,3	296,5	0,4	2,7	297,5	15,5	270,0	0,4	1,4

Продовження табл. 4.40

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Херсонська	324,4	13,8	289,0	0,5	5,9	300,3	14,2	264,9	0,6	4,2
Хмельницька	675,8	26,3	632,5	0,7	6,6	661,0	22,2	623,9	1,1	3,5
Черкаська	341,0	11,2	312,8	0,4	3,4	326,8	16,5	289,9	0,5	2,2
Чернівецька	861,4	11,3	821,9	0,7	7,2	871,9	10,9	853,0	1,2	6,0
Чернігівська	881,9	16,5	779,2	0,6	7,9	836,6	17,7	760,3	0,6	2,7
м. Київ	355,0	19,9	302,8	0,4	3,7	326,3	15,3	297,7	0,5	1,8
м. Севастополь	265,9	6,0	244,6	0,5	5,2	290,1	3,8	219,5	0,4	2,1
Україна	572,2	22,6	522,2	0,6	4,6	542,7	18,7	498,3	0,7	3,1

Примітка: П — поширеність;
 З — захворюваність;
 ДН — диспансерний нагляд;
 ПІ — первинна інвалідність;
 С — смертність.

них зокрема, не дає змоги на сучасному етапі розвитку суспільства підвищити рівень здоров'я населення України так, як це здійснено в багатьох розвинених країнах. Звичайно, первинна профілактика потребує великих матеріальних ресурсів, але в будь-якому разі це завдасть значно менших збитків, ніж ті, які суспільство зазнає сьогодні.

Зростання захворюваності та поширеності хвороб, високий рівень інвалідності і значний ступінь захворюваності у структурі населення людей старшого віку зумовлюють необхідність належного забезпечення лікарськими засобами практично половини громадян України. Водночас аналіз фармацевтичного ринку свідчить про незадовільну наявність основних життєвонеобхідних препаратів, а також низьку доступність їх переважній більшості хворих через обмеженість доходів і невідповідність мінімальному прожитковому рівню, що негативно впливає на показник загальної смертності.

За розрахунками фахівців, крайня необхідність надання медикаментозної допомоги обраховується в цінах на 1.01.2001 року в межах 10 млрд. грн. щорічно, або більш ніж 200 грн. на одного жителя.

На даний час вітчизняна промисловість виробляє лиш менше половини необхідної кількості ліків основних фармакологічних груп. Імпортні препарати не компенсують створеного дефіциту, а за своєю вартістю значно дорожчі, чим ще більше поглиблюють проблему доступності, а значить ускладнюється рівень стану здоров'я населення — основи виробничих сил — економічного розвитку держави.

Водночас в Україні кожен другий житель тією чи іншою мірою страждає на серцево-судинну патологію, понад один мільйон осіб хворіє психічними розладами, близько 1,5 мільйона — онкологічними хворобами, більш ніж 750 тисяч — туберкульозом тощо.

Незважаючи на збільшення в останні роки випуску ліків вітчизняними виробниками й освоєння деяких нових, проблема забезпечення населення важливими лікарськими засобами залишається гострою.

Для прикладу: забезпечення серцево-судинними препаратами вітчизняного виробництва становить 60%, для лікування психічних розладів — 40%, протипухлинними — 55%, протитуберкульозними — близько 50%, анальгетиками — 60 % тощо. Ця категорія хворих потребує особливо тривалого лікування за допомогою різних дорогих препаратів.

Отже, найбільш масові ураження хворобами практично лише наполовину забезпечені мінімальною можливою медикаментозною терапією (протиаритмічними, психотропними, гормональними, антигрибковими, протизапальними, спазмолітичними, жовчогінними, кровозамінними, ферментними препаратами тощо). Немає виробництва сучасних наркотичних ліків, не налагоджено виробництво більшості дитячих, тромболітичних та інших із 55 найважливіших груп препаратів.

Найактуальніші проблеми забезпечення лікарськими засобами:

1. Значна частина потреб фінансується за рахунок пацієнтів.
2. Державні витрати на охорону здоров'я є недостатніми.
3. Широко розповсюджено самолікування, зумовлене обмеженими прибутками.
4. Система безкоштовного забезпечення ліками недостатньо фінансується.
5. Державне виробництво не витримує конкуренції ціни і якості.

В Україні відсутній замкнений цикл синтезу субстанцій та виробництво більшості життєвоважливих лікарських препаратів, виготовлення їх на вітчизняних заводах здійснюється переважно за рахунок імпорту.

Відповідно до висновку фахівців, у економічному плані для України вигідно налагодження виробництва необхідних ліків за участю іноземних інвестицій та використання сучасних технологій.

За розрахунками, ціни на лікарські засоби, які передбачається виготовляти в Україні, будуть щонайменше в два рази нижчі від цін на аналогічні препарати, що зараз імпортуються, організація виробництва ліків дозволить також створювати нові робочі місця, що важливо при економічних негараздах та наявності безробіття.

Проте основним є привнесення в Україну сучасних технологій для випуску ліків згідно з міжнародними вимогами, забезпечення населення та закладів охорони здоров'я найнеобхіднішими ліками.

Таким чином, слід налагодити вітчизняне виробництво фармацевтичних препаратів в оптимальному варіанті, орієнтуючись на досвід країн Європейського регіону та виходячи із наступних принципів.

1. Система охорони здоров'я мусить мати можливість забезпечувати доступність лікарських засобів для всіх громадян. Ціна має бути реальною, як для держави в цілому, так і для громадян.

2. Використання лікарських засобів, які суттєво впливають на стан здоров'я нації, має бути раціональним та обґрунтованим.

3. Як і в країнах Західної Європи, доступ громадян до лікарських засобів в основному має забезпечуватися державним фінансуванням.

4. Витрати на лікарські засоби, подібно до Європейського регіону, мають складати 10–25% бюджету на охорону здоров'я.

Вільний ринок лікарських засобів, як і в країнах Європейського Союзу, має бути упорядкованим, регламентованим, з видачею патентів та ліцензій, тобто із належною реєстрацією для реалізації препаратів.

Отже, підсумовуючи зазначене стосовно аналізу динаміки стану здоров'я населення України, можна стверджувати:

1. Прийняті Державні програми хоча і внесли позитивний вклад у забезпечення медичної допомоги населенню, але лише зменшили темпи негативної динаміки стану його здоров'я, тобто виявлено їх недостатню

ефективність, що стало підставою для наукового обґрунтування Концепції розробки і моделі впровадження державних програм із найбільш актуальних проблем здоров'я народу.

2. За останні 10 років динаміка стану здоров'я залишається негативною: загальна захворюваність зросла на 10,6%, поширеність хвороб — на 38,9%, інвалідизація — на 10,7%, смертність збільшилась на 7,8% і досягла 11602 на 100 тисяч, природний приріст — від'ємний, кількість населення зменшилась на 8%, а значить така ситуація є загрозливою для національної безпеки.

РОЗДІЛ 5

АНАЛІЗ РОЗРОБОКТА УПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЦІЛЬОВИХ ПРОГРАМ

Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” (2002–2011) (далі Програма) затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 року № 392. Державний замовник — Міністерство охорони здоров’я, співзамовник — Академія медичних наук України. Термін реалізації програми — 2002–2011 роки.

На сьогодні у виконанні завдань Програми беруть участь 15 інститутів, підпорядкованих АМН України. Згідно з планом заходів щодо забезпечення виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” (2002–2011) протягом 2006 року триває реалізація 9 завдань, а саме: пп. I.4; IV.11; IV.19; IX.4; X.8; X.9; XVI.2; XX.1; XXX.ІІІ, у межах яких виконуються 25 тем науково-дослідних робіт. Основні результативні показники такі.

Визначено особливості перебігу ІХС у хворих на цукровий діабет та обґрунтовано необхідність більш агресивного терапевтичного підходу до такої категорії хворих. Розроблено протокол лікування хворих із тромбофіліями та алгоритм контролю за перебігом захворювання, встановлено найбільш інформативні інструментальні методи діагностики ускладнень тромбофілії. Вивчено та описано особливості клінічного перебігу, питому частку, а також розроблено схему застосування антимікотичних засобів у хворих із хронічною запальною патологією навколоносових синусів, глотки та гортані при наявності грибової та змішаної грибово-бактеріальної мікрофлори. Визначені клінічні, рентгенологічні показники післяопераційного перебігу захворювань (злоякісних пухлин кісток) у випадках із застосуванням різних імплантатів. Розроблено математично клінічний індекс тяжкості цереброваскулярних захворювань, за яким встановлені клінічні критерії визначення I, II, III стадії енцефалопатії. Розроблено Концепцію Підреєстру професійного раку як складової інформаційно-аналітичного забезпечення аналітичної системи. Розроблена математична кінцево-елементна біомеханічна модель вивчення особливостей перерозподілу напружень у кульшовому суглобі при наявності відхилень

анатомічних параметрів від норми. Показано, що хірургічні втручання, які нормалізують біомеханічні взаємовідносини в суглобі, є профілактичними й мають виконуватися на стадії субклінічних або ранніх клінічних проявів. Отримані і проаналізовані дані про поширеність, захворюваність, смертність і інвалідність унаслідок хвороб органів травлення, зокрема виразкової хвороби. Розроблено систему із трьох програм для диспансерного догляду хворих та його автоматичної експертної оцінки. Здійснено ретельне вивчення розсіяного склерозу з урахуванням особливостей дебютів захворювання. Підготовлено проект Програми “Розсіяний склероз” і проект техніко-економічного обґрунтування необхідності придбання препаратів для діагностики й лікування РС. Створено програмний продукт “Інформаційна система для скринінгових досліджень” для виокремлення групи ризику із широкої групи обстеження за набором діагностичних ознак. Вивчено, проаналізовано й дано гігієнічну оцінку регіональних особливостей харчування літніх людей України, а також розроблено норми витрат харчових продуктів у будинках-інтернатах для людей старших вікових груп. Дано порівняльну характеристику формування навичок здорового способу життя серед школярів обласного центру, малого міста й сільської місцевості. Розроблено схему та протокол обстеження постраждалого підліткового населення та молоді (аварія на ЧАЕС) щодо виявлення факторів ризику порушень репродуктивного здоров'я та емоційних розладів. Науково обґрунтовані і сформульовані принципи та критерії безпечного використання комп'ютерних ігор різних типів, а також доведені найбільш значущі показники для гігієнічної оцінки впливу комп'ютерної гри на організм дитини. Продемонстрована наявність впливу вікових та індивідуально-типологічних особливостей дітей молодшого шкільного віку на перебіг адаптації у процесі систематичного навчання. Доведено, що проведення операції аортокоронарного шунтування після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) дозволяє вважати її одним із заходів вторинної профілактики ІХС. Визначено закономірні для учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи фактори, що передували розвитку інфаркту міокарда, особливості його перебігу, ускладнень, вплив на працездатність. Розроблено та впроваджено в медичну практику 4 сучасних методи діагностики синдрому Ніймеген і атаксії-телеангіектазії, сформовано банк ДНК та комп'ютеризовану базу сімей з високим ризиком відтворення цих синдромів. Розроблена тест-система для визначення мутаційного статусу генів важких ланцюгів імуноглобулінів для хворих на хронічні лімфопроліферативні захворювання та проведена її апробація. Визначено клініко-психопатологічні та клініко-психологічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих із невротичними та депресивними розладами. Проведено оцінку впливу інтегрального показника індексу людського розвитку на динаміку депресивних розладів у населення. Визначені основні критичні

елементи у вітчизняній системі організації захисту населення. Розроблений проект Концепції захисту населення у критичних випадках радіаційного забруднення довкілля. Розраховано ризики розвитку онкопатології населення за умов активного й пасивного паління. Встановлено, що ризик виникнення різного роду відхилень у стані здоров'я дитини за умов паління батьків у низці випадків перевищує ризик їх формування, пов'язаний із дією загально визнаних медико-біологічних та соціальних факторів. Доведено, що боротьба з тютюнопалінням виступає пріоритетним напрямком попередження онкологічних хвороб органів дихання і має стати провідною складовою технологій збереження здоров'я.

За матеріалами НДР розроблено та впроваджено такі матеріали: створено об'єктів нової техніки: технологій, у т.ч. інформаційних — 34, приладів — 2, програмних продуктів — 8, баз даних — 28; розроблено методичні рекомендації, методики та стандарти — 26, подано заявки на можливі винаходи — 12, отримано Державних патентів України на винаходи — 13, кількість друкованих робіт — 227, опубліковано: монографій, підручників, статей, зокрема в зарубіжних журналах — 108 (2); виголошено доповідей — 112, було взято участь у 5 міжнародних виставках (ярмарках).

Наведені відомості вміщують широкий спектр напрямків, які охоплюють основні позиції роботи сімейних лікарів, а виконання науково-дослідних робіт у межах Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на достатньому рівні фінансування своєю чергою дозволить розробляти та впроваджувати нові стратегічні проекти боротьби з основними інвалідизуючими недугами в Україні та, як наслідок, покращувати якість та збільшувати тривалість життя населення.

виконання державних програм з охорони материнства та дитинства

Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 № 1849 “Про затвердження Державної програми “Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року” на реалізацію заходів Програми у 2006 році згідно з Законом України “Про державний бюджет України на 2006 рік” із державного бюджету було призначено 15 000 тис. грн.: з метою зниження рівня смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів для закупівлі препаратів для лікування дихальних розладів новонароджених отримано та розподілено по регіонах 3 000 тис. грн.; з метою зниження рівня інфекцій, що передаються статевим шляхом, забезпечено закупівлю тест-систем для обстеження груп ризику населення на TORCH-інфекції та інші інфекції, що передаються статевим шляхом, на суму 7 000 тис. грн., та закупівлю лабораторного обладнання для обстеження груп ризику населення на TORCH-інфекції та інші інфекції, що передаються статевим шляхом, а також для забезпечення інфекційного контролю в пологових стаціонарах на суму 5 000 тис. грн.

Відповідно до Закону України «Про охорону дитинства», Конвенції ООН про права дитини, Глобальної стратегії ВООЗ/ЮНІСЕФ щодо вигодовування немовлят та дітей раннього віку, Європейської стратегії ВООЗ “Здоров’я та розвиток дітей та підлітків”, галузевої програми “Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки” затверджено наказ МОЗ України від 04.08.2006 № 540 “Про затвердження принципів організації впровадження заходів з підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров’я щодо “Лікарні, доброзичливої до дитини”.

На виконання Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.04.2006 № 244 “Про схвалення Концепції Державної програми “Репродуктивне здоров’я нації на 2006-2015 роки” затверджені накази МОЗ від 25.07.2006 № 518 “Про затвердження клініко-організаційного керівництва”, яким затверджено керівництво “Надання жінкам медичних послуг, пов’язаних з абортom”, від 25.07.2006 № 519 «Про затвердження навчального посібника», яким затверджено посібник “Підготовка сім’ї до народження дитини в Україні”, від 04.08.2006 № 535 “Про затвердження навчального посібника”, яким затверджено посібник “Планування сім’ї”, від 04.08.2006 № 539 “Про організацію діяльності служби планування сім’ї та охорони репродуктивного здоров’я в Україні”, від 27.12.2006 № 899 “Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Тазове передлежання плода”, від 27.12.2006 № 900 “Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Дистрес плода при вагітності та під час пологів”, від 27.12.2006 № 901 “Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Переношена вагітність”, від 27.12.2006 № 905 “Про затвердження клінічного протоколу з акушерської та гінекологічної допомоги “Планування сім’ї”, від 27.12.2006 № 906 “Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Перинатальні інфекції”. З метою оптимізації існуючої в Україні служби планування сім’ї та створення належних умов для реалізації населенням репродуктивної функції та планування сім’ї затверджено наказ МОЗ України від 04.08.06 № 539 “Про організацію діяльності служби планування сім’ї та охорони репродуктивного здоров’я в Україні”. З метою підготовки майбутніх матерів та батьків на засадах упровадження сучасних підходів до системи догляду за новонародженими в усіх жіночих консультаціях діють “Школи відповідального батьківства”, продовжується забезпечення їх необхідним обладнанням.

Заходи щодо подальшого поліпшення медико-генетичної допомоги населенню на 2004—2008 роки, затверджені розпорядженням Кабінету Міністрів України від 25.08.04 № 602-р.

На регіональному рівні створено Реєстр вродженої та спадкової патології. Реєстрація вроджених вад розвитку і спадкової патології в

усіх областях здійснюється згідно з Міжнародною класифікацією хвороб X перегляду. В обласних медико-генетичних центрах ведуться регіональні реєстри вродженої та спадкової патології, по Західному регіону створено єдиний реєстр моногенної спадкової патології та вроджених вад розвитку в Інституті спадкової патології АМН України спільно з Львівським ОМГЦ, що створює засади для формування єдиного загальнодержавного реєстру.

У 2006 році відповідно до “Заходів щодо подальшого поліпшення медико-генетичної допомоги населенню на 2004–2008 роки” не було здійснено заплановану закупівлю діагностичного обладнання за кошти Державного бюджету в обсязі 2282,0 тис. грн. Ця обставина не дає змоги провести заплановане дооснащення обласних медико-генетичних центрів (ОМГЦ) необхідною апаратурою згідно із затвердженими нормативами для планомірного вирішення питань уніфікації та підвищення якості надання медико-генетичної допомоги громадянам України незалежно від місця проживання.

Для Інституту спадкової патології АМН було придбано флюоресцентний аналізатор Ascent Neonatal та Вошер PW 40 для проведення масового неонатального скринінгу фенілкетонурії (ФКУ).

У багатьох областях у 2006 році було здійснено закупівлю діагностичного обладнання за рахунок коштів місцевих бюджетів. Зокрема, проведено ремонт і закуплено необхідне обладнання на 1,5 млн. грн. у Донецькій обл., придбано 5 ультразвукових апаратів експертного класу, імуноферментний аналізатор (Чернівецька обл.), біохімічний аналізатор, ампліфікатор, прилад для SSCP аналізу (Львівська обл.), мікроскоп із комп’ютерним автоматичним програмним забезпеченням (Чернігівська обл.), високоефективний рідинний хроматограф та мікроскоп (Дніпропетровська обл.), автоматизоване робоче місце лікаря-цитогенетика (Вінницька обл.).

У 2006 році здійснювався масовий неонатальний скринінг на фенілкетонурію і вроджений гіпотиреоз із 100% забезпеченням реагентів за рахунок Державного бюджету в запланованому Заходами обсязі в усіх регіонах України.

З неонатальними скринінгами тісно пов’язана закупівля лікувального харчування для дітей з фенілкетонурією, що здійснювалась для дітей до 3-х років за кошти Державного бюджету в межах виконання Заходів у запланованому обсязі, а для дітей віком від 3-х років — за кошти місцевих бюджетів. Саме максимально раннє лікування визначає його успішність. Забезпечення медикаментами хворих на вроджений гіпотиреоз та муковісцидоз здійснювалося винятково за рахунок асигнувань на охорону здоров’я з місцевих бюджетів.

Профілактика вроджених вад розвитку та спадкової патології здійснюється завдяки налагодженню в більшості регіонів чіткої системи

2-х етапного обстеження вагітної фахівцями акушерсько-гінекологічної служби з використанням ультразвукових та біохімічних досліджень та направлення на 2-й етап селективного скринінгу до медико-генетичних центрів з метою виявлення вродженої та спадкової патології плода.

На виконання Указу Президента України від 03.01.02 №5/2002 “Про заходи щодо заохочення народжуваності в Україні” та розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.07.2002 р. №355-р “Про затвердження комплексних заходів щодо заохочення народжуваності на 2002–2007 роки”.

Продовжується впровадження заходів; починаючи з 2004 року, за кошти державного бюджету фінансується проведення однієї спроби лікування безплідності за методиками допоміжних репродуктивних технологій на суму на 2005 рік — 5300 тис. грн., 2006 рік — 5300 тис. грн., 2007 рік — 5300 тис. грн. З метою впорядкування направлення жінок на лікування на основі методів допоміжних репродуктивних технологій діє Порядок направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти, який затверджено наказом МОЗ України від 29.11.2004 №579, затвердженого в Міністерстві юстиції України 15.02.2005 №224/10504. У центрах планування сім’ї ведеться моніторинг сімейних пар із безпліддям, проводиться відбір і направлення на лікування методами допоміжних репродуктивних технологій. Станом на лютий 2007 року комісією МОЗ України з відбору пацієнток з абсолютними показаннями на лікування направлено 1423 хворих. На даний час лікування здійснюється у Прикарпатському центрі репродукції людини та в Донецькому регіональному центрі охорони материнства і дитинства.

Національна програма “Діти України” — 38050,0 тис. гривень.

Заходи з лікування хвороби Гоше — 3400,0 тис. гривень, на виконання якої (розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.12.04 № 889-р “Про фінансування медикаментозного лікування у дітей хвороби Гоше”) на 2007 рік заплановано фінансування 6 дітей (усього 13 дітей), ще 7 забезпечуються за рахунок гуманітарної допомоги, а також на гемофілію — 30000,0 тис. гривень. Крім того, придбано:

- препаратів для лікування дітей, хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання, на суму 22 264,765 тис. гривень — профінансовано на 60% від потреби (постанова Кабінету Міністрів України від 19.07.06 № 983 “Про затвердження Державної програми “Дитяча онкологія» на 2006-2010 роки”);

- комплектів для гемодіалізу для лікування хворих із нирковою недостатністю на суму 1 128,6 тис. гривень;

- препаратів гормону росту для лікування дітей, хворих на гіпофізарний нанізм, на суму 27 000 тис. гривень — 100% забезпечення

цієї категорії дітей (розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.07.03 №407-р. “Про фінансування медикаментозного забезпечення дітей, хворих на гіпофізарний нанізм”);

– продуктів лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурію, на суму 1 600 тис. гривень;

– обладнання для новонароджених із розладами дихання та важкою перинатальною патологією на суму 4 267300 тис. гривень.

На виконання заходів Комплексної програми “Цукровий діабет” асигнування з державного бюджету зросли й у 2006 році на препарати інсуліну склали 155 126,6 тис. гривень.

Крім зазначених програм, у рамках Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз здійснюється централізоване забезпечення закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу дітям і матерям, медикаментами та виробами медичного призначення, вживаються заходи щодо централізованої закупівлі високовартісного обладнання, а також щодо централізованої закупівлі виробів кардіохірургічного призначення.

Це дає змогу частково забезпечити комунальні заклади охорони здоров'я необхідними лікарськими засобами для лікування дітей, хворих на онкологічні, онкогематологічні захворювання, цукровий діабет, гемофілію, хворобу Гоше, хронічну та гостру ниркову недостатність, фенілкетонурію, серцево-судинні захворювання, дихальні розлади в недоношених дітей, покращити рівень забезпечення закладів охорони здоров'я, переважно в сільській місцевості, виробами медичного призначення, санітарним автотранспортом та медичним обладнанням.

Однією з найбільш гострих проблем галузі охорони здоров'я в Україні залишається забезпечення медичною допомогою сільського населення. Процес депопуляції, який спостерігається в Україні вже понад 10 років, у сільській місцевості набув характеру демографічної кризи. Швидшими темпами, ніж у містах, на селі збільшується частка людей похилого віку, у значній кількості населених пунктів сільської місцевості втрачено репродуктивний потенціал населення.

Водночас спостерігаються негативні процеси в соціальній сфері села, зокрема в охороні здоров'я. Хронічна незайнятість посад, незадовільний стан споруд та застаріле, зношене обладнання закладів охорони здоров'я сільської місцевості, невирішеність соціально-побутових проблем медиків, які живуть і працюють у селі, — усе це зумовило значно нижчу доступність і якість медичного обслуговування сільського населення порівняно з міським.

Таким чином, основною проблемою, яку потрібно розв'язати, виступає незадовільний стан здоров'я сільського населення, зумовлений, зокрема, низькою доступністю та якістю медичної допомоги.

Традиційне покладення відповідальності за вказані проблеми лише на галузь охорони здоров'я не може вважатися правильним. Експертами ВООЗ доведено, що лише незначна частка впливу на формування здоров'я населення забезпечується службою охорони здоров'я (за різними експертними оцінками — від 8 до 15%). Значно більшою мірою його детермінує спосіб життя, зокрема харчування, спадковість, стан навколишнього середовища тощо. Повністю галузь може нести відповідальність лише за доступність і якість медичної допомоги. В умовах повної децентралізації бюджету галузі охорони здоров'я фінансування медичних закладів у сільській місцевості (ФАПів та сільських лікарських амбулаторій) належить до компетенції сільських та селищних рад. Це призвело до низького рівня керованості з боку МОЗ і територіальних органів управління охорони здоров'я медичною допомогою на селі, передусім ідеться про її найбільш наближену до населення галузь — первинну медико-санітарну допомогу.

Політичне рішення, яке допоможе ліквідувати комплекс причин, що призводять до негативної демографічної ситуації на селі, незадовільного стану здоров'я сільського населення, — прийняття комплексної загальнодержавної Програми підтримки розвитку українського села на 2006-2010 роки (надалі Програма), в якій належне місце посядуть питання розвитку сільської охорони здоров'я.

Щодо зазначених аспектів пропонуються такі заходи щодо розвитку системи охорони здоров'я в сільській місцевості:

- удосконалення структури, системи управління та фінансування (організація в територіальних органах державної влади підрозділів з управління охороною здоров'я з наданням їм функції замовників медичної допомоги; об'єднання фінансових ресурсів охорони здоров'я на рівні району; структурне та фінансово-економічне виділення рівня первинної медико-санітарної допомоги та забезпечення його пріоритетного розвитку, запровадження фінансування закладів первинної медико-санітарної допомоги за подушним принципом; запровадження інформатизації),

- оптимізація та розширення мережі закладів охорони здоров'я (створення ФАПів у населених пунктах з кількістю жителів від 500 до 1000 чоловік та реорганізація ФАПів, які надають медичну допомогу більш як 1000 жителям у лікарські амбулаторії (амбулаторії загальної практики-сімейної медицини), реорганізація дільничних лікарень та частини потужностей ЦРЛ у заклади медико-соціального профілю);

- забезпечення медичними кадрами, забезпечення привабливих умов праці й життя (пріоритетне забезпечення кадрами закладів первинної

медико-санітарної допомоги за рахунок пріоритетного скерування випускників медичних ВНЗ, що навчалися за бюджетною формою, у сільські заклади охорони здоров'я; приведення у відповідність до чинних нормативів навантаження на медичний персонал; розробка та впровадження диференційованого фінансування закладів охорони здоров'я (передусім оплати праці медперсоналу) залежно від характеристик населення й особливостей території обслуговування; забезпечення медперсоналу житлом та субсидіями на оплату комунальних послуг та енергоносіїв);

– оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я (приведення в належний стан споруд закладів охорони здоров'я в сільській місцевості; оновлення табелів оснащення закладів охорони здоров'я в сільській місцевості з урахуванням сучасних медичних, комунікаційних та інформаційних технологій; забезпечення закладів охорони здоров'я в сільській місцевості сучасним обладнанням, необхідним інвентарем та автотранспортом);

Проблеми медицини, які насамперед пов'язані з недофінансуванням, притаманні не тільки сільській медицині, а й галузі в цілому. Враховуючи ту обставину, що більшість медиків працює в містах і також потерпає від невирішеності соціально-побутових проблем та низького рівня оплати праці, можливе негативне ставлення до випереджаючого розвитку сільської охорони здоров'я з боку медичної корпорації. Цей ризик можна нівелювати за рахунок реформування галузі в цілому, законодавчого запровадження багатоканального фінансування, інвестицій у технологічне оновлення закладів охорони здоров'я вторинного і третинного рівня, які також беруть участь у наданні медичної допомоги жителям села.

Найбільш уразливими з погляду можливих заперечень є заходи по створенню структур управління охороною здоров'я та виділення рівня первинної медико-санітарної допомоги з її пріоритетним розвитком. Ці заходи суттєво порушують інтереси керівників існуючих закладів охорони здоров'я, передусім центральних районних лікарень. Дану категорію необхідно інформувати про те, що зміни не будуть упроваджуватися миттєво. Залежно від місцевих умов певний час триватиме перехідний підготовчий період, упродовж якого буде змога вивчити і впровадити найбільш вдалий досвід пілотних регіонів.

Керівникам медичних закладів вторинного і третинного рівня також слід пояснити, що перерозподіл ресурсів на користь первинного рівня буде відбуватися відповідно до перерозподілу навантаження.

Слід очікувати заперечення від певної частини представників органів місцевого самоврядування на рівні селищних рад, які не хочуть втрачати контроль над частиною ресурсів, що йде на охорону здоров'я, а також на рівні районних рад, які не визнають необхідність перерозподілу

ресурсів із вторинного на первинний рівень, тобто з ЦРЛ на лікарські амбулаторії та ФАПи.

Відповідно першим слід вказати, що передача повноважень фінансування медицини із сільського (селищного) на районний рівень буде супроводжуватись поступовим збільшенням обсягів фінансування лікарських амбулаторій, їх пріоритетним оснащенням обладнанням та інвентарем.

Другим необхідно повідомити, що вартість обслуговування одного випадку на первинному рівні в 4–9 разів менша, ніж на вторинному, і у 18–25 разів менша, ніж на третинному. Таким чином, зміщення навантаження в бік первинної допомоги, за розрахунками, призведе до збільшення ресурсного наповнення одного випадку надання допомоги на вторинному і третинному рівнях, що зменшить прояви дефіциту ресурсів у галузі охорони здоров'я в цілому. Правильність таких прогнозів буде постійно відстежуватись, і наступні кроки будуть плануватись з урахуванням результатів моніторингу. Здатність первинної ланки взяти на себе більшу, ніж нині, частину обсягів медичної допомоги буде забезпечена за рахунок інвестування коштів у її матеріально-технічне й кадрове забезпечення, запровадження мотивації до збільшення якості та обсягів роботи.

Також необхідно врахувати можливу реакцію з боку студентів-медиків, які переважно прагнуть лишитися працювати в містах. Аргументами для цієї категорії мають стати створення привабливих умов праці з погляду її оплати та матеріально-технічного забезпечення, а також комплексне вирішення соціально-побутових проблем медиків на селі, що тісно пов'язано з іншими складовими Програми.

Упровадження Програми та пов'язані з цим видатки державного бюджету можуть викликати негативну реакцію з боку і представників промислового лобі.

Більшість заходів щодо розвитку сільської охорони здоров'я, що їх пропонується включити до Програми, розглянуті широкими колами медичної громадськості під час обговорення Програми розвитку сімейної медицини, над якою працює МОЗ. Завершилося обговорення на II з'їзді лікарів загальної (сімейної) практики, що відбувся в жовтні 2005 року в Харкові. З'їзд ухвалив проект концепції Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини на 2006–2010 роки та комплекс її заходів.

Модель організації медичної допомоги населенню сільського району відпрацьована у спільних пілотних проектах МОЗ та Євросоюзу. Набутий у пілотах досвід, який є адаптацією узагальненого європейського та національного досвіду пристосування галузі до ринкової моделі економіки, становить підґрунтя для пропозицій щодо заходів із удосконалення сільської охорони здоров'я до Програми.

Більшість запропонованих заходів розглянута Міністерствами економіки, фінансів та юстиції, а також АМН України в ході погодження проекту концепції Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини на 2006-2010 роки. Позиція Міністерства фінансів була такою: «Проект Концепції має передбачати фінансове забезпечення реалізації програми Міністерством охорони здоров'я в межах визначеного йому граничного обсягу видатків під час формування Державного бюджету України на відповідні роки». Це зауваження враховане. На частину зазначених заходів, а саме на оснащення сільських амбулаторій і ФАПів, у державному бюджеті 2006 року закладено 250 млн. гривень у вигляді субвенцій коштів державного бюджету до місцевих бюджетів. Інших суттєвих зауважень не отримано.

Однак децентралізація фінансування закладів охорони здоров'я, яка дійшла до рівня сільських та селищних рад, призвела до слабкої керованості первинним рівнем медицини на селі. Слабкість сільських та селищних бюджетів робить проблемним адекватне утримання, а тим більше розвиток ФАПів, сільських амбулаторій та дільничних лікарень. Низька доступність і якість медичної допомоги на первинному рівні зумовлюють переважання та нераціональне використання ресурсів вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги (ЦРЛ, обласні лікарні). У той же час механізми перерозподілу ресурсів на користь первинного рівня відсутні. Інноваційні методи організації та фінансових взаємодій носин у галузі відпрацьовані у спільних пілотних проектах МОЗ та Євросоюзу.

Мережа лікувально-профілактичних закладів, які надають сільському населенню первинну медико-санітарну допомогу, налічує 15489 ФАПів, 3026 сільських лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики-сімейної медицини) та 679 дільничних лікарень. Також цю функцію виконують приписні дільниці центральних районних, районних, а в деяких випадках також і міських лікарень.

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу сільські жителі отримують у 473 центральних районних лікарнях. Третинну (високо-спеціалізовану) — в обласних лікарнях для дитячого та дорослого населення.

Найбільше проблем виникає у процесі забезпечення сільського населення первинною медико-санітарною допомогою. На сьогодні у 495 селах з населенням від 500 до 1000 чоловік немає ФАПів (по Одеській і Херсонській областях інформація відсутня) і 1949 ФАПів обслуговують села з населенням понад 1000 чоловік. У низці областей відсутні перспективні (до 2010 року) плани організації ФАПів у селах, де їх немає, а також реорганізації ФАПів у лікарські амбулаторії. Це ускладнює планування загальнодержавних заходів підтримки й розвитку сільської медицини.

Також проблемним питанням залишається діяльність дільничних лікарень. Їх стаціонари зазвичай виконують не лікувально-профілактичну, а медико-соціальну функцію. Таким чином, за рахунок ресурсів галузі охорони здоров'я виконується робота, яка є сферою відповідальності соціальних служб. Утворення на базі дільничних лікарень сільських лікарських амбулаторій з передачею ліжкового фонду в підпорядкування соціальним службам здійснюється повільно.

Крім того, незадовільним залишається забезпечення кадрами сільської охорони здоров'я. Із випускників вищих навчальних закладів IV рівня акредитації 2005 року, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням, 1921 випускник, або 51% від усього випуску лікарів, скеровано на роботу в сільську місцевість. Із них у центральні районні лікарні — 1026; у районні лікарні — 87; у дільничні лікарні — 183; у сільські лікарські амбулаторії — 466 випускників. Також у 2005 році втричі збільшилась кількість лікарів, направлених на роботу в первинну ланку за спеціальністю “загальна практика-сімейна медицина” (2004 рік — 430 чол., 2005 — 1320 чол.).

Однак, незважаючи на це, центральні районні лікарні забезпечені лікарськими кадрами лише на 76,8%, дільничні лікарні — на 75,5%, сільські лікарські амбулаторії — на 72,0%.

Існує також проблема прихованого дефіциту кадрів (особливо лікарів первинної ланки) охорони здоров'я на селі. Упродовж десяти років на виконання Постанови КМУ від 31 серпня 1996 р. № 1033 “Про заходи щодо залучення додаткових надходжень до бюджету та підвищення ефективності витрачання бюджетних коштів для забезпечення фінансування соціальних виплат населенню” та від 28 лютого 2002 р. № 228 “Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ” відбувалося скорочення вакантних посад у закладах охорони здоров'я. Особливо це торкнулось сільської медицини й передусім первинної ланки, де хронічних вакансій завжди було найбільше.

Унаслідок цього навантаження (кількість закріпленого населення) на одну штатну посаду лікарів первинної ланки на селі перевищує нормативне (для дільничного терапевта — 1800 чол.; дільничного педіатра — 800 дітей; лікаря загальної практики/сімейної медицини — 1200 чол. дорослих і дітей) подекуди в декілька разів і становить, наприклад, по Вінницькій та Одеській областях близько 4000 чоловік (за нормативами для лікаря загальної практики/сімейної медицини це відповідає навантаженню на 3,3 штатних посади). Таке становище зумовлює практичну неможливість забезпечення належної доступності і якості медичної допомоги на первинному рівні навіть при 100% укомплектованості штатних посад кадрами (на сьогодні 72%). Перевантаження також виступає фактором низької привабливості праці на селі.

Практично поодинокі факти забезпечення медиків житлом за рахунок коштів місцевих бюджетів. Так, упродовж 2004 року забезпечено житлом 69 лікарів, у тому числі 30 лікарів дільничних лікарень та 39 лікарів сільських лікарських амбулаторій.

Суттєвими факторами доступності медичної допомоги (особливо це стосується сільської місцевості) є зв'язок (телефонізація) і мобільність медиків (забезпечення автотранспортом).

Сьогодні показник телефонізації в лікувальних закладах сільської місцевості — 96,2% від загальної потреби. Однак стосовно телефонізації помешкань медиків, а також поширеності застосування мобільного зв'язку інформація відсутня. Враховуючи специфіку роботи медиків у сільській місцевості й гостроту проблеми дефіциту кадрів, одним із заходів, який сприятиме підвищенню ефективності використання наявних кадрових ресурсів, стане впровадження сучасних засобів зв'язку із забезпеченням мобільним зв'язком кожного медпрацівника.

Доступність та своєчасність надання медичної допомоги жителям сільської місцевості прямо залежить від вчасного прибуття медичного працівника (лікаря, фельдшера чи медичної сестри) на виклик до хворого, тобто від забезпечення медичних працівників автотранспортом.

Кількість населення, яке припадає на один автомобіль у закладах охорони здоров'я сільської місцевості, значно відрізняється в регіонах. Так, у Донецькій області на один автомобіль на рівні первинної ланки (ФАП, сільська лікарська амбулаторія, дільнична лікарня) припадає 1,4 тис. населення, у Харківській — 1,9, що є практично прийнятним (розрахунки зроблені без урахування ступеня амортизації). У деяких областях ситуація протилежна. Так, у Херсонській, Запорізькій та Львівській обл. цей показник становить близько 4,5 тис., а Чернівецькій та АР Крим — понад 5 тис., у Луганській — понад 6 тис. У деяких областях навантаження на 1 автомобіль у сільській місцевості є більшим, ніж у цілому (з розрахунку на все населення). Це Чернівецька, Херсонська, Тернопільська, Рівненська, Київська, Закарпатська, Волинська, Вінницька, Житомирська області та АР Крим. Лише в Харківській області фактично кожна сільська лікарська амбулаторія забезпечена автомобілем (“Таврія”).

Протягом 2004 року за рахунок коштів державного бюджету придбано 581 автомобіль, у тому числі 455 автомобілів підвищеної прохідності (санітарні автомобілі), 60 автомобілів “Таврія ДЕУ” (для доставки медичного персоналу та господарських потреб) та 66 інших автомобілів (спеціальні автомобілі, реанімаційні автомобілі, пересувні рентгенологічні автомобілі тощо), у 2005 році — 77 реанімаційних, 91 автомобіль, санітарний з додатковим медичним обладнанням.

Згідно із заявками на медичне обладнання для сільських лікарських амбулаторій, ФАПів та ЦРЛ, стан обладнання в сільській місцевості

незадовільний, ступінь амортизації працюючого обладнання високий, граничні строки експлуатації не дотримуються. Це негативно відбивається на якості медичної допомоги, а в окремих випадках становить загрозу для життя пацієнтів.

250 млн. гривень, які закладені у державному бюджеті 2006 року для забезпечення субвенцій до місцевих бюджетів на оснащення сільських лікарських амбулаторій та ФАПів, значною мірою дозволять вирішити зазначену проблему. Для забезпечення раціонального витрачання цих коштів необхідне опрацювання змін до табелів оснащення закладів охорони здоров'я з урахуванням сучасних медичних, комунікаційних та інформаційних технологій, а також потреби у збільшенні мобільності медиків на селі.

Удвічі гірше порівняно із жителями міста забезпечуються гарантії на безоплатне отримання медикаментів для жителів села.

Як видно із наведених даних, незважаючи на збільшення фінансування видатків, пропорційно зростають і потреби у фінансуванні, а питання нестачі коштів на компенсацію відповідних витрат залишається невирішеним.

	2004 рік			2005 рік (на 01.07.05)		
	всього	по селу	по місту	всього	по селу	по місту
Потреба в коштах (млн. грн.)	881,7	253,9	627,7	1051,9	334,0	717,9
Профінансовано (млн. грн.)	63,1	14,6	48,5	41,7	8,2	33,5
Забезпечення потреби (потреба / профінансовано)	7,2%	5,8%	7,7%	4,0%	2,5%	4,7%

З метою впорядкування медикаментозного забезпечення невідкладної медичної допомоги для жителів сіл Міністерством видано наказ від 27.09.05 № 495 “Про затвердження мінімального обов'язкового асортименту лікарських засобів і виробів медичного призначення для фельдшерсько-акушерських пунктів”. Однак, враховуючи те, що ФАПі фінансуються із бюджетів селищних і сільських рад, забезпечення їх медикаментами знаходиться поза межами дієвого впливу територіальних органів державної влади обласного і районного рівня.

Упродовж останніх років в Україні впроваджуються спільні проекти МОЗ та Євросоюзу щодо реформування галузі.

У 2005 р. завершено проект ТАСІС “Первинні та профілактичні заходи в охороні здоров'я Києва та ряду областей України”. Проектом опрацьовані елементи моделі організації медичного обслуговування сільського населення, зокрема й механізми мотивації первинної ланки до здійснення ефективної профілактичної роботи.

На завершальній стадії знаходиться реалізація проекту “Фінансування та управління в сфері охорони здоров’я в Україні”, у ході якого відпрацьовано реорганізацію медичної допомоги на рівні сільського району з розмежуванням медичної допомоги за рівнями, зміною статусу закладів охорони здоров’я з бюджетних установ на комунальні підприємства, впровадженням договірних відносин між Замовником і Виконавцем медичних послуг. Важливим елементом проекту є впровадження інформаційних технологій та підвищення кваліфікації менеджерів.

За проектом “Сприяння Міністерству охорони здоров’я у розробці медичних стандартів” відбувається розробка методів стандартизації медичних послуг та конкретних стандартів первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги й відпрацювання їх застосування в пілотних регіонах на базі районних лікарень.

Численними є також приклади ініціатив громад із покращення організації медичної допомоги сільському населенню.

Таким чином, наявні:

- недосконалість системи управління та фінансування, суперечить загальним процесам державотворення (децентралізація управління, формуванням ринкових принципів функціонування економіки);

- неоптимальність мережі медичних закладів первинної медико-санітарної допомоги на селі;

- низький рівень кадрового забезпечення сільської медицини, попри зусилля МОЗ у цьому напрямку. Наявність прихованого дефіциту кадрів, особливо в первинній ланці. Низька привабливість роботи в медичних закладах на селі;

- невідповідність сучасним вимогам щодо доступності і якості медичної допомоги, матеріально-технічного забезпечення медичних закладів на селі;

- низька забезпеченість фінансами (2,5% від потреби) гарантій на безоплатне отримання медикаментів для жителів села;

- наявність інноваційного досвіду щодо методів організації медичної допомоги та фінансових взаємовідносин у галузі відпрацьованого у спільних пілотних проектах МОЗ та Євросоюзу та з ініціативи місцевих громад.

Виконання медичних і пов’язаних із ними аспектів Програми сприятиме реалізації євроінтеграційних планів України, а саме: підвищенню ефективності галузі охорони здоров’я, збільшенню її впливу на стан здоров’я сільського населення, поліпшенню відновлення людських ресурсів та подоланню несприятливих демографічних тенденцій, зменшенню соціальної напруги в суспільстві.

Унаслідок виконання програми будуть досягнуті такі результати:

- збільшена доступність первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню, значно зменшені диспропорції доступності ПМСД

залежно від місця проживання, фізичних обмежень, соціального статусу та рівня достатку;

- створена система управління сільською охороною здоров'я, яка відповідає вимогам формування ринкових принципів функціонування економіки, визначає оптимальний баланс між децентралізацією та централізацією управління та фінансування;

- обґрунтовані на основі наукових досліджень ефективні методи організації та фінансування первинної медико-санітарної допомоги, спрямовані на оптимізацію використання ресурсів системи охорони здоров'я;

- сформована громадська думка про переваги обраної моделі охорони здоров'я сільського населення, пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги в системі надання медичної допомоги.

Таким чином, унаслідок реалізації Програми буде сформована система забезпечення сільського населення доступними та якісними послугами з охорони здоров'я з пріоритетом первинної медико-санітарної допомоги, яка забезпечить зменшення потреби у більш вартісних видах медичної допомоги.

Буде досягнуто зменшення захворюваності, смертності та інвалідності.

У всіх селах з населенням від 500 до 1000 будуть утворені ФАПи.

Усі ФАПи, що обслуговують більш ніж 1000 населення, будуть реорганізовані в лікарські амбулаторії, передусім амбулаторії загальної практики-сімейної медицини.

Кількість лікарів (фізичних осіб), що надають первинну медико-санітарну допомогу сільському населенню, досягне 9–10 тис., що складе 6–7 на 10 тис. населення; 80–90% з них будуть лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Збільшиться забезпеченість кадрами закладів вторинного рівня (ЦРЛ).

Частка фінансових ресурсів, що витрачаються на потреби ПМСД, упродовж 5 років збільшиться до 20–30% загального обсягу фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я.

Частка звернень за медичною допомогою, які починаються і закінчуються на первинному рівні, буде збільшуватись щорічно на 5–7%.

Задоволеність сільських жителів якістю медичної допомоги буде збільшуватись на 5% щорічно.

Здійснення заходів реструктуризації та створення системи управління не потребує фінансування з державного бюджету. Впровадження інформатизації потребує фінансування з державного бюджету, яке буде здійснюватись у рамках Програми інформатизації галузі охорони здоров'я на 2006–2010 роки, розробка якої ведеться МОЗ на виконання Указу Президента України № 1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”.

Оптимізація мережі медичних закладів у сільській місцевості передбачає необхідність видатків на створення ФАПів та реорганізацію ФАПів у лікарські амбулаторії. Фінансування будівництва або реконструкції приміщень та оснащення інвентарем і обладнанням здійснюватиметься за рахунок місцевих бюджетів. Придбання найбільш високоартісного обладнання та автотранспорту буде здійснюватись за рахунок коштів державного бюджету. У 2006 році на ці завдання в державному бюджеті передбачено 250 млн. гривень. Реорганізація дільничних лікарень у лікарські амбулаторії буде супроводжуватись вивільненням коштів місцевих бюджетів, які тепер витрачаються на утримання стаціонарів цих лікарень. Вивільнені кошти можливо спрямувати на оновлення матеріально-технічної бази лікарських амбулаторій та ФАПів.

Розробка сучасних табелів оснащення закладів охорони здоров'я відповідає повноваженням МОЗ і буде виконана в межах призначеного фінансування.

Розробка загальнодержавних заходів щодо підтримки оптимізації мережі медичних закладів у сільській місцевості ускладнюється відсутністю в більшості областей затверджених планів цієї роботи.

Приведення у відповідність до чинних нормативів навантаження на медичний персонал у первинній ланці на селі має супроводжуватись відновленням штатних посад лікарів та середнього медперсоналу, які були раніше скорочені. Це можливе за умови об'єднання фінансових ресурсів охорони здоров'я в сільській місцевості на рівні району та виділення відносно більшої частки бюджету на первинну медико-санітарну допомогу на першому етапі шляхом упровадження програмно-цільового методу фінансування за програмою «первинна медико-санітарна допомога населенню», а згодом — шляхом структурного, юридичного та фінансово-економічного виділення первинного рівня та забезпечення його відповідного фінансування.

Розробка сучасних принципів фінансування медичної допомоги за рівнями з урахуванням особливостей території та характеристик населення буде відбуватися в межах Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини на 2006–2010 роки. Зазначена програма розробляється МОЗ на виконання Указу Президента України № 1694/2005.

Фінансування заходів забезпечення медперсоналу житлом та субсидіями на оплату комунальних послуг та енергоносіїв знаходиться в компетенції органів місцевого самоврядування і повинне розглядатися в контексті розробки заходів Програми щодо підтримки соціальної сфери села з боку місцевих громад.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних

і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки” Міністерством охорони здоров'я України спільно з Академією медичних наук України підготовлено наказ від 21.12.06 № 847/71 “Про затвердження Плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки”, основним завданням та метою якої є попередження та зниження рівня захворюваності серцево-судинного і судинно-мозкового профілю, інвалідності та смертності від її ускладнень, а також збільшення тривалості і підвищення якості життя хворих.

У 2006 році МОЗ України за рахунок коштів фінансування Програми здійснено закупівлю високовартісного обладнання на суму 25 672 780 грн.

Розроблено та затверджено відповідно до наказу МОЗ України від 03.07.2006 № 436 стандарти надання допомоги кардіологічним хворим. У рамках Пленуму Правління асоціації кардіологів України (вересень 2006) проведено організаційно-методичну нараду з головними спеціалістами регіонів (за фахом кардіологія та внутрішні хвороби) з питань реалізації.

З метою з'ясування регіональних особливостей і чинників розвитку серцево-судинних захворювань ННЦ “Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска” АМНУ проведені епідеміологічні дослідження в Полтавській, Івано-Франківській, Черкаській областях та в м. Києві. Результати цих досліджень свідчать про поліпшення ситуації щодо контролю артеріальної гіпертензії серед населення. Так, кількість осіб, які знають про підвищення у них артеріального тиску, зросла від 39,7 до 80,8% серед міських і від 47,0 до 67,8% сільських мешканців, а кількість хворих, які вживають антигіпертензивні препарати, збільшилась відповідно від 28,7 до 48,4% та від 12,4 до 38,3%.

До виконання Програми залучені всі структури терапевтичної і кардіологічної служб країни. В усіх областях налагоджена система підвищення кваліфікації лікарів і медичних сестер. Інформаційне забезпечення довідниковими, організаційними, методичними й науково-практичними матеріалами проведено на всіх рівнях надання медичної допомоги населенню. Уведено в практику проведення шкіл-семініарів з актуальних проблем кардіології з позиції доказової медицини. У 2006 році такі школи, зокрема, проведені в Луганській, Кіровоградській, Івано-Франківській та Житомирській областях.

Здійснюється робота із засобами масової інформації щодо висвітлення питань первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

Міністерством освіти і науки України розроблені методичні рекомендації щодо вивчення у змісті предметів “біологія” та “основи здоров'я” в навчальних закладах усіх рівнів акредитації питань профілактики серце-

во-судинних і судинно-мозкових захворювань відповідно до вікових особливостей учнів і студентів.

Виконання Програми відбувається у запланованому обсязі і в зазначені терміни. Одержані результати відповідають очікуваням. Подальше продовження Програми є підстави вважати доцільним і необхідним.

Реалізація завдань „Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні” доповнює в цілому Програму запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки.

Боротьба з артеріальною гіпертензією — найважливіший фактор зниження смертності від серцево-судинних захворювань, питома частка яких у структурі загальної смертності складає 62,5%. Артеріальна гіпертензія — основний фактор ризику ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних захворювань, які на 88,1% визначають рівень смертності від хвороб системи кровообігу. Серед осіб із підвищеним тиском смертність майже вдвічі вища, ніж серед осіб із нормальним тиском.

У нашій країні поширеність артеріальної гіпертензії надзвичайно висока (35,3%), а ефективність її лікування недостатня (18,7% серед міського і 8,1% серед сільського населення). Клініко-епідеміологічні наукові факти свідчать, що при правильно організованій профілактичній і лікувальній допомозі хворим зменщується кількість ускладнень захворювання, поліпшується якість життя хворих.

Роки виконання Програми свідчать про зростання показника виявлення хворих з артеріальною гіпертензією майже вдвічі, стабілізацію захворюваності на мозковий інсульт та смертності від судинних уражень мозку, зниження первинної інвалідності від гіпертонічної хвороби на 44%, зменшення на 10% питомої частки померлих від артеріальної гіпертензії у працездатному віці, збільшення середньої тривалості життя померлих від артеріальної гіпертензії та її ускладнень на 2 роки, за даними статистичних звітів МОЗ та Держкомстату України.

Координаційною Радою здійснюється контроль за практичним впровадженням нових розробок і за науковим забезпеченням — плануванням та виконанням науково-дослідних робіт, як у системі закладів АМН, так і в МОЗ.

Протягом 1999–2000 років виконання Програми не фінансувалось. Із 2001 року за рахунок коштів державного бюджету фінансується лише наукова частина Програми. Обсяги фінансування складають: у 2001 — 129,4 тис. грн., у 2002 — 266,9 тис. грн., у 2003 — 348,4 тис. грн., у 2004Т— 439,8 тис. грн., у 2005- 552,2 тис. грн., у 2006 — 746,6 тис. грн.

Положення Програми активно впроваджуються в життя в межах підготовки та підвищення кваліфікації лікарів терапевтів та кардіологів.

Протягом 2005–2006 років підготовлено та розповсюджено 2 посібника для лікарів з діагностики, профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, видано 2 монографії, 106 публікацій, в тому числі 51 стаття в наукових фахових журналах, отримано 4 патенти на винаходи, розроблені нормативні матеріали, які лягли в основу Постанови Кабінету Міністрів № 477 “Про збільшення норм грошових витрат на обслуговування ветеранів війни у лікувально-профілактичних закладах” та Наказу МОЗ України № 436 від 03.07.2006 “Стандарти надання допомоги кардіологічним хворим”. Проведено 24 наукових семінари та конференції. Подані пропозиції щодо розробки вітчизняних лікарських засобів та проведена апробація 3 нових препаратів для лікування артеріальної гіпертензії.

Таким чином, у процесі реалізації заходів із виконання “Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні” спостерігаються певні зміни показників захворюваності, поширеності і смертності, пов’язаних із артеріальною гіпертензією. Аналіз цієї динаміки показує, що ці зміни є очікуваними і дозволяють сподіватись на більш істотне їх поліпшення з часом за умов чіткої реалізації Програми.

Проведення епідеміологічних досліджень з метою з’ясування регіональних особливостей і чинників розвитку артеріальної гіпертензії, створення системи моніторингу та корекції факторів ризику, розробка сучасних антигіпертензивних лікарських засобів, нових методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію та її ускладнення визначають актуальність Програми в науковому плані й вагомість її у практичній кардіології.

Виконання Програми відбувається в запланованому обсязі і в запланований термін. Одержані результати відповідають очікуванім. Подальше продовження Програми слід вважати доцільним і необхідним.

иконання Державної програми “ онкологія”

Онкологічні захворювання залишаються однією з найнебезпечніших медико-біологічних і соціальних проблем. В Україні, як і в усьому світі, спостерігається стала тенденція до зростання онкологічної захворюваності.

Онкологічна патологія виступає причиною більш як 15 відсотків усіх випадків смерті й поступається в цьому лише серцево-судинним захворюванням.

Заходи щодо реалізації державної політики у сфері підвищення рівня спеціалізованої онкологічної допомоги визначено в Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки, державних програмах “Онкологія” на 2002–2006 роки і “Дитяча онкологія” на 2006–2010 роки”.

Спроба підійти комплексно на державному рівні, тобто забезпечити залучення не тільки лікувально-профілактичних закладів, а й установ

та закладів усіх галузей економіки, науки, освіти і культури, засобів масової інформації до розв'язання проблеми протиракової боротьби, ще не дає бажаних результатів.

Одним із пунктів Універсалу національної єдності передбачено створення Інституції раку з метою координації спільних зусиль МОЗ, АМН, НАН у боротьбі з онкологічними захворюваннями.

Станом на 2006 рік зареєстровано хворих на злоякісні новоутворення, які перебувають на обліку, 864,3 тис., або 1835,0 на 100 тис. населення.

На території України щороку реєструється понад 157,5 тисяч нових випадків онкологічних захворювань. Річний показник захворюваності в середньому по країні зростає щорічно майже на 2 відсотки.

У структурі захворюваності чоловічого населення перші п'ять місць займають злоякісні новоутворення легенів, колоректальний рак, злоякісні новоутворення шкіри (крім меланоми), шлунка та передміхурової залози.

У жінок — рак молочної залози, злоякісні новоутворення шкіри (крім меланоми), колоректальний рак, рак тіла матки, шлунка.

Нозологічні форми, які займають перші п'ять місць у структурі захворюваності, як у чоловіків, так і у жінок, складають 60 відсотків усієї онкологічної патології. Передусім це стосується осіб старшого і похилого віку.

Діти значно рідше зазнають ураження онкологічною патологією. У 2005 році зареєстровано 1053 випадки захворювання серед дітей віком від 0 до 17 років, що становить 11,5 випадків на 100 тис. дитячого населення. Результати аналізу динаміки показника вказують на стабілізацію процесу, до того ж в останні роки намітилась тенденція до зниження рівня захворюваності.

Захворюваність дітей на онкологічну патологію має низку особливостей, порівняно із загальною онкологічною захворюваністю. Це виявляється як у віковій структурі хворих, так і у структурі захворювань. Найбільш високі показники в наймолодшій віковій групі дітей — віком до 1 року. Далі поступово знижується рівень показників, у дітей віком 10–14 років вони вдвічі нижчі, ніж у віці 0–1 рік.

Аналіз динаміки онкологічної патології свідчить про стійке зростання захворюваності та зниження смертності (за роки реалізації заходів програми з 195,5 на 100 тис. населення у 2002 році до 193,2 у 2005 році).

Для забезпечення реалізації прав онкологічних хворих на медичну допомогу функціонує мережа спеціалізованих онкологічних медичних закладів: диспансери (42), міські лікарні (20), відділення (кабінети) — 741, радіологічні відділення (кабінети) — 79, ендоскопічні (1040), кабінети ультразвукової діагностики (1368), оглядові кабінети лікувальної мережі (2150). Наявний фонд онкологічних ліжок порівняно з 2001 роком збільшився на 1,2 відсотка — 9234, у тому числі для дорослих — 9004 та

230 для дітей; радіологічних — 2683. У системі онкологічної служби працює 1777 лікарів-онкологів, з них вищу та першу категорію мають 842.

У своєчасному виявленні злоякісних онкологічних захворювань значну роль відіграє ендоскопічна служба, яка представлена 1040 ендоскопічними відділеннями та кабінетами.

Функціонує 54 цитологічні лабораторії, можливості яких використовуються недостатньо для проведення цитологічного скринінгу, що особливо важливо для діагностики раку жіночих статевих органів.

Матеріально-технічна база онкологічної служби протягом останніх років дещо поліпшилася. Однак у низці регіонів вона, як і раніше, залишається на низькому рівні, що тягне за собою зменшення можливостей у наданні населенню спеціалізованої допомоги.

Один з інтегральних показників, який дає змогу комплексно оцінити стан онкологічної допомоги, зокрема й діяльність діагностичної та лікувальної роботи, — показник дорічної летальності хворих. У 2005 році він в середньому по Україні становив 32,6 відсотка, що на 3,2 відсотка менше, ніж у 2002 році (35,8 відсотка).

Показник занедбаності (кількість осіб, виявлених на III-IV стадії захворювання) становив у 2005 році 19,7 відсотка, що на 7,9 відсотка менше, ніж у 2002 році (21,4 відсотка).

Що стосується візуальних локалізацій, показник занедбаності (III-IV стадії) по кожній із них знизився порівняно з минулим роком на 1–1,5% і становив від 1 відсотка (злоякісних новоутворень шкіри) до 29,6 відсотка (злоякісних новоутворень прямої кишки).

Морфологічна верифікація діагнозу зросла порівняно з 2002 роком на 2,9 відсотка і становила в середньому по Україні у 2005 — 78,1.

У більшості регіонів зросло охоплення онкологічних хворих спеціальним лікуванням. У середньому в Україні показник збільшився порівняно з 2002 (61,2 відсотка) роком на 2,5 відсотка і становив у 2005 році 63,7 відсотка.

Таким чином, в останні роки намітилися позитивні тенденції в динаміці основних показників стану онкологічної допомоги хворим на злоякісні новоутворення, що свідчить про підвищення її ефективності.

У нозологічній структурі первинної інвалідності дорослого населення новоутворення займають друге місце після хвороб системи кровообігу. Відбувається зниження показника (у 2002 році — 16,9%, у тому числі злоякісні новоутворення — 16,3%, у 2005 — відповідно 16,4 і 15,8%).

Актуальність проблеми зумовлена високими показниками важкої первинної інвалідності, низькою ефективністю реабілітації, значною варіабельністю даних у різних регіонах (85–90% визначають перші і другі групи). Недоліки в організації та наданні допомоги виявляються як у частоті інвалідизації вперше виявлених онкохворих, так і на інших

рівнях. Раннє виявлення, своєчасне та якісне спеціалізоване лікування, ефективна реабілітація онкохворих залежать від ресурсного забезпечення системи і технологій.

З уперше встановленим діагнозом раку молочної залози інвалідами стають 41 відсоток жінок. Рівень первинної інвалідності становить 1,5 випадку на 10 тис. дорослого населення (2,8 випадку на 10 тис. жінок).

У деяких областях, населення яких потерпіло внаслідок Чорнобильської катастрофи, рівень інвалідності через рак молочної залози перевищує середній рівень в Україні: у Київській — на 20, Рівненській — на 40, Черкаській — на 13,3 відсотка, що свідчить про недосконалість профілактичної роботи, що спрямовується на своєчасне виявлення та лікування.

Для запобігання випадків онкологічних захворювань і значного зниження рівня смертності та інвалідності внаслідок онкологічних захворювань необхідно активізувати роботу з ранньої профілактики та ефективної діагностики. Це потребує широкого залучення до цієї роботи засобів масової інформації, підвищення знань населення та фахівців, забезпечення стаціонарною та пересувною маммографічною апаратурою, рентгенапаратурою, кольпоскопами, ендоскопічним обладнанням в достатній кількості, створення умов для проведення в повному обсязі комплексної медичної, психологічної, професійної та соціальної реабілітації хворих.

Збільшення кількості онкологічних хворих, хронічно хворих людей та інвалідів призводить до того, що значний контингент осіб потребує тривалого медико-соціального догляду та мінімального обсягу лікувальних заходів, надання яких в умовах звичайних стаціонарних медичних закладів стає не тільки необґрунтованим з медичних позицій, а й нераціональним.

Розв'язання зазначеної проблеми потребує структурних змін у системі соціально-медичної підтримки невиліковно хворих з метою збільшення обсягів та доступності спеціалізованого догляду, що включає соціальний, медичний, психологічний та духовні компоненти, оскільки в хоспісах та відділеннях сестринського догляду, утворених у системі МОЗ, розгорнуто близько 500 ліжок, що не задовольняє потребу.

З метою удосконалення законодавчих актів з питань надання паліативної допомоги невиліковно хворим наказом Міністерства охорони здоров'я від 06.07.06 № 201-Адм створена міжвідомча робоча група за участю представників Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики, громадськості.

На сьогодні визначено такі пріоритети діяльності з розвитку паліативної допомоги в Україні: вивчення ситуації щодо мережі, діяльності та потужності існуючих у системі МОЗ хоспісів, а також орієнтовних потреб, пропозицій регіонів при внесенні змін до законодавчих актів,

розроблення проекту Концепції паліативної допомоги. У жовтні 2006 р. у Міністерстві охорони здоров'я проведено “круглий стіл”, присвячений Всесвітньому дню паліативної та hospісної допомоги, за участю широкого кола громадськості.

Стійкі тенденції до зростання захворюваності на рак свідчать про надзвичайну гостроту проблеми, необхідність підключення до захисту прав онкологічних хворих не тільки мережі закладів охорони здоров'я, зокрема санаторно-курортних, а й установ та закладів усіх галузей економіки, науки, освіти, культури, та передусім засобів масової інформації.

Відповідно до розділу Програми “Первинна профілактика онкопатології” санітарно-епідеміологічною службою здійснюється контроль за надходженням канцерогенів та мутагенів у навколишнє природне середовище і моніторинг вмісту радіонуклідів у питній воді, продуктах харчування, будівельних матеріалах. З урахуванням сучасних технологічних можливостей на місцях розробляються та здійснюються заходи щодо усунення забруднення довкілля канцерогенними речовинами.

Відповідно до завдань розділу Програми “Вторинна профілактика та рання діагностика онкопатології” фахівці онкологічних закладів надають консультаційну допомогу лікарям загальної практики — сімейної медицини з питань диспансеризації хворих на передракові захворювання, діагностики новоутворень, спеціального лікування хворих та надання їм медичної допомоги в термінальних стадіях. В усіх регіонах здійснюються виїзди в районні лікарні. Відповідно до Указу Президента України від 17.01.05 № 42 “Про Всеукраїнський день боротьби з захворюваннями на рак молочної залози” в онкологічних закладах регіонів за участю Товариства Червоного хреста України та громадських організацій з висвітленням проблеми в засобах масової інформації 20 жовтня проводиться день боротьби із захворюванням на рак молочної залози. У рамках всесвітнього дня боротьби з онкологічними захворюваннями (4 лютого) здійснено серію виступів фахівців у засобах масової інформації. Триває робота із створення мережі мамологічних центрів та кабінетів. Амбулаторні та стаціонарні спеціалізовані підрозділи для надання медичної допомоги жінкам з патологією молочних залоз функціонують на базі онкологічних диспансерів в усіх регіонах.

Виконання розділів Програми “Діагностика онкопатології” та “Лікування онкопатології” є найбільш актуальним для покращення якості та подовження життя онкологічних хворих. У регіонах, починаючи з першого рівня медичної допомоги, запроваджуються регіональні стандарти діагностики злоякісних новоутворень. Відповідно до наказу МОЗ України, провідними фахівцями та науковцями системи МОЗ і АМН розробляються стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих.

З метою здійснення медичних заходів з державного бюджету виділено у 2002 році 26 970,6 тис. гривень, у 2003 — 114650 тис., у 2004 — 161 962,5 тис., у 2005 — 191162,2 тис., у 2006 — 33205,5 тис. гривень. Законом України про Державний бюджет України на 2007 рік МОЗ передбачено з цією метою для лікування дорослих 126 325,5 тис. гривень та 38656,7 тис. гривень за програмою “Дитяча онкологія”.

Поряд із необхідністю матеріально-технічного забезпечення лікування онкологічних хворих на сьогодні вкрай важливим завданням є досягнення належної якості життя, що полягає у медичній реабілітації таких хворих після хірургічних втручань, опромінення та хіміотерапії, а надалі і в психологічній, соціальній та трудовій адаптації шляхом запровадження в стаціонарах онкологічних диспансерів посади лікаря-психотерапевта, що уже зроблено в Автономній Республіці Крим, у Волинській, Дніпропетровській, Івано-Франківській, Київській, Одеській, Полтавській, Тернопільській, Херсонській областях та м. Києві.

З метою подальшого комплексного підходу до вирішення нагальних питань охорони здоров'я населення, профілактики, своєчасної діагностики та лікування хворих на онкологічну патологію за поданням Міністерства охорони здоров'я Кабінет Міністрів затвердив Концепцію Загальнодержавної програми “Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки”.

Виконання завдань розділу Програми “Організація онкологічної допомоги та інформаційно-аналітичного забезпечення” спрямоване на систематичну оцінку та поточне коригування заходів з організації протиракової боротьби. Для цього утворюються обласні, міські, районні протиракові комісії, що працюють за графіками управлінь охорони здоров'я, а також упроваджуються сучасні інформаційні технології. У 2006 році завершено створення популяційного Канцер-реєстру, що дає змогу отримувати достовірну інформацію про поширеність злоякісних новоутворень та стан надання онкологічної допомоги населенню.

Проблеми надання медичної допомоги хворим на онкологічні захворювання обговорювалися на селекторних нарадах у Міністра охорони здоров'я із залученням начальників управлінь охорони здоров'я, профільних головних позаштатних фахівців МОЗ і регіонів та мережі закладів охорони здоров'я понад 500 селекторних студій.

З метою наукового забезпечення Програми при поданні запитів на фінансування проектів науково-дослідних робіт враховується пріоритетність визначення нових даних з епідеміології, етіології, патогенезу злоякісних новоутворень, наукового обґрунтування заходів щодо профілактики, ранньої діагностики і лікування онкологічних хворих.

За Програмою виконується низка наукових робіт в Інститутах системи АМН України та вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації.

Розділ Програми “Підготовка кадрів” передбачає навчання та атестацію медичних кадрів з питань онкології, що проводяться відповідно до планів. Для підтримки високого професійного рівня онкологів застосовуються різні форми — курси тематичного вдосконалення, семінари, науково-практичні конференції. Вивчення дисципліни “онкологія” навчальним планом підготовки фахівців-медиків передбачена на 5-му році навчання обсягом 108 год., на 6-му році — курс за вибором “паліативна медицина” на 15 кафедрах вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації.

Післядипломна підготовка спеціалістів з питань онкології проводиться на базі кафедр Київської, Харківської, Запорізької медичних академій післядипломної освіти за спеціальностями “онкологія”, “онкохірургія”, “онкогінекологія”, “дитяча онкологія” на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення та передатестаційних.

Крім того, у закладах післядипломної освіти організовано цикли тематичного удосконалення для лікарів лікувального та педіатричного профілю, загальної практики-сімейної медицини. До навчальних програм інтернатури включено питання онкології (36 годин).

Клінічними базами кафедр виступають обласні (міські) клінічні онкологічні диспансери та Інститут онкології АМН України.

Санітарно-просвітницька робота проводиться шляхом широкого інформування населення про можливості профілактики раку, необхідність своєчасного звернення до лікаря-фахівця при перших ознаках захворювання, а також про спеціалізовані медичні заклади та сучасні можливості лікування злоякісних пухлин. Використовуються різноманітні засоби — теле- та радіопередачі, статті в періодичній пресі, бюлетені, “Дні онкологів”, “круглі столи”, бесіди, лекції. Підготовлені та безкоштовно поширюються серед населення інформаційні листи, брошури, пам’ятки щодо факторів ризику та з описом методики самообстеження. У багатьох регіонах на виконання заходів цього розділу державні заклади тісно співпрацюють із громадськими організаціями та волонтерськими об’єднаннями онкологічних хворих.

Виконання завдань розділу “Міжнародне співробітництво” сприяє розширенню міжнародних контактів українських учених та онкологів практиків. Питання подальшого розвитку вітчизняної онкології обговорювались на 11-му з’їзді онкологів України, Конгресі радіологів та шести науково-практичних конференціях із міжнародною участю. Національний Канцер-реєстр України асоційованим членом Міжнародної асоціації Канцер-реєстрів.

Виконання Державної програми “Онкологія” здійснювали дві науково-дослідні роботи: Інститут онкології АМН України “Розробка технології одержання пухлиноіндукованих трансферфакторних білків та експери-

ментальне обґрунтування їх застосування для формування протипухлинної резистентності організму” та Інститут урології АМН України “Розробити і впровадити методи комплексної біотерапії раку нирки на підставі визначення чутливості до гормонів та вакцинотерапії”.

В ході виконання НДР “Розробка технології одержання пухлиноіндукованих трансферфакторних білків та експериментальне обґрунтування їх застосування для формування протипухлинної резистентності організму” за 2005–2006 роки розроблено методологію отримання пухлиноспецифічного фактора переносу та обґрунтовано підхід до формування протипухлинної імунної відповіді у тварин за допомогою цього препарату.

У процесі виконання НДР “Розробити і впровадити методи комплексної біотерапії раку нирки на підставі визначення чутливості до гормонів та вакцинотерапії” за 2005–2006 роки розроблено методики імунохіміотерапії, екстракорпоральної детоксикації в поєднанні з ендолімфатичним введенням б2b та вакцинотерапії у хворих з місцево поширеними та метастатичними формами раку нирки. Розроблені методики впроваджені у клінічну практику, покращують результати лікування та якість життя хворих.

У ході виконання зроблено доповіді:

– на XI з’їзді онкологів України 29 травня — 2 червня 2006 року, м. Судак, АР Крим: “Гальмування росту пухлини в печінці щурів пухлиноспецифічним фактором переносу”;

– на XI з’їзді онкологів України 29 травня — 2 червня 2006 року, м. Судак, АР Крим: “Комбіноване лікування місцево поширеного та метастатичного раку нирки з використанням екстракорпоральної детоксикації та ендолімфатичної імунотерапії”;

– на IV з’їзді онкологів та радіологів СНД, м. Баку: “Повышение противоопухолевой резистентности организма опухолеспецифическим фактором переноса”;

опубліковано статті:

– М.В. Терзійського, І.О. Кліменка, В.М. Григоренка “Екстракорпоральна детоксикація та ендолімфатична імунотерапія в лікуванні місцево поширеного раку нирки”;

– Спосіб отримання та протипухлинні ефекти фактора переносу / Гріневич Ю.Я., Фільчаков Ф.В., Шуміліна К.С. та співавт. // Совр. аспекты диагностики и лечения иммуноаллергопатологии: Матеріали VIII наук.-практ. конференції 26–27 квітня 2006 р. — Київ, 2006. — Опубл.: Імунологія та алергологія. — 2006. — № 2. — С. 74;

– Повышение противоопухолевой резистентности организма опухолеспецифическим фактором переноса / Гріневич Ю.А., Фільчаков Ф.В., Шуміліна Е.С. и соавт. // В кн.: IV съезд онкологов и радиологов СНГ.

Матеріали съезда. 28 сентября — 2 октября 2006 года — Баку, 2006. — С. 40;

– Спосіб отримання та характеристика пухлиноспецифічного фактора переносу / Гріневич Ю.Я., Фільчаков Ф.В., Шумиліна К.С. та співав. // В кн.: XI з'їзд онкологів України. Матеріали з'їзду 29 травня — 2 червня 2006 року. — Судак, АР Крим, 2006. — С. 23-24;

– Гальмування росту пухлини в печінці щурів пухлиноспецифічним фактором переносу / Фільчаков Ф.В., Шумиліна К.С., Бобро Л.І. та співавт. // Там же. — С. 37;

отримано патент:

– Деклараційний патент на корисну модель № 16938, UA МПК А 61 К 35/28/ Ін-т онкології АМНУ (UA). — Фільчаков Ф.В., Гріневич Ю.Я., Шумиліна К.С., Бобро Л.І. Заявка № а 2005 04315. Заявл. 06.05.2005. Опубл. 15.09.06. Спосіб отримання пухлиноспецифічного фактора переносу.

Реалізація завдань Комплексної програми “Цукровий діабет” представлена чотирма основними завданнями. У 2005 році закінчено виконання трьох, з 2006 року триває виконання завдання “Створити Державний реєстр хворих на цукровий діабет”. Дослідження завдання презентовані трьома НДР, які виконуються науковими установами АМН України: Інститутом ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка, Інститутом проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського, Інститутом педіатрії, акушерства і гінекології.

Згідно з планом передбачалося створити оперативний реєстр хворих на цукровий діабет (ЦД), що отримують лікування препаратами інсуліну та пероральними цукрознижувальними ліками, збору даних по областях України для поповнення реєстру вагітних, хворих на ЦД.

Розроблені методичні підходи до функціонування оперативного реєстру хворих на ЦД. До оперативного реєстру внесено 145 433 хворих, які отримували інсуліни, і 213 603 хворих, які лікувалися пероральними препаратами.

Встановлено новий факт негативного зв'язку між віком пацієнтів та застосуванням пероральних препаратів, які вважаються більш безпечними щодо розвитку гіпоглікемії, судинної патології.

Унесено корективи до раніше розробленого спеціального формалізованого медичного документа “Реєстраційна карта вагітної, яка хворіє на цукровий діабет” (зареєстрована Міністром України за №221/12095 від 02.03.2006 р.), що надходять до центральної бази даних, яка зберігається у відділенні внутрішньої патології вагітних Інституту педіатрії, акушерства і гінекології.

Виконується Розпорядження Президента України, Доручення прем'єр-міністра щодо Державного і регіонального реєстрів хворих на цукровий діабет.

За результатами досліджень у 2006 році опубліковано 19 статей, отримано один патент на винахід, проведено 12 семінарів.

У виконанні загальнодержавної програми “Національна Програма імунопрофілактики населення на 2002–2006 роки” брали участь 2 установи — Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМНУ та Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечнікова АМНУ. Метою Програми було забезпечення епідемічного благополуччя населення з інфекційних хвороб, керованих засобами специфічної профілактики, створення умов для зниження рівня захворюваності, смертності та інвалідності від найпоширеніших інфекційних хвороб. Програма фінансувалась за рахунок державного бюджету тільки у 2006 році.

На базі Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМНУ проводилися дві НДР — “Оцінити стан імунітету до поліомієліту у дітей різних вікових груп після застосування живої та інактивованої поліомієлітної вакцини” та “Оцінити ефективність календаря профілактичних щеплень з урахуванням рівня імунітету при застосуванні моно- та комбінованих вакцин, оптимізувати схеми проведення щеплень”.

При виконанні НДР «Оцінити стан імунітету до поліомієліту у дітей різних вікових груп після застосування живої та інактивованої поліомієлітної вакцини» відповідно до запланованих завдань отримано такі результати: визначено стан популяційного специфічного імунітету в дітей різних вікових груп при застосуванні комбінованих схем імунізації проти поліомієліту, вивчено епідеміологічну характеристику ВАНН та ГВП, пов'язаних у часі з вакцинацією ОПВ, надано рекомендації щодо оптимізації схем імунізації Календаря щеплень проти поліомієліту. За отриманими результатами основних завдань цієї роботи опубліковано 2 статті у фахових виданнях, надруковано 2 тези.

При виконанні НДР “Оцінити ефективність календаря профілактичних щеплень з урахуванням рівня імунітету при застосуванні моно- та комбінованих вакцин, оптимізувати схеми проведення щеплень” відповідно до запланованих завдань отримано такі результати: встановлено, що одним з основних чинників, які регулюють рівень захворюваності на дитячі крапельні інфекції, виступає специфічна профілактика, для успішного проведення якої необхідно своєчасне застосування вакцинних препаратів та розробка науково-обґрунтованих раціональних схем їх уведення. За отриманими результатами основних завдань цієї роботи опубліковано 4 статті у фахових виданнях. Крім того, результати були використані при розробці нового Національного календаря профілактичних щеплень (Наказ МОЗ України від 03.02.06 р. за № 48). Унаслідок несвоєчасного фінансування не проведені серологічні дослідження та не надані пропозиції щодо оптимізації схем щеплень.

На базі Інституту мікробіології та імунології ім. І.І. Мечнікова АМНУ проводилася одна НДР — “Забезпечити підвищення ефективності щеплень населення шляхом використання технології ацилювання білкових та полісахаридних мікробних антигенів”. При виконанні цієї НДР та відповідно до запланованих завдань отримано такі результати: підібрано оптимальний метод культивування Р., показано, що додавання до культурального середовища активаторів цАМФ у 120 разів збільшує швидкість росту мікроорганізмів як на твердих, так і на рідких середовищах. Показано, що нагрівання суспензії мікроорганізмів при 80°C протягом 20 хвилин є оптимальним для повної інактивації РА без значного лізису клітин. Показано, що Біуретова реакція з урахуванням мутності (встановлення в кювету порівняння як контролю тієї ж, але незабарвленої суспензії) дозволяє достатньо точно ($\pm 10\%$) встановити концентрацію поверхневих антигенів. Як контроль використовували метод Юельдаля за білковим азотом та коефіцієнт перерахунку загального білка на поверхневий (12%). Отримані результати дозволяють швидко наростити біологічний матеріал, інактивувати його без значної денатурації структури та встановити концентрацію поверхневих білків для наступного етапу — хімічної модифікації структури. Серед отриманих варіантів ацильованих антигенів вибрано ацильований на 35 від маси білка розчинний антиген, який при пероральному застосуванні на 15 добу викликав індукцію синтезу специфічних антитіл у титрі 1:1280, а при ін'єкційному застосуванні — 1:5120. За результатами виконання НДР створено 16 похідних, у т. ч. 8 — корпускулярних, опубліковано 2 статті.

Стан захворюваності та надання медичної допомоги хворим на гемофілії та хворобу Віллебранда в Україні

Гемофілія, як найчастотніша і найважча форма спадкових коагулопатій, не тільки належить до складних медичних проблем, але й має важливий соціальний аспект. Ця хвороба приводить до ранньої втрати працездатності та інвалідизації більшості хворих, переважно ще в дитячому віці. Хворі на гемофілію потребують значних матеріальних затрат на постійну замісну трансфузійну терапію препаратами плазми крові при повторних кровотечах, а також створення особливих умов навчання і роботи. Ураження опорно-рухового апарату є показаннями до оперативного лікування та повноцінної реабілітації, а в разі інвалідизації хворі потребують стороннього догляду.

У 2003 році Світова Федерація Гемофілії відсвяткувала 40-річний ювілей. За час її існування розроблена програма допомоги, що охоплює як лікувальний процес, так і забезпечення якісного життя 350 тис. хворих у всьому світі. За рекомендаціями Global Alliance Progress, представленими на XXVI Міжнародному Конгресі Світової Федерації Гемофілії, який відбувся у 2004 р. в Таїланді, затверджений проект державної

програми розвитку лікування гемофілії в окремій країні, який включає 5 основних напрямків:

1. Створення державної програми допомоги хворим на гемофілію.
2. Розробка національних протоколів (стандартів) лікування хворих.
3. Висококваліфікована медична експертиза та діагностика різних форм із забезпеченням достатньої замісної терапії та адекватного лікування.

4. Забезпечення хворих високоякісними препаратами концентрованих факторів згортання крові, які гарантують вірусну безпеку.

5. Організація Національної Асоціації хворих на гемофілію з подальшим вступом у Світову організацію хворих на гемофілію з метою покращання методів лікування та діагностики, проведенням просвітницької роботи серед пацієнтів та їх родин та забезпечення якості життя в суспільстві.

В Україні станом на 01.01.2007 р. на диспансерному обліку перебуває 2456 хворих на гемофілії та хворобу Віллебранда, з них 664 (27%) дітей. Серед них (табл. 5.1):

Ці гемофілія А (дефіцит VIII фактора) — у 1264 дорослих і 464 дітей;

Ці гемофілія В (дефіцит IX фактора) — у 190 дорослих і 81 дитини;

Ці гемофілія С (дефіцит XI фактора) — у 71 дорослого і 12 дітей;

Ці хвороба Віллебранда — у 233 дорослих і 104 дітей.

Залежно від рівня дефіцитного фактора згортання крові розрізняють: гемофілія А (вміст дефіцитного фактора VIII): важка форма — <2%; середньої важкості — 2,1–5%; легка форма — 5%. Гемофілія В (вміст дефіцитного фактора IX): важка форма — <3%; середньої важкості — 3,1–5%; легка форма — 5%.

Однак слід зазначити, що визначення рівня факторів згортання VIII і IX, який свідчить про важкість хвороби, проводиться лише в спеціалізованих коагулологічних лабораторіях Інституту гематології та трансфузіології АМН України (м. Київ) та Інституту патології крові та трансфузійної медицини (м. Львів).

Знання рівня дефіцитного фактора необхідне для призначення адекватних доз при лікуванні геморагічних проявів препаратами плазми крові: очищеним фактором VIII, IX, кріопреципітатом або свіжозамороженою плазмою (СЗП), у середньому з розрахунку 20–30 мг/кг ваги. На жаль, у практичній діяльності лікарі визначають ступінь важкості захворювання за частотою звертань хворих на спадкові коагулопатії з приводу кровотечі чи крововиливу.

Унаслідок розвитку клінічних ускладнень (повторні кровотечі у внутрішні органи і тканини, крововиливи у суглоби, гемофілічні артропатії, псевдопухлини тощо) хворі на спадкові коагулопатії — це важкі

**Кількість хворих (дорослих і дітей) на гемофілії хворобу Віллебранда
у регіонах України станом на 01.01.2007 р.**

№	Область	Гем. "А"		Гем. "В"		Гем. "С"		Хвороба Віллебранда		Невиз. ф-ма		Всього
		дор.	діти	дор.	діти	дор.	діти	дор.	діти	дор.	діти	
1	Вінницька	57	18	6		2		19	7		1	100
2	Волинська	20	9	10	1			1				41
3	Дніпропетровська	81	14	19	7	4		19	4		3	151
4	Донецька	82	33	17	5	10	6	6	2			161
5	Житомирська	36	8	8	5	12		1	3			-7-3,
6	Закарпатська	34	21					1	2		1	59
7	Запорізька	35	26	6	2				2		1	72
8	Ів.-Франківська	30	17	4	4	4		7	2			68
9	Київська	36	19	14	2	1		6				81
10	Кіровоградська	33	18	2	4	3		4				64
11	АР Крим	67	16	5	2	5		17	11			123
12	Луганська	60	20	11		7		14	4			119
13	Львівська	60	26	15	6	1	3	13	6			130
14	Миколаївська	36	14	1	5	5		6				65
15	Одеська	44	29		2	2		5	2	1		85
16	Полтавська	37	12	4	1	1		1	2	1	1	60
17	Рівненська	50	16	5	4			4	7			86
18	Сумська	34	12	1		1		2	5		2	57
19	Тернопільська	28	13	4	4			11			4	67
20	Харківська	49	20	13	7	1		3	2			95
21	Херсонська	46	15	4	3	2			2	3		75
22	Хмельницька	63	16	10	5	4	1	2		1		105

хворі, які інвалідизуються практично з дитинства. Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 року №Е454/471/516 “Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років” усім дітям з діагнозом гемофілія, хвороба Віллебранда призначається група — інвалід дитинства. Інвалідність дорослих хворих на спадкові коагулопатії подана в таблиці 5.2.

Основним фактором, що визначає якість життя хворих на гемофілію, можливість успішної зупинки кровотечі та профілактики важких уражень опорно-рухового апарату, є забезпечення повноцінної замісної терапії препаратами, які містять дефіцитні фактори згортання крові VIII, IX. Слід констатувати, що в Україні проблема забезпечення антигемофіліїними препаратами вимагає суттєвого та невідкладного вирішення.

Існує декілька аспектів забезпечення трансфузійної терапії хворих на гемофілію в Україні. Перший з них — хворі отримують переважно низькоочищені препарати — кріопреципітат та свіжозаморожену плазму, які до того ж не є вірусінактивованими. Такі препарати рекомендовані ВООЗ тільки у країнах, що розвиваються. Наслідком такого стану речей є висока інфікованість хворих на гемофілію (понад 80 %) гепатитами В, С, цитомегаловірусом тощо. У розвинених країнах використовують або очищені, вірусінактивовані концентрати факторів VIII, IX, або генноінженерні препарати цих факторів. В Україні вони зареєстровані зарубіжними фірмами, проте вживаються рідко через їх високу ціну.

Другий аспект проблеми — недостатня закупівля високоочищених імпортованих препаратів факторів згортання крові. Середній показник забезпечення в Україні у 2006 році складає 5610 МО на одного жителя, що суттєво відрізняється від мінімальних рекомендацій ВООЗ (30 000 МО). Для лікування і профілактики кровотеч та крововиливів при гемофілії та хворобі Віллебранда в Україні високоочищені вірусінактивовані препарати зарубіжного виробництва — концентрати факторів згортання крові VIII і IX використовуються рідше.

У 2006 році централізовано на основі тендера за кошти державного бюджету була проведена закупівля високоочищеного концентрованого фактора VIII, IX та рекомбінантного фактора УПа “Новосевен” на загальну суму 30 млн. грн., що становить 18,7% від потреби.

Препарат був використаний у стаціонарних умовах для надання невідкладної високоспеціалізованої та спеціалізованої медичної допомоги хворим у клініках Інституту гематології та трансфузіології АМН України (м. Київ) та Інституту патології крові та трансфузійної медицини АМН України (м. Львів), а також розподілений по областях відповідно до кількості хворих та заявок головних спеціалістів. Високоочищені рекомбінантні

Таблиця 5.2

Стан інвалідності серед дорослих, хворих на гемофілії та хворобу Віллебранда (по регіонах) станом на 01.01.2007 р.

№	Область	I гр.		II гр.		III гр.		Інв. дитинства		Всього
		дор.	діти	дор.	діти	дор.	діти	дор.	діти	
1	Вінницька	7	-	42	-	16	-	-	-	65
2	Волинська	2	-	9	-	1	-	-	-	12
5	Дніпропетровська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Донецька	14	-	58	-	19	-	-	-	91
5	Житомирська	2	-	12	2	2	1	-	-	19
6	Закарпатська	30	-	-	-	1	-	-	-	31
7	Запорізька	11	25	4	1	-	-	-	-	41
8	Ів.-Франківська	5	-	23	-	3	-	-	1	32
9	Київська	6	9	15	4	4	4	1	-	43
10	Кіровоградська	1	-	23	-	7	-	1	-	32
11	АР Крим	7	-	67	-	8	-	-	22	104
12	Луганська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	Львівська	1	1	14	-	8	-	-	-	24
14	Миколаївська	4	-	9	-	8	-	-	7	28
15	Одеська	2	-	21	-	1	-	-	-	24
16	Полтавська	8	1	16	-	11	-	7	13	56
17	Рівненська	-	-	10	-	13	-	7	26	56
18	Сумська	-	-	23	-	8	-	-	19	53
19	Тернопільська	2	-	29	-	4	-	-	18	53
20	Харківська	3	-	49	-	4	-	-	-	56
21	Херсонська	1	-	13	-	8	-	-	13	35
22	Хмельницька	3	-	30	-	16	-	-	-	49
23	Черкаська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	Чернівецька	3	-	11	-	12	-	-	21	47
25	Чернігівська	3	-	26	-	6	-	-	-	35
26	м. Київ	19	-	33	3	10	-	1	-	
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	м. Львів	5	-	15	-	7	1	1	17	46
Всього		142	36	552	10	177	6	18	157	1098

фактори згортання крові VIII і IX на сьогоднішній день недоступні для широкого застосування через їх високу ціну.

На сучасному рівні у світі існує 3 основних напрямки лікування: профілактичне лікування; лікування на дому; лікування за фактом кровотечі.

У розвинених країнах відсоток хворих на гемофілію з ураженням опорно-рухового апарату в останній час знизився (до 2,0 %) за рахунок широкого впровадження у практику профілактичного лікування з метою попередження розвитку ускладнень з боку опорно-рухового апарату.

Висока частота гемофілічних артропатій у хворих на гемофілію в Україні (до 80% при важких формах захворювання) зумовлена відсутністю перших із двох вказаних методів лікування та потребує більш широкого застосування радикальних хірургічно-ортопедичних методів лікування на суглобах. Оперативні втручання є високовартісними та вимагають використання значної кількості препаратів плазми крові та значних інших матеріальних витрат.

Спеціалізована медична допомога хворим на гемофілію надається в Інституті гематології та трансфузіології АМН України (м. Київ), Інституті патології крові та трансфузійної медицини АМН України (м. Львів). У 1989 році в цих інститутах були створені диспансерні науково-методичні та стаціонарні хірургічні відділення для хворих на гемофілію та інші коагулопатії. У цих відділеннях встановлюється тип та форма гемофілії, діагностуються інгібіторні форми, ведеться медичний облік, амбулаторне спостереження та диспансеризація хворих на гемофілію та інші коагулопатії, надається планова та ургентна хірургічна допомога в повному обсязі, проводяться реконструктивно-відновні операції з наступною реабілітацією цих хворих.

Перелік препаратів факторів з'єднання крові для лікування хворих на гемофілію на 2006 р.

№	Фармакологічна назва препарату	Форма випуску	Орієнтовна ціна 1 МО (грн.)	Кількість флаконів	Кількість МО до закупівлі	Сума (тис. грн.)
1.	Фактор згортання крові VIII	флакони, 500-600 МО±10 МО)	1,60	21000	10800000	17280,0
		Флакони, 250-300 МО±10 МО)	1,60	4800	1200000	1920,0
2.	Фактор згортання крові VIII за Віллебрандом	флакони, 500 МО±10 МО)	1,95	3200	1600000	3120,0
		флакони, 250 МО±10 МО)	1,95	820	205000	399,75
3.	Фактор згортання крові IX	флакони, 600 МО±10 МО)	2,00	2770	1662000	3324,0
		флакони, 200 МО±10 МО)	2,0	1003	200600	401,2
4.	Ептаког-альфа активований (рекомбінантний фактор III а)	флакони, 120тис МО (120 КМО)	1,04	200	24 000000	2 545,2
5.	Ангигібіторний коагуляційний комплекс	флакони 500 МС±10	5,05	400	200 000	1010,0
Всього:					39867600	30000,15

Розподіл препаратів концентратів факторів згортання крові, закуплених за кошти державного бюджету (30 000 000 грн.)

№	Найменування адміністративно-територіальних одиниць	Фактор згортання крові VIII	Фактор згортання крові IX	Реком-біантний фактор III a	Загальна сума (грн.)
		Флакони			
1	Автономна Республіка Крим	873	192	4	1123605
2	Вінницька область	590	144	4	792910
3	Волинська область	171	176	3	414285
4	Дніпропетровська область	926	288	3	1660930
5	Донецька область	749	384	4	1234345
6	Житомирська область	230	176	3	471220
7	Закарпатська область	325	-	3	351694
8	Запорізька область	301	144	3	501335
9	Івано-Франківська область	295	80	3	418745
10	Київська область	566	224	4	865750
11	Кіровоградська область	301	96	3	443735
12	Луганська область	655	128	4	836435
13	Львівська область	1540	512	54	2163950
14	Миколаївська область	443	32	3	503965
15	Одеська область	266	-	3	294760
16	Полтавська область	283	80	3	407165
17	Рівненська область	389	112	3	547855
18	Сумська область	325	32	3	390095
19	Тернопільська область	313	64	3	416915
20	Харківська область	543	48	4	632355
21	Херсонська область	395	80	4	527935
22	Хмельницька область	443	432	4	99665
23	Черкаська область	313	224	3	608915
24	Чернівецька область	195	48	3	983845
25	Чернігівська область	342	64	3	444900
26	Місто Київ	1463	1040	6	2735935
27	Місто Севастополь	148	-	3	180890
	Всього по регіонах	13383	4800	98	19918215
28	Інститут ГТ АМН України (м. Київ)	3822	1320	51	5919420
29	Інститут ПКТМ АМН України (м. Львів)	2548	880	51	4162010
	Всього	19753	7000	200	29999645

В областях України спеціалізована медична допомога хворим на гемофілію та інші коагулопатії організована у гематологічних відділеннях для дорослих та дітей обласних (міських) лікарень. Тут проводиться замісна трансфузійна терапія з приводу кровотеч та крововиливів. Слід

зазначити, що лікування гемофілічних уражень суглобів проводять лікарі-гематологи без участі хірургів, ортопедів, які мусили б мати навички роботи з цією категорією хворих. Знизити терміни перебування у стаціонарі та інвалідизацію можна за рахунок якнайшвидшого початку проведення трансфузійної терапії хворим на гемофілію після виникнення кровотечі. Для цього доцільно організувати у великих містах бригади невідкладної медичної допомоги, забезпечені антигемофілічними препаратами, та створити невідкладний запас препаратів плазми крові.

У випадку оперативних втручань (ургентних чи планових ортопедичних) потреба в препаратах плазми крові зростає в 10–20 разів. Лікування хворих на гемофілію А, В надзвичайно високовартісне. Вартість лікування одного хворого на гемофілію з важкою формою хвороби складає 60 тис. гривень на рік, з формою середньої важкості — 10–20 тис. гривень.

Лікування препаратами плазми, особливо низькоочищеними, які не проходять вірусінактивацію, збільшує ризик інфікування гемотрансмісивними вірусами гепатитів В, С, цитомегаловірусом. У 80% хворих на гемофілії діагностовано гепатити В, С, (за даними Інституту патології крові та трансфузійної медицини АМН України). Обстеження на наявність маркерів гепатитів НВУ, НСУ, НБУ у більшості проводяться лише в окремих областях.

Лікування гепатиту В, а особливо С залишається нерозв'язаною проблемою сучасної медицини і теж коштує надзвичайно дорого. Профілактичні щеплення проти гепатиту В дітей, хворих на гемофілію, проведено лише в окремих областях у незначній кількості хворих.

Для профілактики виникнення гемотрансмісивного гепатиту В хворі на гемофілію мають обов'язково пройти безкоштовне профілактичне щеплення. Поки що вони проведені у незначній кількості дітей.

Хворі на гемофілію належать до групи ризику щодо ВІЛ/СНІДу. Тому необхідне обов'язкове обстеження на ВІЛ-інфекцію не менше ніж двічі на рік всіх пацієнтів (за їх згодою), яким часто вводяться препарати плазми крові.

Нарешті важливою, проте невирішеною проблемою залишається медико-генетичне консультування сімей, в яких траплялися випадки гемофілії.

Важкість клінічного перебігу захворювання зумовлена не тільки низьким вмістом факторів згортання VIII і IX, фактора Віллебранда, а й наявністю інгібіторів до них. У цих випадках звичайні дози антигемофілічних препаратів вже недостатні для гемостатичного ефекту. Їх кількість необхідно збільшити у 2–3 рази, застосовувати високовартісну антиінгібіторну терапію та еферентні методи лікування (плазмаферез та його модифікації, гемоплазмосорбція).

Ускладненням трансфузійної терапії у хворих на гемофілії стає виникнення аутоімунних ускладнень, до яких належать гемофілічні артропатії з наявністю ревматоїдного фактора та антифосфоліпідний синдром.

В Інституті патології крові та трансфузійної медицини АМН України виявлено у 31,8% хворих на гемофілію ревматоїдний фактор, у 7% хворих — вовчаковий антикоагулянт. Останній діагностується за допомогою складних коагулологічних досліджень у спеціалізованих установах.

Згідно з останніми обстеженнями, проведеними у наукових підрозділах Інституту гематології та трансфузіології АМН України (м. Київ) кількість латентних та легких форм коагулопатій наближається до показників 1:10000 населення або понад 50 000 хворих в Україні. Це свідчить, що понад 0,1% населення України страждає на порушення системи гемостазу і потребує постійного та повноцінного обстеження, обліку та динамічного спостереження.

Організація з надання медичної допомоги в Україні не відповідає сучасним світовим стандартам. Доцільно запровадити профілактичне лікування у хворих на гемофілію (виокремивши пріоритетні групи — діти з важкими формами гемофілії), проводити лікування хворих удома, а на базі згаданих підрозділів в обох інститутах створити Центри гемофілії та інших коагулопатій і окреслити їх завдання, структуру, обов'язки та права, передбачити відповідне фінансування та матеріальне забезпечення. Окремо стоїть питання професійно-медичної реабілітації, а також санаторно-курортного лікування інвалідів.

Для підвищення ефективності надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим на гемофілії та хворобу Віллебранда, а також покращення якості життя даної категорії хворих необхідно:

- визнати гемофілію соціально значущим захворюванням;
- затвердити державну програму “Лікування хворих на гемофілію та інші коагулопатії”;
- видати наказ МОЗ України “Про заходи щодо удосконалення лікувально-профілактичної роботи з надання спеціалізованої допомоги хворим на гемофілію та інші коагулопатії”;
- збільшити закупівлю імпортованих вірусобезпечених антигемофіліїчних препаратів за кошти державного та місцевих бюджетів (з поступовим збільшенням до мінімально рекомендованого ВООЗ — 30 тис. МО на одного хворого);
- створити регіональні центри гемофілії;
- створити та впровадити національний реєстр хворих на гемофілію та спадкові коагулопатії;
- розробити та впровадити протокол лікування хворих на гемофілію;
- вирішити питання будівництва вітчизняного заводу з виробництва сучасних препаратів крові;

– сприяти участі державних органів та благодійних організацій (асоціація хворих на гемофілію тощо) у поліпшенні лікування і якості життя хворих на гемофілію.

Реалізація завдань «Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки» є актуальними, оскільки проблеми патогенезу, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІД та СНІД-індикаторних хвороб в Україні раніше не вивчались. За три роки дії програми виконувались 5 НДР, роботу яких можна вважати задовільною та рекомендувати продовжити у 2007 році з фінансуванням у зазначеному обсязі.

Виконані такі основні завдання наукової частини Програми:

– визначені біологічні властивості (реплікативна активність, тропність, здатність до синцитієутворення) ізолятів ВІЛ-1, що належать як до окремих, так і до рекомбінантних генотипів. Проведено аналіз взаємозв'язку між гено- та фенотиповими властивостями ізолятів ВІЛ та перебігом ВІЛ-інфекції у пацієнтів на різних стадіях епідемічного та інфекційного процесу та антиретровірусної терапії (у рамках завдання 29.4).

– вивчений характер мікробіоценозу уrogenітальних органів у жінок груп ризику та оцінка стану сексуального здоров'я у жінок груп ризику до ВІЛ-інфікування. Досліджується стан імунної системи у жінок фертильного віку, що виокремлені у групи ризику (у рамках завдання 29.7).

– встановлено частоту розповсюдження персистуючих та реплікативних форм ЦМВ і вірусу грипу у ВІЛ-інфікованих. Проводиться робота щодо вивчення впливу ЦМВ і вірусу грипу на процес активації персистуючого ВІЛ у чутливих культурах клітин (у рамках завдання 29.3).

– проведений пілотний іспит зовнішньої оцінки якості (ЗОЯ) у лабораторіях діагностики ВІЛ-інфекції України з використанням вітчизняних стандартних панелей сироваток. Оцінюється інформативність апробованої схеми ЗОЯ лабораторних досліджень на анти-ВІЛ, апробуються стандартні панелі сироваток з використанням ІФА тест-систем, що застосовуються в Україні для скринінгових досліджень на наявність антигін до ВІЛ (у рамках завдання 29.5).

– вивчено ефективність антиретровірусних препаратів з урахуванням клінічних даних, показників СК4+ та вірусного навантаження. Розробляються критерії ефективності антиретровірусної терапії з урахуванням клінічних даних, показників СД4+ та вірусного навантаження. Визначається резистентність ВІЛ до антиретровірусних препаратів (у рамках завдання 29.6).

Результати реалізації Програми за період із 2005 по 2006 р.

Створена комп'ютерна база даних популяції жінок фертильного віку — мешканок промислового та сільськогосподарського регіонів (у рамках завдання 29.7).

Підготовлено навчальні посібники:

– Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків (перероблене видання), затверджено наказом МОЗ України від 04.10.06. № 658. Автори-розробники: Вовк А.Д., Антонюк С.М.

– Розроблений проект клінічного протоколу “Надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання туберкульозом та ВІЛ-інфекцією”. Автори-розробники: Черненко С.О., Литвиненко Н.А., Антоняк С.М.

Програма розвитку донорства крові та її компонентів на 2002–2007 рр., затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 26.10.01 № 1403.

Метою впровадження заходів Програми є розвиток донорства крові та її компонентів, інфекційна безпека, запровадження сучасних технологій заготівлі та зберігання крові, її компонентів і виготовлення з них препаратів, задоволення потреби населення в якісних компонентах крові за мінімальною вартістю і з максимальною безпекою та ефективністю, для цього забезпечено надання донорам –військовослужбовцям, курсантам військових навчальних закладів, соціальних пільг та гарантій передбачених статтями 10 і 11 Закону України “Про донорство крові та її компонентів” (п. 1). Забезпечувалось виготовлення препаратів крові винятково із обстеженої в установленому порядку донорської крові (плазми) (п. 5), виконується обов’язкова шестимісячна карантинізація донорської плазми (п. 7).

Закуплено за рахунок державного бюджету тест-системи для тестування донорської крові на інфекції, що передаються з кров’ю, на суму 2 543,1 тисяч гривень для використання в регіонах (п. 7).

Забезпечена заготівля донорської крові у пластикатну тару на 30%. Закуплено й розподілено серед регіонів України 56 000 контейнерів для заготівлі крові на суму 1 169 860 грн. (п. 11).

Придбано й передано витратні матеріали для використання автоматичного плазмаферезу на суму 1 380 000 грн. (п. 11).

Кошти в сумі 5 083,1 тисяч гривень направлені Державним бюджетом на виконання заходів Програми у 2006 році, що склало 8% від запланованих.

Заходами Програми передбачалось збільшення обсягів і номенклатури заготівлі крові та виробництва препаратів з неї до норм, передбачених Всесвітньою організацією охорони здоров’я, задоволення потреби населення в компонентах крові у повному обсязі.

У зв’язку з незадовільним фінансуванням заходів, передбачених Програмою розвитку донорства крові та її компонентів на 2002–2007 роки, у закладах служби крові України склалася критична ситуація із забезпеченням лікувально-профілактичних закладів донорською кров’ю,

її компонентами, запасами препаратів крові для лікування хворих і ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій, гарантуванням безпеки донорської крові та її компонентів.

Міністерство охорони здоров'я продовжує виконання заходів, передбачених Програмою розвитку донорства крові та її компонентів на 2002–2007 рр., затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 26.10.01 № 1403.

Для виконання заходів Програми з метою забезпечення потреби лікувально-профілактичних закладів у безпечних та якісних компонентах і препаратах крові відповідно до нормативів ВООЗ, необхідно вирішити питання додаткового фінансування з урахуванням уже передбачених коштів на виконання запланованих заходів.

Реалізація завдань “Національної програми розвитку донорства крові та її компонентів на 2002–2007 роки” показала, що в Україні на сьогодні функціонує 62 станції та центри крові, 511 відділень трансфузіології лікувальних закладів, 68 лікарень, що проводять заготівлю крові. Стан закладів служби крові в сучасних соціально-економічних умовах характеризується: спадом кількості донорів крові та плазми (на 46,4%), низьким рівнем заготівлі донорської крові (8,5 мл на 1 мешканця при нормативі ВООЗ — 12–15 мл); високим показником утилізації крові (до 5,0%), пов'язаним насамперед із її інфікуванням у зв'язку з поширеністю носіїв бактеріальних і вірусних агентів серед осіб, які мають бажання здати кров чи плазму; щорічною утилізацією еритроцитної маси понад 21,0%; низьким об'ємом заготовленої плазми методом плазмаферезу (17,0%); зменшенням виробництва препаратів плазми крові від 2,0 до 3,5 разів. Матеріально-технічне та технологічне оснащення закладів служби крові не відповідають вимогам GMP. Тому служба крові України потребує реорганізації та напрацювання концепції подальшого розвитку. Для цього необхідно вирішити такі завдання:

- підвищити інфекційну безпеку донорської крові і її компонентів;
- створити центри заготівлі плазми та підприємство з її переробки;
- організувати на державній та приватній основі банки довгострокового зберігання клітин донорської крові, аутокрові, аутоплазми, нефракціонованої та фракціонованої пуповинної крові, гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та кісткового мозку.

З метою покращання якості заготовки крові розроблено прилади:

ІГТ АМНУ (Тимченко А.С.) Пристрій для знезаражування плазми крові донорів (Декл. патент UA №7835, МКП 7 С 02 F 1/32. Пристрій для знезаражування рідини: Декл. патент UA №7835, МКП 7 С 02 F 1/32 Тимченко А.С., Бондар В.В., Сергута С.Ю. (Україна); Інститут гематології та трансфузіології АМН України. — № 20041109664; Заявл. 24.11.2004; Опубл. 15.07.2005, Бюл. № 7. — 3 с.

виконання “Програми профілактики лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки”

Для координації виконання “Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки” 23 січня 2006 року на базі Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика відбулася семінар-нарада з питань науково-організаційного та методичного забезпечення виконання “Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 рр.”. З метою обговорення нагальних проблем та шляхів реформування стоматологічної галузі 6 жовтня 2006 року у м. Судак АР Крим відбулася повторна семінар-нарада з питань науково-організаційного та методичного забезпечення виконання “Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки”.

Мета програми — зниження стоматологічної захворюваності населення, покращання показників загального здоров'я, підвищення доступності та якості надання стоматологічної допомоги.

На виконання заходів “Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки” виїзними бригадами стоматологів та у стаціонарних кабінетах при стоматологічних відділеннях ЦРЛ, дитячих стоматологічних відділеннях міських стоматологічних поліклінік здійснюється профілактичний огляд та санація порожнини рота у дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (до п. 3).

Розроблені індивідуальні програми щодо індивідуальної профілактики.

У школах та дитячих дошкільних закладах функціонують кімнати та куточки гігієни, де проводяться заходи, спрямовані на профілактику стоматологічних захворювань. У школах функціонують стаціонарні стоматологічні кабінети, в яких проводиться планова санація школярів.

Стоматологічними закладами для додержання належного гігієнічного стану порожнини рота придбані засоби для місцевого фторування (фторвмісні лаки, розчини, фторвмісні герметики).

Для вихованців шкіл-інтернатів та дітей, які проживають у зоні радіаційного забруднення, проводиться С-вітамінізація.

З метою обґрунтування впровадження методів профілактики стоматологічних захворювань проводиться паспортизація районів областей та санітарно-освітня робота серед населення щодо актуальності та необхідності використання з профілактичною метою фторованих продуктів. Торгова мережа в достатній кількості забезпечена зубною пастою, яка містить фтор (до п. 4).

Проводиться робота із створення реєстру стоматологічної захворюваності. Проведено аналіз поширеності та захворюваності твердих тканин зубів, тканин пародонту й ортодонтичної патології в дітей. На підставі реєстрів унесені корективи в систему оздоровлення дитячого

населення. У зв'язку з недостатнім фінансуванням розробки комп'ютерних програм упровадження комп'ютерних програм повністю не забезпечено (до п. 6).

У стоматологічних лікувально-профілактичних закладах створені спеціалізовані кабінети професійної гігієни порожнини рота для первинної профілактики стоматологічних захворювань, де надається допомога лікарями-стоматологами-терапевтами та дитячими стоматологами (до п. 7).

В областях проводиться санітарно-просвітницька робота з питань профілактики стоматологічних захворювань. У засобах масової інформації публікуються статті, в яких висвітлюється інформація щодо первинної профілактики та гігієни порожнини рота. На телебаченні за участю лікарів-стоматологів створено телепередачі, темою яких стала профілактика стоматологічних захворювань (до п. 8).

З метою профілактики стоматологічних захворювань серед дітей у школах проводяться уроки здоров'я. Крім того, проводяться індивідуальні навчання серед вагітних жінок, молодих матерів, а також пацієнтів, які звернулися за допомогою до лікаря-стоматолога з питань коригувального раціонального харчування та вітамінопрофілактики. Завідувачі дитячими відділеннями стоматологічних поліклінік розробляють і впроваджують навчальну програму індивідуальної профілактики стоматологічних захворювань (до п. 9).

У 2006 році на централізоване забезпечення обладнанням кошти не виділялись. У деяких областях забезпечується поетапне переоснащення стоматологічних поліклінік, відділень та кабінетів, насамперед дитячих, за рахунок місцевих бюджетів (до п. 10).

Об'єм профілактичних заходів та проведення дворазової щорічної стоматологічної санації виконується в межах місцевого фінансування.

У більшості стоматологічних установ забезпечується надання стоматологічної допомоги як амбулаторної, так і стаціонарної. Безкоштовне зубне протезування надається категоріям населення, які мають на це право відповідно до чинного законодавства (до п. 11).

Для надання стоматологічної допомоги сільському населенню, зокрема дітям шкіл-інтернатів, діють пересувні стоматологічні амбулаторії. Розроблені плани-графіки санації учнів на 2006–2007 роки. У районних центрах областей невідкладна стоматологічна допомога надається згідно із графіком лікаря-стоматолога з невідкладної допомоги. Стаціонарна допомога надається в щелепно-лицевих відділеннях (до п. 17).

Фахівці-стоматологи областей беруть участь у міжобласних семінарах, конференціях, де проводиться обмін досвідом роботи зі спеціалістами областей з питань організації масової профілактики стоматологічних захворювань. Головні позаштатні спеціалісти областей зі спеціальності "стоматологія" беруть участь у конференціях, симпозіумах на всіх рівнях.

Провідні фахівці стоматологічної галузі брали участь у позачерговому з'їзді стоматологів України (до п. 27, п. 28).

Для фінансування наукової частини “Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки” було призначено кошти в сумі 531,9 тис. грн. В Інституті стоматології АМН України розроблено лабораторну технологію отримання поліфенолів ПФ2, модель травматичного пошкодження м'яких тканин пародонту, спосіб корекції психоемоційного стану в комплексному лікуванні травматичного пошкодження щелепно-лицевої ділянки, встановлено типи психоемоційних порушень при тяжких щелепно-лицевих травмах, отримано дані про прискорення видужання під впливом рослинного препарату фітосед. Опубліковано 4 статті, 3 тези, матеріали представлені на з'їзді та конференціях. Розроблено нові лікувально-профілактичні засоби із вмістом пребіотиків і пробіотиків та підготовлено методичні рекомендації з визначення ступеня дисбактеріозу ротової порожнини, проведені токсико-гігієнічні дослідження тканин порожнини рота в експериментальних тканин з цукровим діабетом. Розроблено 3 нові пасти для полірування зубів у дорослих та 1 — у дітей, в основу якої покладено нову технологію виготовлення зубних паст для професійної гігієни порожнини рота. В експерименті проведено дослідження абразивних властивостей та вивчено карієспрофілактичні властивості нових паст.

Обмеженість фінансування не дала змогу повністю виконати пункти, передбачені Програмою профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки.

Для фінансування “Програми профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки” (надалі Програма) визначено та затверджено Проблемною комісією МОЗ та АМН України наукові напрямки, за якими у 2004 році було проведено конкурс НДР.

У 2006 році отримано такі результати:

- розроблено лікувально-профілактичний засіб “Лізомукоїд”—таблетована форма (подано заявку на корисну модель);
- отримано деклараційний патент за №13666 на гель для порожнини рота “Софліпін” та висновки МОЗ України на гель за №05.03.02-04/11776 від 17.03.06 р. та на ТУУ02012102-002.2005 “Гелі для порожнини рота” №05.03.02-07/11778 від 17.03.06 р.;
- спосіб оцінки дисбактеріозу (отримано деклараційний патент № 16048);
- спосіб корекції психоемоційного стану в комплексному лікуванні травматичного пошкодження щелепно-лицевої ділянки (отримано деклараційний патент № 15288);
- одна нова рецептура зубної пасти для очищення та полірування зубів у дітей (“Дентік”) та технологія її виготовлення (подано заявку на корисну модель);

- проведено експериментальні дослідження абразивних та карієс-профілактичних властивостей нових (розробки минулого року) зубних паст “Антипігмент”, “Антитартаро”, “Полідент”;
- розроблено 2 нові технології: отримання інуліну з цикорію та пребіотиків із соєвих бобів (подано 2 заявки на корисну модель);
- розроблено лабораторну технологію отримання поліфенолів (ПФ-2).

Опубліковано 12 статей у журналах та 4 тези, отримано 3 патенти, подано 3 заявки на корисну модель, підготовлено методичні рекомендації.

Результати робіт представлено на науково-практичних конференціях із міжнародною участю, проведених у відповідності з п. 27 Програми: “Одеса-дента 2006” (травень 2006), “Спадкові захворювання щелепно-лицевої ділянки та особливості їх лікування” (вересень 2006), симпозіумі “Рослинні поліфеноли та неспецифічна резистентність” (жовтень 2006).

Крім того, у звітному році в ІС АМНУ за річними планами інституту виконувалось ще 7 НДР, які відповідають потребам п. 25 Програми.

Відповідно до п. 26 Програми з метою створення колаборативного центру ВООЗ по східній Європі зі стоматології (Центр) на базі ІСАМНУ підготовлено документацію (проект форми заяви, який узгоджено з МОЗ та АМН України) та подано до ВООЗ. За участю експерта ВООЗ Пітер Пауль Еріксона проведено експертну оцінку робочого приміщення та калібровку спеціалістів, рекомендованих до робочого складу Центру. На даний час проводиться експертиза матеріалів. У 2006 році Донецьким, Запорізьким, Одеським, Львівським центрами трансплантації та Інститутом хірургії та трансплантології АМН України виконано 126 трансплантацій органів, з них: Донецький центр трансплантації — 25 нирок; Запорізький центр трансплантації — 40 нирок; Львівський центр трансплантації — 0; Одеський центр трансплантації — 8 нирок; Інститут хірургії та трансплантології — 38 нирок, 13 печінок, 1 серце та 1 підшлункова залоза з ниркою. На сьогодні в Україні 472 хворих із пересадженими органами отримують імуносупресивну терапію.

Оснащення сучасним обладнанням центрів трансплантації недостатнє. Аналіз виконання Державних програм із найбільш актуальних проблем здоров'я народу протягом останніх 10 років показує, що МОЗ України було розроблено та затверджено Президентом України, Верховною Радою та Кабінетом Міністрів усього 45 Програм із тих чи інших питань. У них тією чи іншою мірою відображались складові покращання здоров'я та продовження середньої тривалості якісного життя за напрямками: народження генетично здорового покоління та його виховання, профілактика та лікування хвороб системи кровообігу, медицина катастроф і невідкладних станів, збереження здоров'я сільського населення, лікування онкологічних захворювань, діабету, туберкульозу, патології і переливання крові, СНІД, розвитку стоматологічної служби,

Програма трансплантологічної служби України

Кількість трансплантацій нирки в центрах трансплантації за 2005–2006 рр.

	2005	2006
Інститут хірургії та трансплантології	21	38
Донецький центр трансплантації	9	25
Запорізький центр трансплантації	14	40
Одеський центр трансплантації	11	8
Львівський центр трансплантації		
Всього	55	111

Кількість діалізів у центрах трансплантації за 2005–2006 рр.

	2005	2006
Київський НДІ урології		
Інститут хірургії та трансплантології	6500	7000
Донецький центр трансплантації	7907	8537
Запорізький центр трансплантації	15767	17820
Одеський центр трансплантації	8872	8957
Всього	39 046	42 314

трансплантації, а також деякими іншими. Проте їх актуальність і обґрунтованість не завжди була системною та комплексною, досить часто у значній мірі спостерігалася суб'єктивною й ситуаційною, у багатьох випадках дублювалась і в цілому відображала розробку та прийняття Програми на виконання вже раніше затвердженого. Упровадження в основному покладалось на систему охорони здоров'я, від якої, по суті, залежить від 8 до 25% реальних можливостей. Відсутність управлінської вертикалі галузі ще більше ускладнює вживання загальнодержавних заходів, що виступають складовими безпеки й незалежності нації та перспектив її розвитку.

Таким чином, в Україні відсутня Концепція формування Державних програм та методологія їх розробки і технологія впровадження, оскільки ці та інші об'єктивні й суб'єктивні фактори створили негативні передумови, що перешкоджають покращанню стану здоров'я та продовженню середньої тривалості якісного життя громадян, на що перш за все і були спрямовані. Це фактично визначило політику Міністерства охорони здоров'я та Уряду України в цілому, а як наслідок і підтвердження — погіршення показників захворюваності та поширеності хвороб, зростання інвалідності і смертності громадян, незадовільна демографічна ситуація у державі та зменшення середньої тривалості життя. При цьому спостерігається лише зменшення негативних тенденцій, натомість відсутні досягнення в покращанні рівня здоров'я населення.

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ ФІНАНСУВАННЯ ДЕРЖАВНИХ ПРОГРАМ

Відповідно до статей 6, 8 Закону України “Про державні цільові програми” (від 18.03.2004 №1621-1X0 та пункту 3, 21, 22, 29, 44, 45 “Порядку розроблення та виконання державних цільових програм”, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 106), установи охорони здоров’я беруть участь у виконанні визначених завдань державних цільових програм.

Проведений аналіз їх стану фінансування дав такі результати:

У 2001 році виконувалось 10 державних цільових програм. Обсяги, виділені на фінансування 6 з них у 2001 році, були недостатні і становили всього 32,9 відсотків від запиту, але і вони, уже затверджені, не були одержані повністю (11,9% недофінансування до затверджених державним бюджетом і 67,1% відсотків відповідно до запиту).

У 2002 році виконувалось 16 державних цільових програм і стан фінансування ще більше погіршився, з них були забезпечені на 43,8% від запиту і не відповідало цілям та меті програм, заради яких вони розроблені, та негативно позначилось на їх виконанні.

У 2003 році первинна заявка на фінансування усіх програм становила 15789,0 тисяч гривень, а затверджені обсяги фінансування склали лише 4647,9 тисяч гривень. Через недостатнє фінансування було виокремлено для виконання лише 9 державних цільових програм.

У 2004 році, відповідно до листа Мінекономіки, замовлення було дано в межах граничних обсягів фінансування програм 2003 року. Виокремлено для виконання лише 7 із 19 програм. Затверджені обсяги асигнувань у сумі 5316,7 тисяч гривень практично профінансовано і порівняно з 2003 роком збільшено на 13,5%.

У 2005 році первинна заявка на фінансування становила 12596,0 тисяч гривень, а затверджені обсяги склали лише 7164,3 тисяч гривень. Недостатнє фінансування було призначено для виконання лише 10 із 22 програм.

У 2006 році первинна заявка на фінансування програм становила 9861,1 тисяч гривень, затверджені обсяги фінансування склали 8194,3 тисяч гривень. Обсяги фінансування були виділені для 9 із 16 програм.

Із таблиці 6.1 видно, що на виконання “Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНДу на 2001–2003 роки” взагалі не було виділено цільового фінансування на весь термін дії. Затверджена нова програма “Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки” — у 2004 році не фінансувалась. У 2005 році первинний запит становив 800,0 тис грн., а затверджені обсяги склали лише 200,0 тис грн., що унеможливило ефективне виконання завдань. Така ж ситуація із іншими, наприклад, програмою “Онкологія” (термін виконання якої — 2002–2006 роки), Міжгалузевою комплексною програмою “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки, які не фінансувалися у 2002 році, а на 2003–2006 рр. було виділено вкрай недостатні кошти; Національною програмою розвитку донорства крові та її компонентів, Програмою імунопрофілактики населення на 2002–2006 роки та іншими, які не фінансувались протягом 2002–2005 років.

Виконання державних цільових програм дає можливість покращити здоров’я населення України та розв’язати окремі проблеми в галузі охорони здоров’я. Для цього необхідно дотримуватися тих обсягів фінансування, що затверджені нормативними актами. Недофінансування завдань або відсутність рівномірного фінансування відповідно за роками виконання програм знецінює їх роль і не дає можливості досягти мети.

Досліджено, що ресурсне забезпечення виконання програм було вкрай недостатнім, оскільки 4% їх не фінансувались, 6% були обмежені на третину, 10% — майже на половину, 26% фінансовані частково і як наслідок — відповідна ефективність їх упровадження. Встановлено, що фінансування програм у своїй більшості здійснювалося з розрахунку на жителя регіону без вивчення особливостей території і населення, а також інших негативних факторів впливу стосовно проблеми здоров’я, а відповідно реальних можливостей ефективного впровадження.

Обсяг асигнувань на Національні програми у 1998–2006 роках

Найменування програми	Нормативний документ	1998		1999		2000		2001	
		План	Факт	План	Факт	План	Факт	План	Факт
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Програма і централізовані заходи з імунопрофілактики		-		-	-	-	-	-	-
2. Національна програма імунопрофілактики населення на 1993-2000 роки	Постанова КМУ від 21.04.93 №288	1050,0		2295,0	748,0	1995,0	1685,6	76409,2	46734,6
3. Централізовані заходи з трансплантації органів і тканин на 2002-2005 рр.									
4. Порядок створення єдиної державної системи контролю та обліку індивідуальних доз опромінення на 1999 рік - до Виконання									
5. Порядок створення єдиної державної системи контролю та обліку індивідуальних доз опромінення населення	Постанова КМУ від 16.03.99 №406	-	-	500,0	-	200,0	200,0	800	150
6. Програма і централізовані заходи по боротьбі з туберкульозом на 2002-2005 рр.									
7. Національна програма боротьби із захворюваннями на туберкульоз на 2002-2005 роки	Указ Президента України від 20.08.2001 № 643/2001								
8. Комплексні заходи боротьби з туберкульозом	Постанова КМУ від 23.04.99 №667	950,0	298,0	900,0	-	27500,0	27250,0	36000	30271,9

Таблиця 6.1

за рахунок коштів Державного бюджету України

2002		2003		2004		2005		2006	
План	Факт	План	Факт	План	Факт	План	Факт	План	Факт
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1837,2	1702,3	4515,9	3287,2	2811,2	2647,7	3506,8	3425,9	4146,8	3961,8
76409,7	58726,5	-	-	-	-	-	-	-	-
8056,6	6381,6	17029,4	15997,6	23551,2	21921,6	23106,5	23020,4	2336,6	2336,6
23,9	15,5	126,7	35,1	38,9	32,2	21,9	19,8	36,0	25,7
400,0									
57414,4	36083,7	53042,2	50828,1	45335,0	44325,2	60493,8	60138,1	74321,0	73035,0
100885,6	33484,6	59586,7	59586,7	58782,5	58758,2	54851,1			
								113340,8	111504,4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.Програма і централізовані заходи по боротьбі з туберкульозом на 2002-2005 рр.									
10 Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні на 1999-2003 роки	Указ Президента України від 04.02.99 №118/99					20,0	20,0	389	
11. Програма профілактики СНІДу та наркоманії на 1999-2003 роки	Постанова КМУ від 09.03.99 №341; Постанова КМУ від 11.07.01 №790	18000,0	3445,3	5575,0	3171,6	5470,0	5470,0	10100,0	6300,0
12. Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки	Постанова КМУ від 04.03.04 №264								
13. Програма "Здоров'я літніх людей"	Указ Президента від 10.12.97 №1347/97	300,0						1565,0	163,1
14.Програма "Здоров'я літніх людей".									
15.Програма розвитку донорства крові та її компонентів на 2002-2007 рр.									
16. Національна програма "Діти України"	Указ Президента від 18.01.96 №63/96, від 24.01.01 №42/2001	4500,0	1000,0	2000,0	1499,0	1600,0	1600,0		

Продовження табл. 6.1

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
57414,1	36083,7	53042,2	50828,1	45335,0	44325,2	60493,8	60138,1	74321,0	73035,0
389,0		390,0	390,0						
14054,8	9489,6	12764,5	12764,5	-	-	-	-		-
				16457,1	16456,9	32806,0		36244,3	36243,2
1565,0									
29971,5	27556,4	9653,9	8837,1	503,7	465,6	1025,7	1021,6		
8640,5	5651,2	9315,1	7550,9	8183,4	7861,5	7997,1	7739,5	17207,4	15702,8
15683,0	3600,0	15683	15683	30850	30628,4	41450,0		38050	38049,8

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Національна програма "Діти України" на 2001-2005 рр. (продовжено на 2006 рік)									
18. Комплексні заходи розвитку дитячої кардіологічної служби на 2000-2005 рр.									
19. Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні.									
20. Національна програма "Репродуктивне здоров'я" на 2001-2005 рр.									
21. Комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я	Постанова КМУ від 20.06.2000 №989							60,0	
22. Комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я на 2000-2005 рр. (продовжено)									
23. Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки									
24. Заходи щодо розвитку Державної служби медицини катастроф на 1998-2001 роки	Постанова КМУ від 09.12.97 №1379, Постанова КМУ від 15.02.2002 №174	1000,0	60,0	500,0	60,0	200,0	200,0	540,0	

Продовження табл. 6.1

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
51825,7	37337,5	41196	39151,6	35479	31877,7	25869,9	24545,0	24656,6	23794,0
7152,2	3176,7	1240,8	1018,1	11863,4	11460,1	1311,1	1170,0		
4902,9	2609,7	2436	925,9	8,4	6,3	2,8			
13423,2	10367,1	11550,7	9869,3	11127,6	9998,9	12898,1	12681,3	723,1	723,1
60,0		73,5	73,5						
7652,5	4795,0	8638,6	7972,4	8119,9	7142,9	17780,3	15813,6	40076,7	33955,1
1637,2	1501,5	9945,7	8985,5	7872,9	7369	9223,5	9240,0	11170,4	10619,5
		1166,2	1166,2						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Програма розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002-2005 роки									
26. Програма створення Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій на 2000-2002 роки	Постанова КМУ від 16.12.99 №2303							35,0	
27. Комплексна програма "Цукровий діабет"	Указ Президента України від 21.05.99 №543/99					5000,0	5000,0	67005,9	53206,0
28. Забезпечення медичних заходів комплексної програми "Цукровий діабет" на 1999-2007 рр.									
29. Централізовані заходи з лікування онкологічних хворих, Державна програма "Онкологія" на 2002-2006 рр.									
30. Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні на 1999-2010 рр.									
31. Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002-2005 рр.									
32. Державна комплексна програма соціально-медичного забезпечення ветеранів та інвалідів на період до 2005 року									

Продовження табл. 6.1

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
11397,0	3632,2	7997,3	5852,4	5772,7	4869,9	7253,3	6679,1	21	21,0
132000,0	105281,2	132000	132000	165940,7	165860	163000		175820	64,3
48485,2	38545,4	34484,1	28712,2	31699,8	30794,8	24630,1	23587,0	203384,7	199612,1
16932,1	13056,0	21931,2	19686,3	16252,9	15216,5	19425,5	18753,0	21005,8	20089,8
3555,7	2314,1	6799,5	5631,7	9077,5	7858,8	5776,8	5394,9	5064,8	4826,4
29529,8	22241,7	24436,2	19697,3	20195,7	19288,4	10742,5	9902,8	16542,7	14213,9
9591,5	9444,8	29726,5	29014,6	31883,4	31123,4	52792,6	53755,3	401,7	390,5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Національна програма "Планування сім'ї"									
34. Національна програма планування сім'ї	Постанова КМУ від 13.09.95 №736	1200,0	230,0	80,0	-	80,0	80,0	-	-
35. Комплексні заходи по запобіганню хвороб, що передаються статевим шляхом									
36. Довгострокова програма поліпшення становища жінок, охорони материнства і дитинства									
37. Довгострокова програма поліпшення становища жінок, сім'ї, охорони материнства і дитинства	Постанова КМУ від 28.07.92 №431	1000,0		500,0		300,0	100,0		
38. Комплексна програма профілактики злочинності на 2000-2005 роки			-		-			-	-
39. Комплексні заходи щодо заохочення народжуваності на 2002-2007 рр.									
40. Комплексні заходи з подолання епідемій туберкульозу та СНІДу									
41. Програма і централізовані заходи з профілактики та лікування СНІДу на 2001-2003 рр., 2004-2008 рр.									
42. Централізована закупівля кардіостимуляторів, ендопротезів, окремих виробів медичного призначення									

Продовження табл. 6.1

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
73,0	51,8	1037,9	1077,9	218,7	23,7	1,8	0,2		
2958,6	-	-	-	-	-	-		-	-
9428,6	6448,8	4408,6	3249,5	74,5	72,6	43,1	39,1		
3386,7	3300,5	6724,6	6124,6	6151,4	45,3	40,0	27,8	27,4	
232,1	217,4	355,4	312,8	59,8	32,0	67,7	62,0	-	-
1228,0	1147,8	5290,5	3033	2620,3	2364,6	2069,3	2125,5	3275,8	2483,6
		2,3	2,3	566,4	518,6	768,1	748,9	277,6	191,8
11780,1	8582,4	10345,8	7644,7	6253,6	5755,7	7977,2	7649	13486,8	12813,9
		300	105,3	1982,5	1831,4	1378,2	1352,2	2220,5	2146,2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43. Комплексна програма основних орган. та проектних заходів щодо профіля та попередження злочинності пов'язаної з незаконним обігом наркотичних засобів									
44. Комплексна цільова програма боротьби зі злочинністю на 1996-2000 роки	Указ Президента від 17.09.96 №837/96	700,0		500,0		300,0	300,0		
45. Програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр.									

46. Інші програми ("Кардіологія", "Гемодіаліз", "Поліпшення медичної допомоги хворим з термінальною хронічною нирковою недостатністю", "Центр. заходи по придбанню медикаментів на 2004–2006 рр.", Галузева програма "Первинна реанімація новонароджених" на 2002–2007 рр., "Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з наркоманією, незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прокурсорів" на 2003–2010 рр., "Державна програма профілактики йодної недостатності у населення області на 2002–2005 роки" (строк дії закінчився), Програма забезпечення харчування дітей, народжених від ВІЛ-інфкованих матерів, адаптованими молочними сумішами" на 2005–2006 роки).

2002 рік: план -11410,4, факт — 10715,3; 2003 рік: план — 8984,1, факт — 11061,7; 2004 рік: план — 22263,1, факт — 22231,3; 2005 рік: план — 30326,1, факт — 30246,5; 2006 рік: план — 52916,8; факт — 50120,7.

47. Централізована закупівля обладнання для закладів охорони здоров'я. 2006 рік: план — 120000,0, факт — 58661,3.

48. Програма сприяння організації медичної допомоги дітям, які постраждали внаслідок Чорнобильської та інших екологічних катастроф, що надається Республікою Куба, на 2001 рік; продовження виконання заходів. Постанова КМУ від 23.05.2001 №554, постанова від 28.12.2001 №1802. 2002 рік: план — 2500,0, факт — 2500,0.

49. Програма організації медичної допомоги дітям, які постраждали внаслідок Чорнобильської та інших екологічних катастроф, що надається

Продовження табл. 6.1

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		17,5	17,5	357,4	192,9	79,4	70,0	325,5	272,1
		-	-	-	-	-		-	-
		3784,8	3958,4	31619,8	31302,0	48978,9	47055,9	257900,5	268912,1

Республікою Куба, на 2003–2005 роки. Постанова КМУ від 24.02.2003 № 201.

2003 рік: план — 4000,0, факт — 4000,0; 2004 рік: план — 3384,0, факт — 3120,7; 2005 рік: план — 3384,0; 2006 рік: план — 3384,0, факт — 3332,7.

50. Комплексні заходи щодо заохочення народжуваності. Розпорядження КМУ від 01.07.2002 № 355-р.

2004 рік: план — 5300,0, факт — 5191,4; 2005 рік: план — 5300,0; 2006 рік: план — 5300,0, факт — 5300,0.

РОЗДІЛ 7

ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ РОЗРОБКИ ТА МОДЕЛІВ ПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВ- НИХ ЦІЛЬОВИХ ПРОГРАМ ІЗ НАЙБІЛЬШ АКТУАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВ'Я НАРОДУ

Зважаючи на незадовільний стан здоров'я населення України порівняно з іншими державами, що протягом останніх 10 років підтверджує зростання захворюваності на 10,6%, поширеності хвороб відповідно на 38,9%, смертності на 12,2%, а первинна інвалідність за 5 років збільшилась на 3,5%, зменшення середньої тривалості якісного життя громадян на 5 років порівняно із середньоєвропейським рівнем, а також у цілому кількості народу — можна констатувати загрозливу соціально-економічну та суспільно-політичну ситуацію у країні, проблематичність її безпеки, незалежності та майбутнього розвитку.

Враховуючи вимушене вкрай обмежене фінансування галузі охорони здоров'я протягом тривалого часу на тлі виразно недостатнього прожиткового рівня більшості населення, слід говорити про необхідність раціонального спрямування бюджетних коштів на мінімізацію найбільш актуальних проблем здоров'я, тобто розробки і впровадження Державних програм оптимального адресного впливу на покращання рівня здоров'я в цілому та забезпечення належної медичної допомоги хворим.

Вирішення окремих складових питань щодо стану здоров'я визначає політику Міністерства охорони здоров'я і держави в цілому, а також напрямок розробки та ефективного впровадження Державних програм. Ефективність досягатиметься у відповідності до сучасних наукових медичних технологій, оптимального забезпечення необхідними ресурсами і рівня належної допомоги на всій території.

Збереження і покращання здоров'я та продовження середньої тривалості життя в однаковій мірі (орієнтовно всі 4 складові по 25%) залежить також від народження і формування здорового покоління в безпечних екологічних умовах, мінімізації негативного впливу умов праці та со-

ціально-економічного рівня проживання громадян, тобто фізіологічного благополуччя людини та комплексної профілактики негативного впливу.

Отже, визначена внаслідок системного аналізу стану здоров'я актуальна проблема потребує розробки шляхів подолання всіх її негативних складових, врахування необхідних затрат і ресурсів та відпрацювання технологій реального комплексного впровадження, що буде основою Державної програми покращання здоров'я нації. Практичні результати сучасної політики у сфері охорони здоров'я такі: аналізуючи прийняті Державні програми за останні десятиріччя за своєю черговістю у вирішенні найбільш актуальних проблем здоров'я, доводиться звертати увагу на деяку непослідовність, що може свідчити про ситуаційно суб'єктивні умови їх розробок та затвердження. Не применшуючи потреби служби стоматологічної чи медицини катастроф, або окремого гематологічного чи неврологічного захворювання, слід визнати, що абсолютно незаперечними залишаються проблеми, які в цілому впливають на рівень здоров'я населення. Серед них, скажімо, проблема психічного здоров'я громадян. Незважаючи на світову актуальність, а також на негативну динаміку і складну ситуацію захворюваності та поширеності в Україні, на значну з цієї причини інвалідизацію, на доведене вираження хронічного стресу, до цього часу практично не розроблено і не прийнято конкретної цільової програми збереження і покращання психічного здоров'я нації. Більше того, ситуаційно політично був прийнятий Закон України "Про психіатричну допомогу", але відсутня законодавча база охорони психічного здоров'я та комплексна міжвідомча загальнодержавна програма покращання його рівня й мінімізації негативного впливу на стан громадського здоров'я в цілому. Не впроваджена системна психологічна допомога, що стала б суттєвим напрямком профілактики хвороб.

Стан психічного здоров'я населення є надзвичайно значущим в аспекті загального рівня здоров'я суспільства, разом з тим за останні роки спостерігається тенденція до його погіршення. Психогенії і фактори невротизації населення України фактично охоплюють усі прошарки популяції. Зміна структури захворюваності випереджає ріст психогенноневротичних і психосоматичних захворювань: за даними світових і вітчизняних досліджень, до 50–60% пацієнтів загально-соматичної мережі мають недиагностовані невротичні й депресивні розлади. Інвалідизація з приводу психічних захворювань серед усіх первинних причин посідає третє місце.

За даними Центру медичної статистики МОЗ, поширеність розладів психіки і поведінки складає 2470,0 на 100 тис. працездатного населення, що має значні наслідки медичного, соціального, економічного і морального характеру, які потребують суттєвих зусиль у галузі охорони здоров'я і суспільства в цілому для вирішення проблем цієї когорти людей.

За останні п'ять років у психотерапевтичній мережі України відбулася реконструкція в структурі надання психологічної допомоги населенню, оптимізації мережі, підготовки кадрів, науково-методичного забезпечення. Найбільш розгалуженою є мережа Дніпропетровської, Донецької і Харківської областей, республіки Крим і міста Києва, на частку яких із усіх 25 областей України припадає 91 кабінет психотерапії, або 41,7% від загальної чисельності.

Важливими проблемами охорони здоров'я є алкоголізм і наркозалежність. Тягар гострих і хронічних захворювань, які виникають унаслідок вживання алкоголю й наркотиків, підтверджено даними ВООЗ. У деяких країнах Європи протягом останніх двох десятиріч суттєво зросла смертність від цирозу печінки. Вірогідні наукові дані переконливо доводять наявність зв'язку між вживанням алкоголю й виникненням високого кров'яного тиску, навіть якщо алкоголь вживається помірними дозами. В Україні поширення пияцтва й алкоголізму також негативно впливає на стан здоров'я взагалі, а тим самим і на продуктивність виробничих сил та економіку держави. Обтяжує суспільство наявність в Україні майже 550 тис. осіб із хронічним алкоголізмом і 13,8 тис. осіб із гострими психосоматичними алкогольними розладами. Розповсюджується наркоманія й токсикоманія, насамперед серед підростаючого покоління.

У структурі смертності від травм та нещасних випадків, що посідають перше місце серед причин смерті працездатного населення України, самогубства за частотою на 100 тис. населення зрівнялося з рівнем смертності від автокатастроф, а в сільській місцевості вони трапляються на 25% частіше ніж у містах. У 2000 р. зафіксовано 300 випадків на 1 млн. жителів, що втричі більше від показника, який в усьому світі вважається ознакою соціальної кризи суспільства.

За оцінкою економістів США втрати, пов'язані з порушеннями психічного здоров'я, досягають 1000 доларів на 1 жителя в рік. В умовах соціально-економічної державної кризи у психологічному режимі людей формується морально-ідеологічний вакуум, що сприяє поширенню ірраціоналізму та містицизму й може привести до загрозливого зростання антисоціальних явищ та непередбачено катастрофічних для суспільства наслідків.

Погіршена екологічна ситуація внаслідок хронічної токсичної дії на організм, і передовсім на людський мозок — найбільш чутливий і вразливий людський орган, призводить до стійких порушень психічного стану. Про серйозність проблеми свідчить визнання Конгресом США необхідності проведення комплексних заходів за програмою “десятиріччя мозку”, основними напрямками яких є профілактика негативного впливу порушень центральної нервової системи на розвиток серцево-судинних, онкологічних, ендокринних, імунних, генетичних та інших розладів.

Таким чином, очевидність необхідності проведення радикальних державних заходів щодо впливу на зазначену ситуацію шляхом покращання організації й управління системою охорони психічного здоров'я населення також спонукає до пошуку найбільш оптимальної моделі вирішення проблеми.

Охорона й покращання здоров'я населення мають бути керованими на державному рівні. Необхідні відповідні програми, які б здійснювали профілактичні заходи зі зменшення негативного впливу соціально-психологічних і еко-біологічних факторів у суспільстві, як у побуті, так і у праці, на його громадян протягом усього життя, від здорового народження до максимально віддаленого моменту смерті. Ще одна проблема, яка стоїть на заваді продовженню середньої тривалості людського життя, — травматизм. Першочерговою спрямованістю такої постановки питання є істотне зниження смертності населення у працездатному віці, що лише за останніх 5 років зроста майже на 30%, а серед чоловіків більш ніж на 40%. Серед причин смерті істотними залишаються нещасні випадки, травми й отруєння — 210,4, з них у чоловіків — 349,7 (ріст — 38,1%).

Виробничий травматизм — суттєва загальнодержавна проблема, оскільки будь-яка травма, а особливо смертельна, тягне за собою величезні економічні збитки. Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України деякою мірою упорядкований облік економічних витрат на компенсацію за втрату працездатності від нещасних випадків і професійних захворювань, разових виплат при реєстрації нещасного випадку або встановленні діагнозу профзахворювання, відшкодування завданої здоров'ю шкоди, витрати на виробничо-медичного призначення та лікарські засоби, медичну та професійну реабілітацію. За даними вказаного Фонду, за 2002 рік було сплачено 1,6 млрд. грн., у 2003 р. — 2 млрд. грн., у 2004 — 2,35 млрд. грн.

Кількість травмованих на виробництві за останні 10 років дорівнює 601880 випадкам, з них 18401 — зі смертельним наслідком. Хоча й відбувається деяке зниження рівня травматизму, але поки що він залишається досить високим порівняно з іншими країнами: кожний 28-й загиблий на виробництві у світі — українець.

Міжнародна організація праці констатує, що приблизно 170 тисяч робітників сільського господарства щорічно гинуть унаслідок нещасних випадків на виробництві. Крім того, мільйони людей із загальної кількості (1,3 млрд.) зайнятих у сільському господарстві у світі отримують серйозні пошкодження або отруєння пестицидами та хімікатами.

Такі ж проблеми актуальні і для робітників сільського господарства України, вирішенню яких приділяється недостатньо уваги у зв'язку зі значними змінами форм власності на обладнання й засоби виробництва. Нині в агропромисловому комплексі зайнято близько 8 млн. осіб праце-

здатного віку, що складає приблизно 50% усього сільського населення; ці люди на 30% забезпечують добробут країни, але мають значні проблеми із соціальними, гігієнічними, медичними й виробничими умовами життя і праці.

Встановлено також, що за період із 1991 по 2004 р. зареєстровано 2653 випадків професійних захворювань. За цей час динаміка показників характеризується суттєвим зниженням кількості постраждалих від 495 в 1991 р. до 34 у 2003 р. Серед осіб, що працюють в умовах підвищеної шкідливості, майже половина зазнає негативного впливу шуму й вібрації, кожен третій страждає від пилу та хімічних речовин, кожний п'ятий працює у важких умовах. У структурі профпатології за галузями промисловості сільське господарство займає п'яте-шосте місце, а його питома вага сягає щорічно від 2 до 8% уперше виявлених випадків професійної патології.

Водночас необхідно зазначити, що на тлі несприятливих умов праці "зниження" кількості професійних захворювань пов'язано насамперед із погіршенням медичного обслуговування сільського населення, що призвело до погіршення якості періодичних оглядів, низького рівня виявлення професійної патології. Якщо порівняти кількість випадків профзахворювань у сільському господарстві України в останні роки, що значно знизилась, із кількістю випадків травматизму та травматизму зі смертельними наслідками, число яких зростає і які неможливо приховати, то можна побачити невідповідність, що свідчить про приховування та недовиявлення професійних захворювань в агропромисловому комплексі. В останні роки в сільському господарстві щорічно в 90% випадках діагноз ставиться, коли вже відбулася втрата працездатності, що свідчить про виявлення захворювання на пізніх стадіях, коли вже відбулись незворотні зміни в організмі, що також вказує на низьку якість періодичних медичних оглядів.

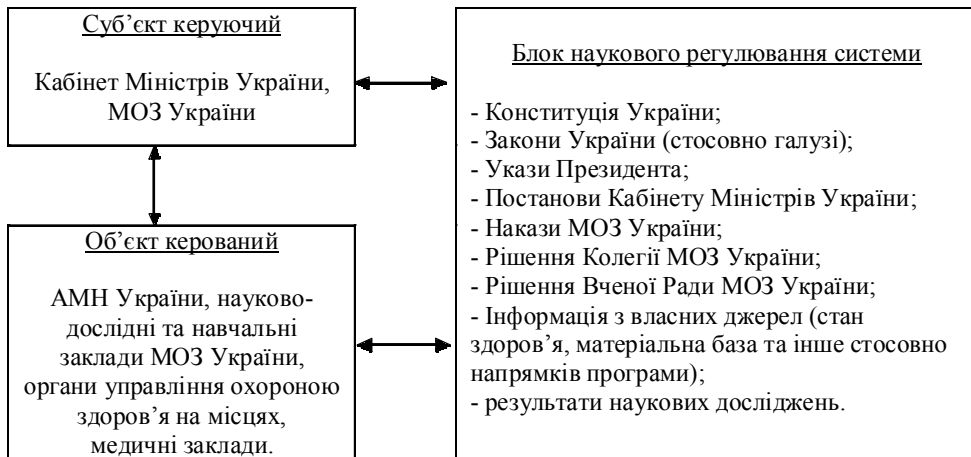
Це говорить про недостатню обґрунтованість розробки Програм, про необхідність відповідної підготовки законодавства у сфері охорони здоров'я народу, яке має передбачати комплексні заходи охорони здоров'я на десятиліття, оскільки за рік — два неможливо суттєво вплинути на процес покращання. Необхідно враховувати, що часта зміна будь-яких управлінських рішень не сприяє позитивній динаміці процесів, особливо якщо йдеться про людський організм як найбільш складний і залежний від багатьох факторів впливу, а тому зміна управлінців будь-якого рангу, зокрема й Міністрів, не має істотно впливати на розробку та впровадження Державних програм кожної зокрема й законодавчо визначеної Державної політики в цілому.

Отже, об'єктивна обґрунтована оцінка актуальності проблеми перовсім має бути вирішальною складовою розробки Програми на дер-

жавному рівні, а управлінське рішення щодо прийняття має відповідати Концепції підготовки й затвердження Державних програм із урахуванням усіх її обґрунтованих складових (рис. 7.1).

Розробка Державної програми на мінімізацію тієї чи іншої найбільш актуальної проблеми стану здоров'я населення має базуватися на основі комплексного аналізу динаміки тенденцій погіршення, усестороннього вивчення причин ситуації, дослідження негативних факторів впливу, регіональних особливостей та соціально-економічних наслідків (рис. 7.2).

Динамічний аналіз має носити порівняльний характер на регіональному та міждержавному рівнях, врахувати статеві й вікові відмінності, сільську та міську специфіку, а також темпи погіршення за відповідний час. Вивчення причин ситуації повинно бути епідеміологічним та патогенетичним щодо розвитку патології науково обґрунтованим дослідженням з метою розробки й реалізації чітко спрямованих профілактичних заходів у державі. Врахування негативних факторів впливу має бути комплексним. Необхідно зважати на природні умови (кліматичні та екологічні) в аспекті їх негативного впливу на людський організм: рівень забруднення повітря, води тощо. Регіональні та соціально-економічні особливості життя населення також відповідно впливають на формування рівня здоров'я на тій чи іншій території, оскільки наявні відмінності будуть істотно впливати на спосіб життя.



- Особливість суб'єкта керуючого: складна ієрархічна, динамічна соціальна система, спрямована на досягнення єдиної мети стосовно напрямку програм.
- Особливість об'єкта керованого: характеризується інтеграцією складових у напрямку досягнення мети.
- Блок наукового регулювання представлений як директивною, так і науковою інформацією, а також інформацією з власних джерел.

Рис. 7.1 Система управління впровадженням Державних цільових програм у галузі охорони здоров'я.

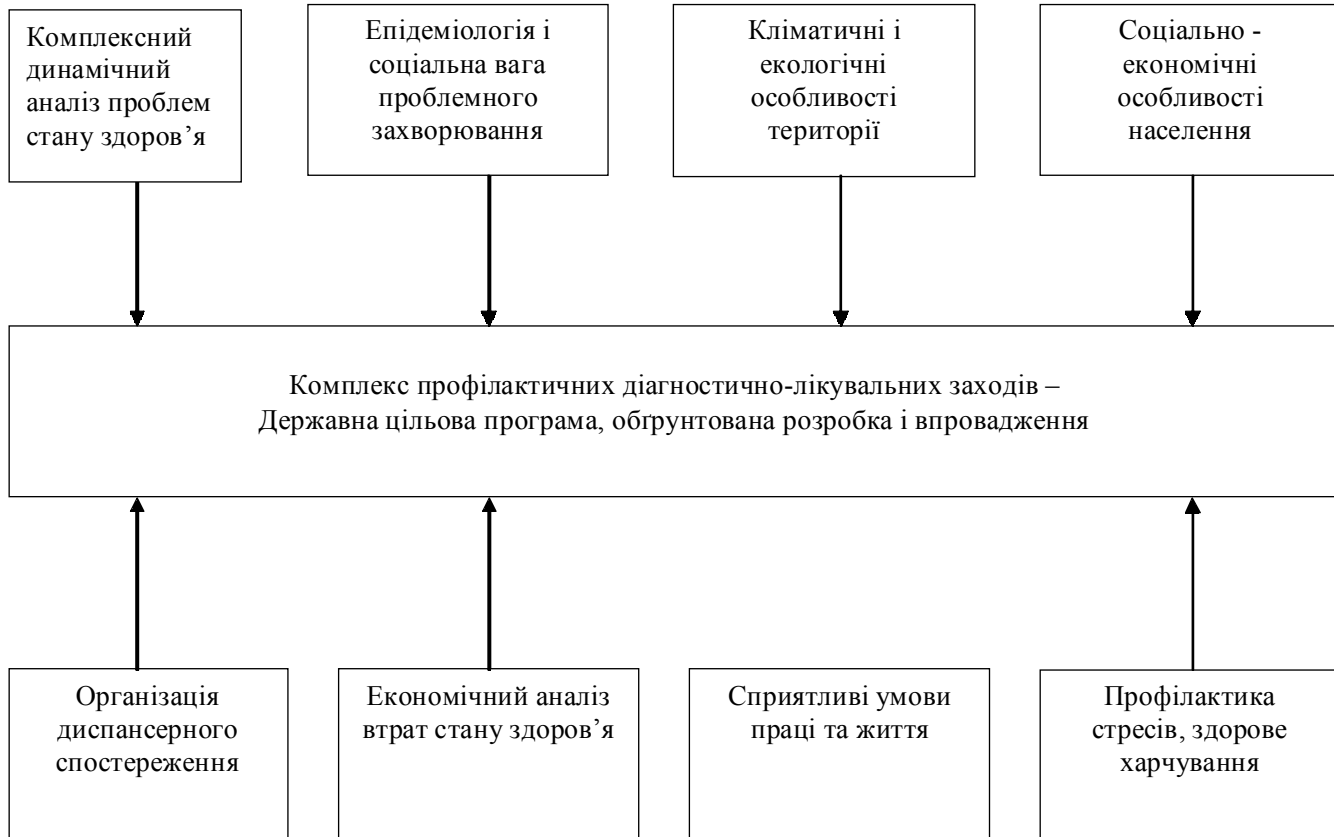


Рис. 7.2 Схема Концепції розробки і моделі впровадження Державних цільових програм

Таким чином, вказані складові повинні відобразитись у відповідних конкретних заходах цільової державної програми, які не можуть бути однаковими на всій території України. Їх вивчення та врахування буде основою Концепції розробки та обґрунтування загальнодержавної Програми в цілому, але на регіональному рівні адаптованої до його населення із тією чи іншою значною патологією ураження, а також наявними специфічними відмінностями.

Такий підхід забезпечить більшу оптимальність та ефективність заходів, стане психологічно сприйнятливішим і для населення в цілому, і для медичних працівників, що також є істотним для реального впровадження Програми.

Пропонована методологія апробована на прикладі невеликих за населенням і територією європейських країн, у кожній із яких упроваджуються власні Програми, які при подібній спрямованості мають відповідні відмінності. За кількістю населення і площею території Україна відповідає 5–10 іншим країнам Європи, а її природні та історичні особливості у окремих регіонах такі, як і в окремих державах. Отже, така методологія є науково обґрунтованою і застосовується у розробці і впровадженні Державних цільових програм в Україні на основі Європейського досвіду, який засвідчує кращий рівень здоров'я населення і більшу середню очікувану тривалість якісного життя громадян у країнах Європи (табл. 7.1, 7.2).

Ця методологія стала доказовою базою дослідження дієвості та ефективності Державних програм, оптимізації їх розробки на прикладі таких країн, як Данія, Норвегія, Голландія, Швеція і Фінляндія, — перша група вивчення; Польща, Чехія, Словачія, Болгарія та колишня Югославія — друга група дослідження; Іспанія, ФРН, Великобританія — третя група порівняльного аналізу з Україною; Російська Федерація і Білорусь — четверта група. Усього — 15 держав Європи.

Перша група за кількістю населення сукупно наближена до України. У кожній із країн зокрема розробляються і впроваджуються Державні програми покращання рівня здоров'я і продовження середньої тривалості якісного життя, показники яких істотно не відрізняються. Маючи однакову направленість, окремі відмінності та акценти, вони адаптовані відповідно до особливостей. Друга група подібна до України за часом розвитку. Показники здоров'я хоч і поступаються рівню першої, але все таки кращі ніж у нашого народу. Програми, розроблені Міністерствами охорони здоров'я цієї групи, враховують реальні особливості та можливості у вирішенні найбільш актуальних проблем здоров'я свого населення, досягаючи кращої дієвості.

Країни третьої групи за суспільним устроєм є регіонально-федеральними, тому їх загальнодержавні програми формуються із врахуванням відповідної специфіки. Показники здоров'я і тривалості життя

досить близькі до середньоевропейського рівня, але ресурси систем охорони здоров'я, в тому числі державних програм, до 10 разів вищі від наших можливостей (табл. 7.3, 7.4). Показники стану здоров'я і здорово охоронних заходів Росії та Білорусі майже аналогічні українським. Відсутність принципових відмінностей підтверджує необхідність орієнтації на організацію та управління системою охорони здоров'я у зазначених державах перших трьох груп, показники здоров'я і тривалості життя народів яких є кращими.

Таким чином, розробка і обґрунтування Державної програми покращання здоров'я українського народу має враховувати особливості населення східного західного, північного і південного регіонів, тобто показники їх здоров'я в залежності від умов проживання та праці, екологічного благополуччя, соціально-економічних відмінностей та інших зазначених факторів впливу.

Таблиця 7.1

Динаміка смертності в Україні та країнах Європи

Країна	Смертність (%0)						
	1975 р.	1980 р.	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.
Україна	10,00	11,40	12,13	12,19	15,46	15,39	16,6
Польща	8,69	9,84	10,25	10,19	10,01	9,52	9,56
Велика Британія	11,84	11,82	11,85	11,18	11,01	10,60	10,28
Німеччина	-	-	-	11,61	10,83	10,31	10,35
Франція	10,64	10,19	10,01	9,27	9,14	9,10	9,18
Фінляндія	9,31	9,31	9,86	10,04	9,66	9,58	9,50

Таблиця 7.2

Середня очікувана тривалість життя в Україні та інших країнах Європи

Країна	Тривалість життя (років)						
	1975 р.	1980 р.	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.
Україна	70,16	69,63	69,94	70,54	66,86	67,70	67,1
Польща	71,1	70,36	70,64	71,01	72,01	74,00	74,7
Велика Британія	72,62	73,59	74,65	75,95	76,86	77,50	78,4
Німеччина	-	-	-	75,54	76,84	78,20	78,7
Франція	73,48	74,91	75,99	77,62	78,71	79,30	79,4
Фінляндія	71,93	73,73	74,49	75,13	76,75	77,90	78,72

Така цільова Державна програма буде значно ефективнішою у впровадженні, дієвішою у досягненні результатів та оптимальнішою у розробці, а враховуючи епідеміологічні і патогенетичні особливості розвитку тієї чи іншої нозологічної форми хвороби, забезпечить можливість обґрунтування комплексних профілактичних і лікувальних

Таблиця 7.3

**Демографічні показники та рівень забезпечення лікарями (вибірково)
за даними ВООЗ на 1.01.2002 р.**

Країни	Чисельність населення (тис.)	Природний приріст, %	Відсоток населення, віком від 60 років		Відсоток населення працездатного віку	Тривалість життя (роки)				Кількість лікарів на 10 тис. насел.	Частка лікарів ПМСД (%)
			1991	2001		усе населення		чоловіки	жінки		
	2001.	1991–2001	1991	2001	1.01.2000	1991	2001	2001	2001	2001	2001
Велика Британія	59541	0,3	20,8	20,7	49,9	76,2	77,5	75,1	79,9	16,1	38,0
Італія	57502	0,1	21,5	24,3	41,0	77,2	79,3	76,2	82,2	55,8	18,0
Німеччина	82006	0,3	20,5	23,7	48,7	75,7	78,2	75,1	81,1	35,8	29,4
Франція	59452	0,4	19,3	20,5	45,0	77,8	79,3	75,6	82,9	32,8	48,5
США	285925	1,1	16,6	16,2	-	-	77,0	74,3	79,5	-	-
Японія	127334	0,3	18,0	23,8	-	-	81,4	77,9	84,7	-	-
Польща	38576	0,1	15,1	16,6	44,4	70,7	74,0	69,9	78,1	22,6	34,8
Росія	144663	- 0,3	16,2	18,5	47,7	69,0	65,2	58,9	72,3	42,0	5,5
Білорусь	10146	- 0,1	16,8	18,8	47,2	70,7	68,5	62,9	74,2	45,8	12,9
Україна	49111	- 0,6	18,6	20,7	45,8	69,7	67,7	62,2	73,3	30,0	7,5

Таблиця 7.4

**Фінансово-економічні показники в охороні здоров'я (ОЗ)
за даними ВООЗ на 01.01.2001 р.**

Країни	Загальні витрати на ОЗ у \$ США на душу населення		Бюджетні витрати на ОЗ в \$ США на душу населення		Загальні витрати на ОЗ, % від ВВП		Частка державних витрат на ОЗ, у % від бюджетних		Частка державних витрат на ОЗ, у % від загальних		Частка власних витрат на медичну допомогу, %		Частка витрат соціальної допомоги від бюджетних	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Велика Британія	1357	1747	1138	1415	7,0	7,3	13,1	14,9	83,9	81,0	16,1	19	11,3	11,2
Італія	1415	1498	1022	1103	7,4	8,1	10,0	12,7	72,2	73,7	27,8	26,3	0,4	0,1
Німеччина	3194	2422	2449	1819	10,6	10,6	14,5	17,3	76,7	75,1	23,3	24,9	86,3	91,7
Франція	2566	2057	1954	1563	9,6	9,5	13,2	13,5	76,1	76,0	23,9	24,0	96,9	96,8
США	3621	4499	1639	1992	13,3	13,0	16,8	16,7	45,3	44,3	54,7	55,7	32,1	33,7
Японія	2950	2908	2308	2230	7,0	7,8	15,1	15,4	78,2	76,7	21,8	23,3	84,7	89,1
Польща	198	246	144	177	6,0	6,0	9,1	10,2	72,9	69,7	27,1	30,3	0	0
Росія	126	92	103	66	5,5	5,3	11,7	14,5	81,5	72,5	18,5	27,5	28,1	24,5
Білорусь	58	57	49	47	5,7	5,7	10,9	13,1	84,8	82,8	15,2	17,2	0	0
Україна	42	26	35	18	5,8	4,1	11,4	7,6	84,0	70,1	16,0	29,9	0	0

заходів на істотне покращення медичної допомоги в цілому та відповідно на мінімізацію проблем здоров'я, а також на продовження середньої тривалості життя. Одночасно основою впровадження Державних програм є ресурсна база, тобто фінансування заходів обґрунтованих при розробці та необхідних для їх практичного виконання задля реалізації мети — покращання здоров'я в цілому й мінімізації негативного впливу на стан його тієї чи іншої проблеми. З метою дослідження проблеми розробки і впровадження Державних програм із найбільш актуальних питань здоров'я народу в Україні, проведено соціологічне вивчення відповідно підготовлених та поширених серед керівників управлінь, обласних і республіканських закладів, а також головних фахівців анкеті. Абсолютно всі вони підтримують розробку і впровадження Державних програм як один із основних напрямків подальшого розвитку системи охорони здоров'я в цілому та регіональних зокрема. Але стосовно методології і технології підготовки та реалізації вирізняються особливості, які можна об'єднати за регіонами України — західний, південний, промисловий східний і північний, а в окремих питаннях спостерігається своє бачення також в областях, що мають відмінності від сусідніх. Це говорить про необхідність врахування їх специфіки для забезпечення ефективності дій.

Анкета дослідження покращення рівня здоров'я шляхом розробки і впровадження Державних цільових програм

1. Чи підтримуєте розробку і впровадження Державних цільових програм як один із основних напрямків подальшого розвитку системи?

Так _____ ні _____ необхідна інша форма _____

2. Які найбільш актуальні проблеми здоров'я населення Вашого регіону, що потребують Державної підтримки у мінімізації негативного впливу?

соціально-економічні _____, екологічні _____, медико-профілактичні _____

3. Які найбільш негативні чинники недостатнього виконання розроблених і прийнятих Державних цільових програм?

законодавча база _____, фінансування _____, комплексна взаємодія _____

4. Яка оцінка ефективності виконання раніше прийнятих Державних програм у Вашому регіоні?

позитивна _____, негативна _____, відсоток ефективності _____

5. Чи враховані специфічні особливості Вашого регіону у розробці раніше прийнятих Державних програм України?

Так _____ ні _____ % врахування _____

6. Чи прийняті місцевими органами влади регіональні конкретні програми на виконання Державних програм?

Так _____ ні _____ % прийнятих _____

7. Чи достатньо інформовано населення стосовно впровадження Державних програм збереження і покращання здоров'я?

Так _____ ні _____ % інформованості _____

8. Чи достатня доступність належної санітарно-освітньої роботи у засобах масової інформації, зокрема на телебаченні?

Так _____ ні _____ % доступності _____

9. Які першочергові завдання потребують вирішення шляхом розробки і впровадження цільової Державної програми?

10. Які Ваші інші пропозиції на покращання стану здоров'я і продовження середньої тривалості життя населення регіону?

На запитання про найактуальніші причини проблем здоров'я регіону, що потребують Державної підтримки для мінімізації негативного впливу на його стан у західному регіоні вважають, що соціально-економічні становлять 57,6%, екологічні — 14,8% і медико-профілактичні — 27,6%. У промисловому східному відповідно 39,2%, 37,9% та 27,9%, тобто частіше турбують екологічні проблеми, а у Запорізькій і Дніпропетровській областях вони ще більш актуальні (від 50 до 75%) в той час як соціально-економічні лише від 10 до 20%. Істотно відрізняються у своїх баченнях північний і південний регіони (50,29 і 21 відсотки та відповідно 35,15 і 50), хоча Миколаївську область екологічні проблеми хвилюють більше — 45% майже нарівні із Чернівецькою (40%). Центральний регіон оцінює причини незадовільного стану здоров'я так: 53,7% як соціально-економічні, 21,2% — екологічні і 25,1% — медичні, хоча у Кіровоградській області екологічні більш важливі (30%).

У питанні про найбільш негативні чинники недостатнього виконання розроблених і прийнятих Державних цільових програм західний регіон відзначає: законодавчі — 22,9%, фінансування — 59,9% та недостатню комплексну взаємодію всіх галузей — 17,2%. Подібні тенденції спостерігаються і в інших регіонах: центральний — 4,6%, 63,6% і 31,8%; північний — 40%, 42% і 18%; південний — 17%, 73% і 10%; східний — 25,1%, 62,9% і 22,0% (за винятком Донецької, де фінансові проблеми турбують менше (25%), а більше законодавчі (50%).

Оцінка ефективності виконання раніше прийнятих і впроваджуваних Державних цільових програм у кожному регіоні також різна. У східному позитивно її сприймають лише 56%, західному — 62,8%, центральному — 63,3%, північному — 68%, а у південному — 86%.

Важливим при розробці програм врахування специфічних особливостей регіонів відмічають у західному 49,5%, 53,3% у східному, 84% у північному, 85% — у центральному, 82% — на півдні України, хоча у Тернопільській області вказують лише 8%, Хмельницькій — 20%, Сумській — 30%, Донецькій — 50%, а в Криму зауважень не мають. Регіональні програми на виконання Державних програм приймалися у північних областях в середньому на 84% від потреби, центральних — 85%, західних — 90,9%, східних — на 96,7%, південних — 100%.

Недостатня інформованість населення стосовно впровадження Державних програм на покращання здоров'я вважають у північному регіоні становить — 56%, у східному — 69,3%, у центральному — 65,8%, у західному — 58,9%, південному — 84%, хоча в окремих областях ситуація незадовільніша (Чернівецька — 40%, Чернігівська — 31%, Закарпатська — 40%, Харківська — 40%, Черкаська — 50%, Миколаївська — 50%). Це пояснюють недостатньою можливістю санітарно-освітньої роботи через засоби масової інформації у східних областях — 55,7%, центральних — 58,6%, північних — 70,4%, західних — 73,7%, південних — 100%.

Таким чином, доведені істотні відмінності у питаннях розробки і впровадження Державних програм із найбільш актуальних проблем збереження і покращання рівня здоров'я населення регіонів України, що говорить про необхідність враховувати їх особливості для досягнення належної ефективності.

Загальнодержавний підхід необхідний лише у визначенні проблеми здоров'я та її впливу на суспільство, а методологія розробки і технологія впровадження повинні базуватися на об'єктивній оцінці специфіки області та регіону (соціально-економічних і екологічних умов населення, можливостей мережі медичних закладів та їх фінансування). На державному рівні має вдосконалюватись законодавча база і комплексна взаємодія всіх відомств, але на місцевому необхідні конкретні заходи для їх виконання та власні акценти.

Це підтверджують і узагальнені по регіонах пропозиції першочергових завдань на більш ефективно впровадження Державних програм.

У західному — забезпечення, за рахунок централізованих державних закупівель, високовартісною медичною апаратурою для надання спеціалізованої високотехнологічної допомоги при найпоширеніших хворобах.

У північних областях — суттєве зміцнення матеріально-технічної бази первинної медико-санітарної допомоги та підвищення рівня заробітної плати медичних працівників, передовсім у сільській місцевості.

Східний промисловий регіон турбують екологічні проблеми території, стан питної води і продуктів харчування, формування здорового способу життя та відповідальність за втрату здоров'я.

Центральний регіон пріоритетними вбачає зміщення акцентів на покращання ресурсів первинної медико-санітарної допомоги, а також істотного впливу на існуючу екологічну ситуацію.

Південний регіон наголошує на проблемах імунопрофілактики, охорони материнства й дитинства та фінансового забезпечення гарантованого у відповідності стандартам рівня медичної допомоги.

Отже, загальнодержавні заходи мають передбачати й гарантувати населенню на всій території України:

– законодавчу відповідальність про збереження здоров'я і попередження його втрати внаслідок незадовільних умов проживання та праці, а також безумовну компенсацію винними за нанесену шкоду;

– законодавчу зацікавленість формування здорового способу життя, народження генетично здорового покоління й збереження здоров'я, збільшення народжуваності та продовження середньої тривалості життя;

– законодавчі гарантії рівня фінансування необхідної медичної допомоги та оплати праці працівників охорони здоров'я, а також забезпечення належним обладнанням і лікарськими засобами.

Це повинно бути основою ефективності будь-яких програм та Державною політикою збереження і покращання здоров'я, без впровадження якої неможлива та недоцільна розробка цільових програм стосовно окремих проблем.

Таким чином, підсумовуючи викладене соціологічне дослідження керівників охорони здоров'я України регіонального і державного рівня (300), можна стверджувати стосовно оптимізації розробки та моделі більш ефективного впровадження Державних цільових програм наступні висновки:

– внаслідок надмірної кількості прийнятих Державних програм (45) та їх рівня заходів (більше 10) ресурсне забезпечення виявилось вкрай недостатнім, внаслідок чого незадовільна ефективність впровадження не дозволила досягнути мети їх розробки на покращання рівня здоров'я населення, хоча як подальший розвиток системи вони однозначно підтримуються;

– негативними чинниками адекватного впровадження цільових програм вважаються недосконала законодавча база збереження і покращання здоров'я (21,9%), обмежене фінансування їх заходів (60,3%) та недостатня комплексна взаємодія із різними галузями (19,8%), а також наявність специфічних особливостей регіонів (70,8%) не врахованих у розробці, що забезпечило їх ефективність лише від 56 до 86%;

– найактуальніші проблеми формування і збереження здоров'я у різних регіонах визначають із істотними відмінностями, що необхідно враховувати у розробці Державних програм та забезпеченні їх впровадження, відповідно зважаючи на соціально-економічні і екологічні умови, а також на ресурсну базу медико-профілактичних закладів України.

Негативно впливає на ефективність впровадження програм і недостатня інформованість населення у різних регіонах (від 56% до 84%), що зумовлено обмеженим доступом санітарно-освітньої роботи проведеної засобами масової інформації (від 55,7%, а в окремих областях лише на 20%), що вимагає законодавчих змін. Обов'язкове врахування цих факторів значно покращить обґрунтованість Концепції розробки Державних цільових програм та модель впровадження їх на зміцнення рівня здоров'я і продовження середньої тривалості якісного життя громадян України.

Така модель знайшла своє впровадження у розробці Державної цільової програми “Запобігання і лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 рр.” № 761 від 31 травня 2006 року.

Унаслідок аналізу поширеності цієї патології в Україні та зумовленого нею рівня інвалідизації і смертності порівняно з іншими подібними країнами Європи, а також пропозиції регіональних управлінь охорони здоров'я державних адміністрацій та їхніх ресурсних можливостей у виконанні поставлених задач була розроблена конкретна програма дій. Обґрунтування заходів враховувало суттєві відмінності регіонів, їх кліматичні й екологічні особливості, соціально-економічне становище суспільства, умови праці та побуту громадян, ресурсну базу медичних закладів, їх віддаленість від великих центрів.

Виходячи із наявних обставин, закладено відповідне фінансування для закупівлі належного сучасного обладнання з метою створення регіональних центрів спеціалізованої медичної допомоги. Розроблено заходи на зміцнення матеріально-технічної бази первинної медико-санітарної ланки охорони здоров'я та її кадрового забезпечення для проведення ранньої діагностики хвороб та ефективної профілактики. Враховуючи досвід інших країн із значно вищим рівнем здоров'я нації, зміщено акценти на виховання здорового способу життя, покращання демографічної ситуації, збільшення народжуваності і продовження середньої очікуваної тривалості якісного життя громадян.

Підготовлено та подано для прийняття проекти Законів України і Постанов Кабінету Міністрів України на реалізацію Державних цільових програм, зокрема: охорони психічного здоров'я, створення всеукраїнського центру серця, низку інших нормативно-правових та законодавчих документів.

Це дало можливість значно покращити виявлення захворюваності на ранніх етапах і поширеності хвороб системи кровообігу, насамперед гіпертонічної (табл. 7.5), а також цілеспрямовано впливати на їх лікування та профілактику і відповідно на збереження трудових ресурсів держави й збільшення виробництва національного прибутку, а значить економічного добробуту, покращання фінансування галузі охорони здоров'я практично до 100 у. о. на жителя.

Ефективність зазначених заходів, досягнення медичних працівників у покращанні рівня здоров'я населення було відзначено Державною премією в галузі охорони здоров'я, що підтверджує дієвість концепції розробки і моделі впровадження державних цільових програм із найбільш актуальних проблем здоров'я народу.

Крім того, матеріали дослідження стали основою у підготовці і прийнятті Постанови Кабінету Міністрів України № 106 від 31.01.2007 р. щодо порядку та виконання Державних цільових програм для мінімізації

Поширеність, захворюваність, динаміка та структура хвороб системи кровообігу серед населення працездатного віку (на 100 тис. нас.)

Назва нозології	Поширеність		Питома частка (у %)		Захворюваність		Питома частка (у %)	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Всі хвороби	124942,0	141042,4	100	100	61335,3	63174,1	100	100
Хвороби системи кровообігу	22198,9	30297,6	17,8	21,5	3926,6	4939,4	6,4	7,8
зокрема гіпертонічна хвороба (усі форми)	11435,9	16240,7	51,5	53,6	1939,0	2038,8	49,4	41,2
ішемічна хвороба серця	5941,3	8280,5	26,8	27,3	910,1	1047,9	23,2	21,2
гострий інфаркт міокарда	53,2	57,9	0,2	0,2	52,8	57,9	1,3	1,2
цереброваскулярні хвороби	1731,0	2273,0	7,8	7,5	388,0	450,1	9,9	9,1
інсульт	114,9	114,5	0,5	0,4	91,6	95,1	2,3	1,9
ревматизм (усі форми)	683,0	542,7	3,0	1,8	31,2	18,7	0,8	0,4

найбільш актуальних проблем здоров'я та оптимізації організації системи охорони здоров'я в цілому і медичної допомоги зокрема.

Ці та інші результати виконаного наукового дослідження стали основою обґрунтування основних висновків роботи та рекомендацій Міністерству охорони здоров'я України і управлінням охорони здоров'я регіональних державних адміністрацій.

ВИСНОВКИ

Таким чином, встановлена недостатня ефективність реалізації Державних цільових програм, яка підтверджується низьким рівнем здоров'я населення та повільним усуненням недоліків в організації медичної допомоги, що і стало підставою обґрунтування моделі розробки і впровадження в Україні Державних цільових програм покращання здоров'я народу

Показано, що за останні 10 років динаміка стану здоров'я населення України продовжує залишатися негативною: загальна захворюваність зросла на 10,6%, поширеність хвороб — на 38,9%, смертність збільшилась на 8,9%, природний приріст носить від'ємний характер і коливається від -5,8 до -7,8 на 1000, кількість населення скоротилась на 7,7%, що, вірогідно, загрожує національній безпеці держави.

Встановлено, що фінансування галузі охорони здоров'я залишається вкрай недостатнім, хоча за останнє десятиріччя воно зросло практично у 3 рази, однак у доларовому еквіваленті є вдвічі меншим проти рівня 1990 року та в 25-30 разів поступається такому в ряді європейських країн.

Встановлено, що за 10 років прийнято 45 загальнодержавних програм та 10 затверджених на урядовому рівні комплексних заходів спрямованих на покращання стану здоров'я і продовження середньої очікуваної тривалості якісного життя громадян, які певною мірою дублюють або лише доповнюють одна одну, зокрема стосовно: народження і формування здорового покоління їх прийнято 15, профілактики і лікування СНІД — 5, ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС — 5, боротьби із туберкульозом — 4, розвитку медицини катастроф — 3, здоров'я літніх людей — 3, боротьби з наркоманією — 3, а також ряду інших.

Показано, що обґрунтованість актуальності проблем Державних цільових програм стосовно покращання здоров'я населення не завжди відповідала їх першочерговому прийняттю, а окремі вагомі проблеми, що формують рівень здоров'я в цілому, не були враховані, зокрема: вплив на громадське здоров'я психічного здоров'я, поширеність розладів якого становить 2470 на 100 тисяч населення і за даними досліджень виявляється лише у половини хворих, а кількість самогубств досягла 300 випадків на 1 млн. жителів.

Велику стурбованість викликає травматизм, який займає одне з провідних місць в структурі загальної смертності.

Доведено, що вкрай недостатнє ресурсне забезпечення виконання програм, оскільки 4% з них взагалі не фінансувались, 6% обмежувались на третину, а 10% — майже на половину, 26% фінансувались частково, наслідком чого стала низька ефективність їх впровадження.

Встановлено, що при формуванні Державних цільових програм специфічні особливості регіонів враховувались лише частково: у західному — на 49,5%, 53,3% — у східному, на 84% — у північному, 85% — центральному, 82% — на півдні України, в той час як першочергово потребують вирішення у західному регіоні турбують 57,6% соціально-економічних проблем, 27,6% — медико-профілактичних та 14,8% — екологічних, а у промисловому східному — відповідно 39,2%, 27,9% та 37,9%.

Виявлено, що інформованість населення стосовно впровадження Державних цільових програм збереження і покращання здоров'я становить: у північному регіоні — 56%, східному — 69,3%, центральному — 65,8%, західному — 58,9%, південному — 84%; недостатнім є і рівень санітарно-освітньої роботи через засоби масової інформації у східних областях — 55,7%, центральних — 58,6%, північних — 70,4%, західних — 73,7%, південних — 100%.

Доведено, що розробка і впровадження Державних цільових програм є одним з основних напрямків покращання діяльності системи охорони здоров'я, однак суттєвими перешкодами на шляху їх впровадження є недосконала законодавча база (21,9%), обмежене фінансування (60,3%) та відсутність комплексної взаємодії (13,8%).

Отримані результати засвідчили необхідність наукового обґрунтування концептуальної моделі впровадження Державних цільових програм покращання рівня здоров'я населення і продовження середньої очікуваної тривалості якісного життя громадян, в основу якої покладений системний підхід до оцінки стану здоров'я населення та обов'язкове врахування регіональних особливостей адміністративних територій: кліматичних, соціально-економічних, екологічних, системи організації і надання медичної допомоги, наявність нормативної бази та інше.

Ефективність запропонованої моделі досліджена на прикладі розробленої та прийнятої 31 травня 2006 року Постановою Кабінету Міністрів № 761 Державної цільової програми “Запобігання і лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2007–2010 рр.”, а концепцію її розробки впроваджено при підготовці та прийнятті Постанови Кабінету Міністрів України № 106 від 31.01.2007 р. щодо порядку та виконання Державних цільових програм.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Чепелевська Л.А., Нагорна А.М., Рудницький О.П. Медико-демографічна ситуація в державі та тенденції її розвитку // Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (Щорічна доповідь, 1997) / За ред. А.М.Сердюка. — К.: МОЗ України, 1998. — С. 7–46.
2. Чепелевська Л.А., Рудницький О.П., Баторшина Г.І. Медико-демографічна ситуація в Україні та її основні тенденції // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2005 рік. — К., 2006. — С. 16–28.
3. Пономаренко В.М., Чепелевська Л.А. Закономірності формування коефіцієнтів смертності населення України // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2005. — №1. — С. 15–20.
4. Чепелевская Л.А., Дудина Е.А., Баторшина А.И. Современные проблемы смертности детского населения от несчастных случаев, травм и отравлений в Украине // Современная педиатрия. — 2004. — №2(3). — С. 19–23.
5. UNESCк (2005). UNESCк Institute for Statistics [web site]. Montreal, United Nations Educational, Scientific and Cultural krganization Institute for Statistics // http://www.uis.unesco.org/ev_en.php? IK=2867_201&IK2=Кк_ТкPIC, accessed 29 November 2005.
6. Kemographic Yearbook 1998 // Keparment of Economic and Social Affairs. — New York: United Nations, 2000. — 610 p.
7. WHк (2003b). The WHк reproductive health library, version 6. — Geneva, World Health krganization // <http://www.who.int/reproductive-health/rhl/index.html>, accessed 11 kctober 2005.
8. WHк (2003c). The world health report 2003 — Shaping the future. — Geneva, World Health krganization // <http://www.who.int/whr/2003/en>, accessed 11 kctober 2005.
9. Чепелевська Л.А. Демографічні процеси в Україні в 2003 році // Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (Щорічна доповідь, 2003 рік). — К., 2004.
10. Чепелевська Л.А. Державна політика щодо зниження смертності населення працездатного віку // Українські медичні вісті. — 1997. — Т. 1, №1 (56). — С. 95.
11. Чепелевська Л.А., Рудницький О.П., Баторшина Г.І. Демографічна ситуація в Україні // Стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні, 2004 р. — К., 2006. — С. 13–34.
12. Рингач Н.О. Статеві-вікові особливості смертності населення працездатного віку в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 1999. — №2. — С. 162–165.

13. Чепелевська Л.А., Баторшина Г.І., Шимон В.М. Медико-демографічна ситуація в регіонах України як фактор регіональної політики в охороні здоров'я // Матеріали наук.-практ. конференції за міжнародної участі "Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я", Одеса, 24–25 квітня 2002 р. — Одеса, 2002. — С. 158–163.

14. Здоровье 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. — Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. — 36: Европ. сер. по достижению здоровья для всех. — 310 с.

15. Поляченко Ю.В., Пономаренко В.М., Ціборовський О.М. Стан, проблеми і перспективи розвитку охорони здоров'я України // Стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я України. Щорічна доповідь, 2004 р. — К., 2006. — С. 8–12.

16. Health Evidence Network (2003b). Какова действенность/эффективность и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи? — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ // <http://www.euro.who.int/document/e82996r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.

17. WHK Regional office for Europe (1998). Здоровье населения в Европе — 1997 г. Отчет о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (1996–1997 гг.). — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 83) // <http://www.who.dk/document/e60594r.pdf>, по состоянию на 4 июля 2006 г.

18. WHK (2003a). Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives. — Geneva, World Health Organization // <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/mnp.pdf>, accessed 13 October 2005.

19. Health Evidence Network (2004). Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ // <http://www.euro.who.int/document/e82997r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.

20. World Bank (2004). The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia. — Washington, DC, World Bank // <http://devdata.worldbank.org/wdi2005/home.htm>, accessed 28 September 2005.

21. World Bank (2005). World development indicators 2005. Washington, DC, World Bank // <http://devdata.worldbank.org/wdi2005/home.htm>, accessed 28 September 2005.

22. WHK Regional office for Europe (2004a). Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе: основное внимание — действиям общества по укреплению общественного здоровья: видение стратегии с позиций CINKI. — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ // <http://www.euro.who.int/document/e83057r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.

23. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації на 2002-2011рр." — К.: ОФ, 2002. — 88 с.

24. Кундієв Ю.І. Профілактична медицина України потребує поглибленого наукового обґрунтування // Проблеми військової охорони здоров'я. — К.: Курсор, 2006. — С. 11–13.

25. Полищук Н., Гуляев Д. Необходимость организационных изменений в борьбе с инсультом в Украине // *Koctor*. — 2003. — № 3. — С. 7–9.
26. Нагорна А.М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України (огляд літератури і власних досліджень) // *Журн. АМН України*. — 2003. — Т. 9, №2. — С. 325–345.
27. Возіанов О.Ф. Смертність населення України: головні причини, шляхи подолання негативних тенденцій // *Журн. АМН України*. — 1996. — Т.2, №2. — С. 191–199.
28. Возіанов О.Ф. 10 років Академії медичних наук України — підсумки діяльності і перспективи розвитку наукових досліджень // *Журн. АМН України*. — 2003. — Т.9, № 2. — С. 209–237.
29. Пріоритетні напрями вдосконалення організації ортопедо-травматологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я України / Г.В. Гайко, Ю.В. Поляченко, О.О. Коструб, М.У. Хохол // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України*. — 2002. — № 2. — С. 67–72.
30. Криштопа Б.П. Управління медичною галуззю в Україні // *Медичний всесвіт*. — 2001. — №1. — С. 132–137.
31. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Концепція розвитку охорони здоров'я — стратегія реформування галузі // *Лікар. справа/Врач. дело*. — 2001. — № 1. — С. 3–9.
32. Пиріг Л.А. Нефрологічна допомога: актуальність і сучасний стан в Україні // *Медичний всесвіт*. — 2001. — № 1. — С. 80–82.
33. Політика в галузі харчування населення — головний пріоритет держави. Проект “Концепції державної політики в галузі харчування населення України” // *Ваше здоров'я*. — 11–17 квітня 2003. — № 14. — С. 7–8.
34. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В. Рейтингова оцінка та вибір рейтингового методу в аналізі діяльності закладів охорони здоров'я // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я*. — 2003. — № 1. — С. 39–42.
35. Тронько Н. Государственная комплексная программа “Сахарный диабет” // *Koctor*. — 2003. — № 5. — С. 9–10.
36. Чехун В.Ф. “О новой стратегии лечения онкологических больных” // *Koctor*. — 2003. — № 4. — С. 7–11.
37. Возіанов О.Ф. Вступне слово на спільній сесії загальних зборів НАН та АМН України “Наука здоров'ю людини” // *Журн. АМН України*. — 2004. — Т.10, № 2. — С. 215–218.
38. WHK Regional kffice for Europe (2002). Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ // <http://www.euro.who.int/docurnent/e76907r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.
39. Коваленко В.М. Сучасний стан кардіології в Україні і перспективи втілення нових технологій діагностики та лікування // *Журнал АМН України*. — 2004. — Т.10, №2. — С. 268–272.
40. Комплексне програмно-цільове планування в охороні здоров'я на державному та регіональному рівнях (на прикладі Луганської області) / В.М. Пономаренко, Т.С. Грузєва, Ю.А. Хунів, Н.О. Кульчицька. — Київ-Луганськ: ВАТ “Лод”, 2003. — 241 с.

41. WHk Regional office for Europe (2004b). К созданию европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями. — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ // <http://www.euro.who.int/document/rc54/rdoc08.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.
42. Формування здорового способу життя, гігієнічне виховання населення / В.Ф. Москаленко, О.О. Бобильова, С.В. Шевчук, Ф.П. Ринда // Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.). — К., 2002. — 384 с.
43. Хижняк М., Нагорна А. Здоров'я людини та екологія. — К.: Здоров'я, 1995. — 229 с.
44. Лисицын Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни // Здравоохран. Рос. Федерации. — 1998. — №3. — С. 49–52.
45. Сердюк А.М. Навколишнє середовище і здоров'я населення України // Довкілля та здоров'я. — 1998. — №4(7). — С. 2–6.
46. Рудень В.В. Кореляційний взаємозв'язок поміж показниками захворюваності, смертності від природжених вад серед населення України і деякими медико-соціальними факторами // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — №4. — С. 73–76.
47. Литвинова О.Н. Поєднаний вплив соціальних та екологічних чинників на захворюваність мешканців великого міста і управління цими процесами // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — №1. — С. 22–25.
48. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. — Geneva: WHk, 2002. — 248 p.
49. Gakidou E., Murray C., Frenk J. Refining and measuring health inequalities: an approach based on the distribution of health expectancy // Bull. WHk. — 2000. — Vol. 78, N. 1. — P. 42–54.
50. Braveman P., Krieger N., Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health // Bull. WHk. — 2000. — Vol. 78, N. 2. — P. 232–233.
51. Щербінська А.М. Медичні аспекти проблеми ВІЛ/СНІДу в Україні // Мистецтво лікування. — 2006. — № 2. — С. 26–30.
52. Лисицын Ю.П. Модус здоров'я росіян // Экономика здравоохранения. — 2001. — № 2. — С. 23–37.
53. Ларін О.С., Черенько С.М., Журбицька Г.О. Хірургічне лікування багатовузлових форм зоба при йододефіцитному стані // Лікар. справа / Врач. дело. — 2001. — № 4. — С. 29–32.
54. Шарафутдинов А.Я. Роль социально-гигиенических факторов в формировании здоровья населения // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2001. — № 4. — С. 34–36.
55. Бойко В.П., Ромасюк Л.М., Кравчук М.П. Вплив соціальних факторів на хірургічну патологію в сільському районі // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — №1. — С. 9–11.
56. Доклад о политике по борьбе против табака в Европейском регионе (EURk/01/5020906/8). — ВОЗ, 2002. — 63 с.
57. Минздрав Украины — ПРООН. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Украине: социально-демографический аспект. — К., 2000. — 50 с.
58. Рак в Україні. 1998-2000: Бюлетень Національного канцер-реєстру в Україні. — К., 2001. — 117 с.

59. Ринда Ф.П. Умови та шляхи формування здорового способу життя // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2005 р. — К., 2006. — С. 65–78.
60. Нагорна А.М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України // Журн. АМН України. — 2003. — Т.9, №2. — С. 325–345.
61. Андреева Т., Красовский К. Табак и здоровье.- К.: Полиграфцентр ТАТ. — 2004. — 224 с.
62. Балакірєва О.М., Стойка О.О. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі: вживання, залежність, ефективна профілактика. — К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, Укр. ін-т соціальних досліджень, 2004. — Кн. 7. — 196 с. — (Сер. Формування здорового способу життя молоді. У 14 кн.).
63. Витрати і ресурси домогосподарств України у III кварталі 2005 року (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України): Статистичний бюлетень. — К.: Держкомстат України, 2005. — 175 с.
64. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 годы /ВОЗ, ЕРБ. — 2000. — 28 с.
65. Заросинський О. Запобігання наркоманії і токсикоманії серед неповнолітніх // Право України. — 2005. — № 2. — С. 59–62.
66. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Замісна терапія: Аналітичний огляд. — К., 2004. — 16 с.
67. Огляд Американської асоціації гастроентерологів з проблеми ожиріння // Мистецтво лікування. — 2005. — № 1 (017). — С. 79–88.
68. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД / Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. — К., 2005. — 172 с.
69. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: Спільний звіт / Під заг. ред. В.М. Лехан та В.М.Рудого. — К.: Вид-во Раєвського, 2005. — 167 с.
70. Піщенко Г., Тущенко О. Соціокультурні та геополітичні чинники поширення наркоманії та ВІЛ/СНІДу в Україні // Право України. — 2005. — № 2. — С. 73–77.
71. Резюме проведеного соціологічного опитування представників міської та сільської молоді віком від 15 до 23 років / Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. — К., 2005. — 43 с.
72. Ринда Ф.П. Діяльність галузі з формування ЗСЖ, гігієнічне виховання населення // Результати діяльності галузі охорони здоров'я у 2003–2005 роках / МОЗ, УІГЗ. — К., 2005. — С. 31–38.
73. Слабкий Г.А., Картавцев Р.Л. Организация сексуального образования подростков как способ профилактики среди них заболеваний, которые передаются половым путем // Вестник гигиены и эпидемиологии. — 2004. — № 2. — С. 216–220.
74. Соціальна реклама в Україні: Сучасний стан та перспективи розвитку // Матеріали конференції. — К.: ПЦ “Фоліант”, 2004. — 150 с.
75. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2005 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України): Статистичний бюлетень. — К.: Держкомстат України, 2005. — 92 с.

76. Стан здоров'я населення (за даними вибіркового опитування домогосподарств України у жовтні 2004 року): Статистичний бюлетень. — К.: Держкомстат України, 2005. — 148 с.

77. Сучасні технології збереження і зміцнення здоров'я здорових // Матеріали наук.-практ. конференції, м.Київ, жовтень 2005 р. — К.: ПП "ППНВ", 2005. — 154 с.

78. Фізична культура як неодмінна складова формування здорового способу життя молоді / О.О.Яременко (кер. авт. кол.), О.Д. Дубогай, Р.Я. Левін, Л.В. Буцька. — К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 2005. — Кн. 6. — 124 с. — (Сер. Формування здорового способу життя молоді. У 14 кн.).

79. Медведовська Н.В., Кульчицька Т.К., Юрченко О.В. ВІЛ-інфекція / СНІД — як актуальна проблема сьогодення // Вестник гигиены и эпидемиологии. — 2006. — Т. 10, № 1. — С. 1–7.

80. Берзін В.І., Стелмахівська В.П. Методологічні аспекти вивчення впливу забруднення навколишнього середовища екзогенними хімічними речовинами на здоров'я, імунний статус і адаптаційні реакції організму дітей в умовах промислових міст // Проблеми військової охорони здоров'я. — К.: Курсор, 2006. — С. 289–295.

81. Очередыко О.М., Процек О.Г. Епідеміологічне дослідження моделей поширення хвороб ендокринної системи серед жителів села за різних екологічних умов // Лікар. справа/Врачеб. дело. — 2000. — № 7–8. — С. 15–20.

82. Пыдаев А.В. Юбилей санитарно-эпидемиологической службы Украины // Костор. — 2003. — № 5. — С. 1–2.

83. Сердюк А.М. Медична екологія і проблеми здоров'я дітей // Журн. АМН України. — 2001. — Т. 7, № 3. — С. 437–449.

84. Тимченко А.М. Сучасні особливості регіональної поширеності тиреопатології серед населення // Проблеми ендокринної патології. — 2003. — № 3. — С. 36–45.

85. Антипкін Ю.Г. Стан здоров'я дітей в умовах дії різних екологічних чинників // Мистецтво лікування. — 2005. — № 2. — С. 17–23.

86. Капранов С.В. Влияние автотранспорта на функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем у старшеклассников промышленного города // Довкілля та здоров'я. — 2004. — № 1. — С. 44–47.

87. Кундиев Ю.И., Трахенберг И.М. Химическая опасность в Украине и меры по ее предупреждению // Журнал АМН Украины. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 259–267.

88. Картиш А.П. Про найгостріші медичні проблеми охорони здоров'я та визначення пріоритетних напрямів розвитку окремих медичних служб України // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 2. — С. 15–19.

89. WHK (2004). The world health report 2004 — Changing history. — Geneva, World Health krganization // <http://www.who.int/whr/2004/en>, accessed 11 kctober 2005.

90. UNICEF (2005). Monitoring the Situation of Children and Women [web site]. — New York, United Nations Children's Fund // <http://www.childinfo.org>, accessed 1 Kecember 2005.

91. Лехан В.М., Рудий В.М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: Спільний звіт / За заг. ред. В.М.Лехан, В.М.Рудого — К.: Вид-во Раєвського, 2005. — 159 с.

92. Лехан В.Н. Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи. — К.: Сфера, 2002. — 28 с.

93. Матеріали I з'їзду сімейних лікарів України / За заг. ред. проф. В.Ф.Москаленка, м. Львів, 7–9 листоп. 2001 р. — Київ-Львів, 2001. — 243 с.

94. Методичні підходи до обґрунтування та розробки стандартів госпіталізації населення в лікарняні заклади / В.М.Пономаренко, О.М.Ціборовський, Л.І.Галієнко, Г.В.Курчатова // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2005. — № 3. — С. 47–50.

95. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За заг. ред. проф. В.М.Пономаренка. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. — 310 с.

96. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф.Москаленко, В.М.Пономаренко та ін. — К.: Здоров'я, 2003. — 396 с.

97. Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б. Актуальність проблеми якості медичної допомоги на сучасному етапі реформування охорони здоров'я України // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2005. — № 1. — С. 44–48.

98. WHK Regional office for Europe (2005). Европейская база данных “Здоровье для всех” (База данных ЗДВ) // <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>, по состоянию на 20 июля 2004 г. и январь 2005 г.

99. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Хунов Ю.А. та ін. Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного і третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини. — Київ-Луганськ: ЛОД, 2003. — 80 с.

100. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Пер. с англ. — М.: Гектар Медицина, 2000. — 432 с.

101. Слабкий Г.О., Петряева О.Б. Розвиток сімейної медицини як крок до виконання концепції розвитку охорони здоров'я населення України // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць. — Вип. 16. — 2005. — С. 666–670.

102. Верес В.М., Пошивак Т.П., Джафарова Д.М. та ін. Особливості розвитку сімейної медицини в сільській місцевості // Міжнар. мед. журнал: “Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України” (спец. вип.). — 2005. — С. 67–68.

103. Пономаренко В.М., Швецов В.С., Бодак В.М. Роль місцевого самоврядування в розвитку та вирішенні проблем сімейної медицини на селі // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2003. — № 1. — С. 13–16.

104. Проблеми впровадження та розвитку сімейної медицини в сільській місцевості // X Конгрес світової федерації українських лікарських товариств: Тези доповідей, м. Чернівці, 26–28 серпня 2004 р. — Чернівці-Київ-Чикаго. — 2004. — С. 106.

105. Грузєва Т.С., Пономаренко С.Д. Особливості захворюваності дітей // Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я. Щорічна доповідь, 2000 р. — К., 2001. — С. 44–52.

106. Грузева Т.С., Кульчицька Т.К. Захворюваність підлітків // Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я. Щорічна доповідь, 2000 р. — К., 2001. — С. 52–58.
107. Лук'янова О.М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку // Журн. АМН України. — 2001. — Т. 7, № 7. — С. 408–415.
108. Позднякова М.А. О результатах регионального мониторинга детской инвалидности // Рос. педиатрический журнал. — 2002. — № 2. — С. 36–38.
109. Пуртов И.И. К проблеме часто болеющих детей в раннем и дошкольном возрасте // Рос. педиатрический журнал. — 2001. — №6. — С. 50.
110. Большова-Зубковская Е.В. Сахарный диабет у детей и подростков // Костор. — 2003. — № 5. — С. 44–46.
111. Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003. Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин. — Київ, 2003. — 173 с.
112. Коренев Н.М., Даниленко Т.М. Здоров'я школярів сьогодення та проблеми на перспективу // Охорона здоров'я України. — 2003. — №1(8). — С. 49–54.
113. Вовк І.Б. Здоровий образ життя підлітків — залог збереження репродуктивного здоров'я // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: Інтермед, 2003. — С. 39–42.
114. Беленська Л.М., Слабкий Г.О. Проблеми профілактики ВІЛ-інфекції в середовищі молодих ін'єкційних наркоманів // Тези допов. Ювілейного з'їзду ВУЛТ, присвяченого 15-річчю ВУЛТ (1990–2005 рр.). — Івано-Франківськ, 2002. — С. 213–214.
115. Кузнецов В.Н. Психиатрическая помощь детям Украины // Психічне здоров'я. — 2003. — № 1. — С. 32–36.
116. Картавцев Р.Л., Слабкий Г.А. Особенности личности современного подростка и условия ее формирования // Современная педиатрия. — 2005. — № 2. — С. 29–31.
117. Слабкий Г.А., Беленская Л.Н. Пораженность детей крупного промышленного региона ВИЧ/СПИДом // Современная педиатрия. — 2005. — № 3(8). — С. 176–178.
118. Слабкий Г.А., Картавцев Р.Л. К вопросу о необходимости клиник, дружественных к подросткам // Современная педиатрия. — 2005. — № 2. — С. 32–36.
119. Березіна Н., Ворник Б., Галустян Ю. та ін. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні. Ситуаційний аналіз / ФНООН, МОЗ, УАПС. — 2005. — 25 с.
120. Моніторинг за станом здоров'я матері та дитини (матеріали на підсумкову Колегію МОЗ України за 2005 рік). — К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2006. — 26 с.
121. Слабкий Г.О., Подоляка В.Л. Спосіб життя підлітків як фактор збереження репродуктивного потенціалу нації: проблеми та перспективи його формування // Національні громадські слухання з питань виконання Національної програми “Репродуктивне здоров'я 2001–2005”: Зб. матеріалів / За ред. А.Гука, Н.Жилки та ін. — К.: Вид-во Раєвського, 2005. — С. 64–72.

122. Кульчицька Т.К. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2005 рік. — К., 2006. — С. 35–38.
123. Медведовська Н.В., Кульчицька Т.К. Особливості стану здоров'я підлітків // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2005 рік. — К., 2006. — С. 39–42.
124. Сельнікова О.П., Задорожна В.І., Чудна Л.М. та ін. Оптимізація календаря щеплень — шлях до підвищення ефективності вакцинопрофілактики // Современная педиатрия. — 2005. — № 1. — С. 202–205.
125. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні: ситуаційний аналіз / Р.Богатирьова, Б.Венцовський, І.Вовк, Б.Ворник / За заг. ред. Б.Ворника, Р.Моисєєнко. — К.: Укрпроект, 1999. — 92 с.
126. Тимченко А.М., Гойда Н.Г., Єлагін В.В., Поканевич Т.М. Профілактична медицина: система заходів щодо попередження вродженої і спадкової патології серед новонароджених // Охорона здоров'я України. — 2003. — № 3(10). — С. 43–47.
127. кЕСК (2004). Ageing and employment policies. — Paris, krganisation for Economic Co-operation and Kvelopment // http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en_2649_201185_32019685_1_1_1_1,00.html, accessed 14 November 2005.
128. Маймулов В.Г., Якубова И.Ш., Кузьмичев Ю.Г. и др. Методология разработки подсистемы социально-гигиенического мониторинга в дошкольных образовательных учреждениях // Гигиена и санитария. — 2004. — № 5. — С. 29–31.
129. Козярін І.П., Івахно О.П., Мельниченко Т.І. та ін. Критерії соціально-гігієнічного моніторингу здоров'я дитячого населення України у дошкільному віці // Проблеми військової охорони здоров'я. — К.: Курсор, 2006. — С. 52–56.
130. Березина Н.О., Лашнева И.П. Гигиенические аспекты тестирования физической подготовленности детей 4–7 лет // Гигиена и санитария. — 2005. — №2. — С. 51–54.
131. Васильев А.В. Физиологические показатели детей, проживающих в районах с разным уровнем аэротехногенной нагрузки // Гигиена и санитария. — 2005. — №1. — С. 39–40.
132. Боярская О.Я. Тиреоидная система и биологический возраст подростков после Чернобыльской катастрофы // Проблеми військової охорони здоров'я. — К.: Курсор, 2006. — С. 248–255.
133. Мороз В.М., Сергета І.В. Проблеми корекції функціонального стану організму дітей, підлітків та молоді з хронічними соматичними захворюваннями: психофізіологічні та психогігієнічні аспекти // Журн. АМН України. — 2003. — Т. 9, № 1. — С. 105–122.
134. Тишук Е.А., Равдугина Т.Г. Здоровье сельского населения Омской области // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2002. — № 1. — С. 3–5.
135. Грузева Т.С. Стан та тенденції захворюваності населення // Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я. Щорічна доповідь, 2000 р. — К., 2001. — С. 33–44.
136. Atlas of health in Europe. — Copenhagen: WHk Regional office for Europe, 2003. — 112 с.

137. Лисицын Ю.П. Санология — наука об общественном здоровье и здоровом образе жизни // *Здравоохранение Рос. Федерации*. — 1989. — № 6. — С. 3–8.
138. The Report on health research 2001-2002. — Geneva, 2002. — 224 p.
139. Healthy villages. A guide for communities and community health workers: WHK, 2002. — 108 p.
140. Field M.J., Gold M.R. Summarizing population health: directions for the development and application of population metrics. — Washington: National Academy Press, 1998. — 111 p.
141. Walkins S.J. Public health 2020 // *British Medic. Journ.* — 1994. — Vol. 309, N6962. — P. 1147-1149.
142. Analysis of the functions of Primary Health Care in today's Europe // Report on a WHK consultation. — Copenhagen: WHK, Reg kffice for Europe, 1995. — 18 p.
143. Zenfant C. Can we prevent cardiovascular diseases in low- and middle-income countries? // *Bull. WHK*. — 2001. — Vol. 79, N11. — P. 980–982.
144. Mental health and neurological disorders. In: The Report on Health Research 2001–2002. — Geneva, 2002. — P. 166–171.
145. Is breast cancer linked to smoking? // *Lancet*. — 2002. — Vol. 360, N 11. — P. 1044–1049.
146. The World Health Report 2001 — mental health: new understanding, new hope. — Geneva: WHK, 2001. — 178 p.
147. Дмитренко С.А. Заболеваемость и временная утрата трудоспособности вследствие артериальной гипертензии у сельских жителей // *Лікар. справа/Врачеб. дело*. — 1999. — № 7–8. — С. 174–179.
148. Дячишин В.І. Місце гіпертонічної хвороби в структурі захворюваності системи органів кровообігу серед дорослого населення Львівщини // *Лікар. справа/Врачеб. дело*. — 2000. — № 3–4. — С. 103.
149. Максименко С.Д. Учбове навантаження і збереження психічного здоров'я школярів // *Журн. АМН України*. — 2001. — Т. 7, № 3. — С. 467–477.
150. Психическое здоровье женщин. Заседание рабочей группы по психическому здоровью. — К., 27–28 ноября 2000. — 94 с.
151. Сердюк О.І. Хронічне соматичне страждання як чинник психо- та соціотравматизації хворої людини // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України*. — 2001. — № 1. — С. 13–16.
152. Очерedyк О.М. Можливості спостереження за станом захворюваності сільських мешканців за допомогою ієрархічної моделі моніторингу // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України*. — 2000. — № 3. — С. 34–37.
153. Олейник В.А. Щитовидна залоза та наслідки аварії на Чорнобильській АЕС // *Лікування та діагностика*. — 1996. — № 1. — С. 41–44.
154. Кучерепа М.І. Соціальні фактори хронічних неспецифічних захворювань легень у сільській місцевості // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України*. — 2000. — № 3. — С. 20–23.
155. Ситуація з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні (по даним ЮНЕЙДС) // *Сучасні інфекції*. — 2000. — № 2. — С. 124.
156. WHK Global InfoBase klnine: country profiles [online database]. — Geneva, World Health krganization, 2005 // [http://www.who. Int / ncd_surveillance / infobase/web//InfoBasePolicyMaker/](http://www.who.Int/ncd_surveillance/infobase/web//InfoBasePolicyMaker/).

157. Феценко Ю.Л., Мельник В.М., Мельник В.П. Туберкульоз легень ВІЛ-інфікованих // Журн. АМН України. — 2000. — Т. 6, № 4. — С. 809–815.
158. Султанов Т.П. Роль медицинских факторов риска в развитии туберкулеза у военнослужащих срочной службы // Лікар.справа/Врач.дело. — 2000. — №7-8. — С. 119.
159. National census, 2001. Sofia, National Statistical Institute of the Republic of Bulgaria, 2001 // <http://www.nsi.bg/Census/Census.htm>, по состоянию на 10 ноября 2005г. (болгарскою мов.).
160. Вороненко Ю.В., Повстяной Н.С., Тонковид О.Б. Факторы риска и профилактика ожогов в быту и на производстве: Метод рекомендации. — К., 1999. — 21 с.
161. Statistical yearbook 2004. — Zagreb, Central Bureau of Statistics of the Republic of Croatia, 2004.
162. Журавель В. Організаційно-правові аспекти державного управління щодо розвитку регіональних системи медичної допомоги // Матер. міжнар. наук.-практ. конф. “Регіональна політика в галузі охорони здоров’я: шляхи формування та реалізації”. — Одеса, 2003. — С. 34–40.
163. Kern J et al. Cardiovascular risk factors in Croatia: struggling to provide evidence for developing policy recommendations. *BMJ*, 2005,331:208–210.
164. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров’я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. — К.: Вид-во Раєвського, 2005. — 168 с.
165. Сайдакова Н.О., Пиріг Л.А., Валецька Р.О. Значення клініко-діагностичних факторів у визначенні тривалості соціалізації хворих на гломерулонефрит // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров’я України. — 2001. — № 3. — С. 43–49.
166. Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф. Соціальна медицина та організація охорони здоров’я. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 237 с.
167. Колесник М.О., Сайдакова Н.О. Стан та шляхи удосконалення допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров’я України. — 2003. — №1. — С. 47–50.
168. The world factbook 2005. — Washington, KC, United States Central Intelligence Agency, 2005 // <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.
169. ILO (2005). Key indicators of the labour market database [web site]. — Geneva, International Labour Organization // <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/index.htm>, accessed 29 November 2005.
170. WHK Statistical Information System (WHK-SIS) [online database]. — Geneva, World Health Organization, 2005 // <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.
171. Human Development Index. In: Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world. — New York, United Nations Development Programme, 2004. — P. 139–250 (http://hdr.undp.org/reports/global/2004/pdf/hdr04_HKI.pdf, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
172. Салахов Э.Р., Какорина Е.П. Травмы и отравления в России и за рубежом // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2004. — №2. — С. 13–20.

173. Стан здоров'я населення України та результати діяльності галузі охорони здоров'я (щорічна доповідь, 2002). — К., 2003. — 492 с.
174. Соціально-гігієнічні погляди на хронічний стрес як фактор ризику серцево-судинних захворювань / Рогач І.М., Бігори П.П., Кузьмик В.М., Чопей І.В., Роман В.М. // Охорона здоров'я України. — 2003. — № 3. — С. 48–51.
175. Трешутин В.А., Голдобина О.А., Щепин В.О. Тенденции психического здоровья населения крупного агропромышленного региона // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — №4. — С. 11–16.
176. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения // Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / ВОЗ, Европейское региональное бюро. — Копенгаген, 2006. — 157 с.
177. Александровський Ю.А., Табачников С.І. Особливості граничних розладів у загальносоматичній практиці // Нова медицина. — №3(8). — С. 21–23.
178. Протидіяти туберкульозу // Науковий світ. — 2005. — № 5. — С. 16.
179. Туберкульоз: пряма і явна загроза // Ваше здоров'я. — 2006. — № 10. — С. 17–23.
180. Фещенко Ю.І. Туберкульоз в Україні як медико-соціальна і політична проблема // Журн. АМН України. — 2005. — Т 11, № 1. — С. 17–23.
181. Богатирьова Р. Туберкульоз: пряма і явна загроза // Ваше здоров'я. — 2006. — №10. — С. 6.
182. Беленська Л.М. Удосконалення організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим на СНІД та обґрунтування профілактичних заходів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 2006. — 23 с.
183. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2004: Глобальный доклад. — ЮНЕЙДС, 2004. — 237 с.
184. Развитие эпидемии СПИДа. Декабрь 2004 г. ЮНЕЙДС/ВОЗ. — 2004. — 87 с.
185. Ситуація з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні // Сучасні інфекції. — 2000. — № 2. — С. 124.
186. Гунченко А., Кожан Н. ВІЧ-інфекція в містах лишення свободи України // Журнал мікробіології, епідеміології і імунобіології. — 1999. — № 1. — С. 31–33.
187. Щербинская А.М., Кобыща Ю.В., Крутлов Ю.В. и др. ВІЧ-інфекція на Украине // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1998. — № 5. — С. 16.
188. Rosen S, Simon J, Vincent JR, MacLeod W, Fox M, Thea KM. AİKS is your business. *Harv Bus Rev* 2003 Feb;81(2):80-7, 125.
189. Беленська Л.М., Слабкий Г.О. Характеристика поражённости населения крупного города ВІЧ-інфекцией // Вест. гигиены и епидемиологии. — 2003. — № 12. — С. 161–165.
190. Матеріали спеціальної сесії Генеральної Ассамблеї ООН по ВІЧ/СПИДу 26–27 июня 2001 г. // <http://www.un.org/russian/document/gadocs/gd.htm>.
191. Balint GS Worse than we thought? The AİKS epidemic at the end of the year 2001 *krv Hetil* 2002 Jul 14;143(28):1697-701.
192. Worldguide [web site]. — Melbourne, Lonely Planet, 2005 (<http://www.lonelyplanet.com/worldguide>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

193. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. ЮНЭЙДС. 2004. Euro foreign exchange reference rates. — Frankfurt, European Central Bank, 2005 (<http://www.ecb.int/stats/eurofxref/eurofxref-hist.xml>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

194. Поздняков С.В., Герасименко Т.В. Глобальная пандемия ВИЧ/СПИД на конец 2001 года. HiT country profiles [web site]. — Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2005 (<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

195. Дэйтон Дж., Мэрсон М. Профилактика ВИЧ в развивающихся странах // Русский журнал “ВИЧ/СПИД и родственные проблемы”. — 1998. — Т. 2, № 3. — С. 51–62.

196. Белозёров Е.С., Змушко Е.И. Классификация ВИЧ-инфекции. Healthy life expectancy 2002. [web site]. — Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/hale/hale>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

197. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/Document/E87325R.pdf?language=Russian>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

198. Tobacco control database [online database]. — Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://data.euro.who.int/tobacco>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

199. Health status, health needs and utilization of health services of the population of Serbia in 2000. — Belgrade, Institute of Public Health Network in Serbia, 2002.

200. Serbia. Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Fact sheet. — Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/factsheets/2003/Serbia_factsheet.htm, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

201. Гурвич И.Н., Русакова М.М., Яковлева А.А. Молодёжная наркотизация // <http://nodrugs.da.ru>.

202. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Бочкова М.С. Эпидемия инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, среди потребителей психотропных препаратов в России // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. — 2000. — № 4. — С. 9–15.

203. Kaldor J, McDonald A. HIV/AIDS surveillance systems in Australia J Acquir Immune Defic Syndr 2003 Feb;32 Suppl 1:S18-23.

204. Smith E. HIV/AIDS surveillance in Denmark: the challenges ahead J Acquir Immune Defic Syndr 2003 Feb;32 Suppl 1:S33-8.

205. Hamouda K. HIV/AIDS surveillance in Germany. J Acquir Immune Defic Syndr 2003 Feb;32 Suppl 1:S49-54.

206. Nakashima AK, Fleming PL. HIV/AIDS surveillance in the United States, 1981-2001. J Acquir Immune Defic Syndr 2003 Feb;32 Suppl 1:S68-85.

207. Diagnosis and reporting of HIV and AIDS in states with HIV/AIDS surveillance—United States, 1994-2000. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002 Jul 12;51(27):595-8.

208. Миккельсон Х. Распространение СПИДа среди гомосексуалистов в странах СНГ и Балтии // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 1999. — № 1. — С. 11–13.

209. Шумов А.В., Федотов А.Ф., Тараскин О.В. Инфекции, передаваемые половым путём и женская проституция на территории Саратовской области // Вестник дерматологии и венерологии. — 2001.— № 1.— С. 69–72.

210. Мудренко О.С., Яцуха М.В. Клинико-лабораторное обследование женщин, занимающихся коммерческим сексом // Вестник дерматологии и венерологии. — 2001. — № 1. — С. 46–48.

211. Ходакевич Л., Кобыща Ю., Безрученко-Новачук М. Стратегия ЮНЕЙДС в странах Восточной Европы // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2000. — № 4. — С. 6–65.

212. McKinney MM, Marconi KM, Cleary PK, Kates J, Young SR, к'Neil JF. Relivering HIV services to vulnerable populations: an evaluation and research agenda. Public Health Rep 2002 Mar-Apr;117(2):114–22.

213. Ворник Б.М., Голоцван О.А., Голубов О.П. Коломієць В.П., Подшивалов К.В. Безпечна поведінка (Інформаційний посібник для підлітків та молоді). — К.: ВЦ Сім'я, 1999. — 56 с.

214. Запорожан В.М. ВІЛ-інфекція і СНІД. — К., 2001. — 634 с.

215. Serbia and Montenegro: poverty reduction strategy paper. — Washington, КС, International Monetary Fund, 2004 (IMF Country Report No 04/120; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2004>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

216. Turkish demographic and health survey, 2003. — Ankara, Hacettepe University, Institute of Population Studies, 2004 (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/dokumantasyon.htm>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

217. Кобыща Ю. Детерминанты распространения ВИЧ среди шприцевых наркоманов на Украине // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 1999. — № 1. — С. 34–36.

218. Щербинская А.М., Кобыща Ю.В., Круглов Ю.В. и др. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции на Украине (1987–1997) // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 1999. — № 1. — С. 26–29.

219. ВИЧ при беременности: обзор. ЮНЭЙДС/ВОЗ. — 1999. — 59 с.

220. Герасименко Т.В., Позняков С.В., Могилевский Л.Я., Щербинская А.М. и др. Факторы риска ВИЧ-инфицирования женщин фертильного возраста // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. — 2002. — № 1. — С. 103–106.

221. Шах Р., Брэдбир К. Женщины и ВИЧ — состояние проблемы десять лет спустя // Инфекции, передающиеся половым путём. — 2000. — № 6. — С. 12–18.

222. Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду другого покоління / О.Р.Артюх, О.М.Балакарева, Л.В.Бочкова, Ю.П.Галич та ін. — К.: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД” в Україні, 2005. — 60 с.

223. В.Д. Москаленко, Н.Г. Гойда, Р.О. Моисеєнко, Н.Я. Жилка // Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини / Охорона здоров'я України. — 2003. — № 4. — С. 13–16.

224. Подольський В.В., Дронова В.Л., Геревич Г.Й. ВІЛ/СНІД і репродуктивне здоров'я — сучасний стан проблеми // Здоровье женщины. — 2005. — № 2 (22). — С. 214–217.

225. Картавец Р.Л., Слабкий Г.А. Особенности личности современного подростка и условия ее формирования // Современная педиатрия. — 2005. — №2 (7). — С. 29–31.

226. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні / Ситуаційний аналіз / Н. Березіна, Б. Ворник, Н. Жилка та ін. — К., 2004. — 59 с.

227. Картавец Р.Л., Слабкий Г.А. Поведение подростков как фактор риска заражения болезнями, передающимися половым путем // Медико-соціальні проблеми сім'ї. — 2004. — №3. — С. 111–115.

228. Лапушенко О.В., Атоев К.Л., Бережнов С.П. и др. Оценка эскалации ВИЧ-инфекции и СПИДа в Украине. Информационная технология управления эпидемическим процессом и ранжирования рисков // Врачебное дело. — 2004. — № 5–6. — С. 3–17.

229. Щербинська А.М. Медичні аспекти проблеми ВІЛ/СНІД в Україні // Мистецтво лікування. — 2006. — №2. — С. 26–30.

230. Рудий В.М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом. — К.: Сфера, 2003. — 178 с.

231. Постанова Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. № 264 “Концепція стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року”.

232. Постанова Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. № 264. “Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 — 2008 роки”.

233. Закон України “Про забезпечення запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту людини (СНІД) та соціальний захист населення” // Відомості Верховної Ради України. — 1992. — № 11, ст. 152; 1998. — № 35, ст. 235; 2002. — №6, ст. 41.

234. Моніторинг епідемії ВІЛ/СНІДу. Оцінка ефективності протидії (соціальний аспект) / Під ред. Ю.І.Саєнко. — К.: ПЦ Фоліант, 2004. — 416 с.

235. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози. — К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2003. — 146 с.

236. Harries AK. Management of HIV in resource-poor countries, with a focus on sub-Saharan Africa. Lepr Rev 2002 Sep; 73(3):268–75.

237. Пономаренко В.М., Весельський В.Л., Айстраханов Д.Д. та ін. Методичні підходи до побудови інтегральних оцінок виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. — 2006. — №1. — С. 5–9.

238. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В., Курчатова Г.В. Результати оперативного моніторингу ефективності діагностики онкопатології у розрізі регіонів України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я — 2006. — № 2. — С. 49–52.

239. Нагорна А.М., Варивончик Д.В., Вітте П.М. та ін. Державна реєстрація захворюваності населення України на професійну онкологічну патологію та

шляхи її удосконалення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я — 2006. — №3. — С. 12–16.

240. Рак в Україні 2004–2005. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, Є.Л. Горох, О.В. Сумкіна // Бюлетень національного канцер-реєстру України. — 2006. — № 7. — 97с.

241. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С. Особливості умов і способу життя різних соціально-економічних груп населення та їх вплив на здоров'я // Охорона здоров'я України. — 2004. — №3. — С. 44–50.

242. Вступне слово Президента АМН України, академіка О.Ф. Возіанова на загальних зборах АМН України «Медичні аспекти Чорнобильської катастрофи: 20 років по тому» // Журн. АМН України. — 2006. — Т12, №1. — С. 3–4.

243. Возіанов О.Ф. Чорнобиль та медична наука // Журн. АМН України. — 2006. — Т 12, № 1. — С. 5–16.

244. Стан та соціальний захист сільських дітей. — К., 2006. — 284 с.

245. Становище дітей та жінок в Україні. — К., 2005. — 180 с.

246. Лук'янова О.М. Проблеми здоров'я здорової дитини та наукові аспекти профілактики його порушень // Мистецтво лікування. — 2005. — № 2. — С. 5–15.

247. Грузева Т.С. Комплексний підхід до вирішення проблем нерівності в здоров'ї населення в умовах стратифікації суспільства // Вопросы здравоохранения Донбасса: Сб. научн. статей. Выпуск II. — Донецьк, 2005. — 103 с.

248. Орда О.М., Пономаренко В.М. Основні напрями державної політики в системі охорони здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах України // Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002—2011 роки. — К., 2006. — С. 24–34.

249. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Украине 2005: Евробюро ВОЗ. — Копенгаген, 2006. — 39 с.

250. Основні показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2005–2006 роки. — К., 2007. — 72 с.

251. Дудіна О.О., Медведовська Н.В., Москалець Г.М. та ін. Здоров'я різних верств населення // Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки. — К., 2006. — С. 35–46.

252. Моїсєнко Р.О., Дудіна О.О., Пономаренко С.Д. та ін. Здоров'я різних верств населення // Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки. — К., 2006. — С. 99–123.

253. Москалець Г.М., Чепелевська Л.А., Медведовська Н.В. та ін. Захворюваність населення на найбільш поширені хвороби // Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки. — К., 2006. — С. 47–69.

254. Москалець Г.М., Медведовська Н.В., Кульчицька Т.К. та ін. Захворюваність населення на найбільш поширені хвороби // Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки. — К., 2006. — С. 124–163.

255. Пономаренко В.М. Межотраслевая комплексная программа “Здоровье нации” как основа реализации стратегии охраны здоровья детского населения в современных условиях // Современная педиатрия. — 2003. — №1. — С. 12–14.

256. Пономаренко В.М., Курчатов Г.В., Москалець Г.М. та ін. Реалізація заходів щодо медико-соціальної допомоги вразливим верствам населення України в межах Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 рр. // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров’я України. — 2004. — № 1. — С. 19–24, 2004. — № 2. — С. 24–29.

257. Пономаренко В.М., Москалець Г.М., Медведовська Н.В. та ін. Стан виконання заходів Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки щодо медико-соціальних проблем злюкисних новоутворень // Там же. — 2005. — № 2. — С. 9–18, 2005. — № 3. — С. 5–10.

258. Пономаренко В.М., Москалець Г.М., Якутович Н.В. та ін. Стан виконання заходів Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки щодо медико-соціальних проблем цукрового діабету // Там же. — 2005. — № 1. — С. 5–13.

259. Пономаренко В.М., Москалець Г.М., Баторшина Г.І. Стан виконання заходів Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки щодо медико-соціальних проблем травматизму та отруень // Там же. — 2004. — № 4. — С. 5–13.

260. Пономаренко В.М., Чепелевська Л.А., Москалець Г.М. та ін. Стан виконання заходів Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки щодо медико-соціальної допомоги хворим на психічні розлади, алко-голізм та наркоманію // Там же. — № 3. — С. 5–13.

261. Матеріали з програмно-цільового планування (в рамках реалізації проекту “Впровадження механізму прийняття ефективних бюджетних рішень”). — Миколаїв: КП „Інститут соціально-економічного розвитку міста”, 2005 // <http://www.urban.mk.ua/fajlo/1.htm>.

262. Огонь Ц.Г. Бюджет в умовах макроекономічного розвитку України // Актуальні проблеми економіки. — 2004. — № 5. — С. 25–34.

263. Fakin B., de Crombrughe A. Fiscal Adjustment in Transition Economies. Social Transfers and Efficiency of Public Spending // Comparative analysis with кЕСК countries, кЕСК. — March. — 1997.

264. In Search of Results: Performance Management Practices, кЕСК. — 1997// <http://www.mbr-ukr.org>.

265. Матеріали програми тренінгу проекту USAIK “Реформа місцевих бюджетів в Україні” “Практичні аспекти програмно-цільового методу бюджетування. Зарубіжний досвід” (18–19 квітня 2006 р., м. Київ)// <http://www.mbr-ukr.org>.

266. Левицька С.О. Впровадження програмно-цільового методу формування бюджетів // Фінанси України. — № 6. — 2004. — С. 33–37.

267. Павлюк К.В. Оцінка виконання бюджетних програм: результативні показники // Фінанси України. — № 2. — 2005. — С. 70–77.

268. Стратегічний план на 2004–2009 рр. Міністерства охорони здоров’я і соціального забезпечення США // <http://www.ustreas.gov/>.

269. Budget 2007: A Stronger, Safer, Better Canada Preserving our Environment and Modernizing our Health Care System // <http://www.fingc.ca>.

270. Основные характеристики федерального бюджета Российской Федерации на 2008–2010 годы. Реализация приоритетного национального проекта “Здоровье” // <http://www1.minfin.ru/home.htm>.

271. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України: У 6 т. / Редкол.: М.Я. Азаров (голова) та ін. — К.: НДФІ, 2004. — Т. 1: Пріоритети бюджетної політики та економічне зростання в Україні / М.Я. Азаров, Ф.О. Ярошенко, В.М. Геєць (кер. авт. кол) та ін. — 640 с.
272. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України: У 6 т. / Редкол.: М.Я. Азаров (голова) та ін. — К.: НДФІ, 2004. — Т. 2: Соціальна спрямованість бюджетної політики / М.Я. Азаров, Ф.О. Ярошенко, Е.М. Лібанова та ін. — 376 с.
273. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України: У 6 т. / Редкол.: М.Я. Азаров (голова) та ін. — К.: НДФІ, 2004. — Т. 4: Програмно-цільовий метод у бюджетному процесі: Монографія / М.Я. Азаров, Ф.О. Ярошенко, О.І. Амоша (кер. авт. кол.) та ін. — 368 с.
274. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України: У 6 т. / Редкол.: М.Я. Азаров (голова) та ін. — К.: НДФІ, 2004. — Т. 5: Реформування міжбюджетних відносин і зміцнення фінансової основи місцевого самоврядування / М.Я. Азаров, Ф.О. Ярошенко, В.Г. Бодров та ін. — 400 с.
275. Тянь Р.Б., Холод В.А. Управління проектами: Підручник. — К.: Центр навчальної літератури, 2003. — 224 с.
276. Державний фінансовий контроль виконання бюджетних програм / Т.І. Єфименко, І.Б. Стефанюк та ін. — К.: НДФІ, 2004. — 320 с.
277. Програмно-цільовий метод формування бюджету: Навч. посіб. / З.В. Перун, О.І. Романюк, Л.П. Литвищева, та ін. — К.: Унісерв, 2002. — 132 с.
278. Национальные программы борьбы против рака: Руководящие указания по стратегиям и управлению: Пер. с англ. Женева, ВОЗ. — М.: Медицина, 1996. — 152 с.
279. Колоденко В.О. Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України. Міфи та реальність // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 1. — С. 5–9.
280. Москаленко В.Ф., Феценко Ю.І. Актуальні проблеми туберкульозу в Україні за останні 10 років // Український пульмонологічний журнал. — 2001. — № 1. — С. 5–8.
281. Літвак А.І. Аналіз і оцінка фінансово-економічного стану бюджетної медичної установи // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2000. — № 1. — С. 34–37.
282. Шейман И.М. Возможные стратегии формирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. — 2000. — № 5–6. — С. 47–55.
283. Залесский В.Н. Социально-экономические аспекты кардиологии: анализ экономической эффективности программ кардиологической помощи // Украинський кардіологічний журнал. — 2001. — № 5. — С. 112–115.
284. Лук'янова О.М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку // Журнал Академії медичних наук України. — 2001. — № 3. — С. 408–415.
285. Сивульський М.І. Основні пріоритети бюджетного процесу // Фінанси України. — 2006. — № 10. — С. 6–7.

286. Запатріна І.В., Лебеда Т.Б. Програмно-цільовий метод бюджетування у контексті стратегічного та середньострокового планування // *Фінанси України*. — 2006. — № 10. — С. 10–12.
287. Мортіков В.В. Реформування охорони здоров'я: фінансовий аспект // *Фінанси України*. — 2006. — № 10.
288. Запатріна І.В. Інституційні аспекти реалізації концепції “двох бюджетів” на прикладі російського досвіду // *Фінанси України*. — 2006. — № 9. — С. 12–18.
289. Рубан Н.І. Концептуальні засади контролю за виконанням бюджетної програми // *Фінанси України*. — 2006. — № 8. — С. 22–26.
290. R. Roemer Health legislation as a tool for public health and health policy. In: *Health legislation at the dawn of the XXIst century // International Kigest of Health Legislation, special issue, Vol. 49, No.1, 1998, P. 89–100.*
291. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — 432 с.
292. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym // Kz.U.97.28.153 ze zmianami przyjktymi ustaw№ z dnia z dnia 20 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektyrych innych ustaw.
293. World Health krganization Book on European health care reforms. World Health krganization, 1997. — 59 p.
294. Bar-Mor H. “The paradox of health care system in Izrael: the conflict between a “third-party” government and an efficient mechanism of carrying out public management”. Presented paper on the 2nd ISTR Conference, Mexico City, 1996. — 63 p.
295. Warner M. Implementing Health Care Reforms through substitution. Cardiff: Welsh Institute for Health and Social Care, 1996. — 42 p.
296. Чугунов І.Я., Самошкіна О.А. Теоретико-методологічні засади удосконалення програмно-цільового методу планування видатків бюджету // *Фінанси України*. — 2004. — № 9. — С. 37–44.
297. Национальные программы борьбы против рака. Руководящие указания по стратегии и управлению. — Женева: ВОЗ, 1996. — 152 с.
298. Здоровье 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6). — Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. — 309 с.
299. Об определении политики в области здравоохранения в Европе // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. — 1995. — № 1. — С. 51–52.
300. Тимченко О.І., Сердюк А.М., Гойда Н.Г. та ін. Профілактична медицина: стратегія зміцнення здоров'я населення України // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. — 2002. — №2. — С. 89–93.
301. Сердюк А.М., Тимченко О.І. Концепція Національного плану дій з гігієни навколишнього середовища // *Журн. АМН України*. — 1998. — Т. 4, № 4. — С. 652–661.
302. Klein R. цит. по Салтман Р.О., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — 428 с.

303. Оцінка стану довкілля та визначення проблем, пріоритетних для вирішення // Програма місцевих екологічних дій. — К., 2002. — 207 с.

304. Бюджетний кодекс України // Відомості Верховної Ради. — 2001. — №37–38. — С. 189.

305. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.09.2002 р. №538-р. “Про схвалення Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі” // Офіційний вісник України від 04.10.2002 р. — 2002 р. — №38. — С. 241.

306. Реалізація галузевих стратегій розвитку: програмно-цільовий метод (практичний посібник для розпорядників коштів міських бюджетів) / Проект “Реформа місцевих бюджетів”, RTI International. — К., 2006. — 64 с

307. Місцевий бюджет за програмно-цільовим методом — секрет успішного управління (Брошура для керівників органів місцевого самоуправління) // Проект “Реформа місцевих бюджетів”, RTI International. — К., 2006. — 16 с.

308. Приймак А.А., Михайлова Ю.В., Еремичева Т.Л. Методические аспекты формирования целевых программ в медицине // Здравоохранение Российской Федерации. — 1989. — №8. — С. 3–7.

309. Кадыров Ф.Н. Роль федеральных целевых программ здравоохранения в реализации государственной научно-технической политики // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 1998. — № 2. — С. 34–36.

310. Трещутин В.А., Егорова И.А. Социально-гигиенические аспекты мониторинга и оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2000. — №2. — С. 36–8.

311. Равдугина Т.Г. Целевые программы — как важнейший инструмент достижения результативности управления в системе охраны здоровья населения // Экономика и управление здравоохранением Межрегиональной Ассоциации “Здравоохранение Сибири”. — Красноярск, 1997. — С. 45–48.

312. Трещутин В.А., Герасименко Н.Ф. Методология и технология реализации целевых программ на региональном уровне: (Метод. рек.) №99/83/М-во здравоохр. РФ., Адм. Алт. края, Комитет по здравоохр., Алт. гос мед. ун-т. — М., 1999. — 27 с.

313. Михайлова Ю.В. Научные основы стратегического планирования в здравоохранении // Экономика здравоохранения. — 2003. — № 1. — С. 48–52.

314. Татарников М.А. Порядок разработки и реализации федеральных целевых программ в области здравоохранения // Экономика здравоохранения. — 2002. — № 5–6. — С. 5–7.

315. Саркисян А.Г. Стратегическое развитие здравоохранения // Экономика здравоохранения. — 2001. — № 7–8. — С. 30–33.

316. Москаленко В.Ф. Цільові програми як механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я // Міжнародний медичний журнал. — 2002. — № 4, Т. 8. — С. 6–13.

317. Пономаренко В.М., Москаленко В.Ф., Швецов В.С. та ін. Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” — ефективна складова реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я / Міжгалузева комплексна програма

"Здоров'я нації" на 2002–2011 роки — крок до реформування галузі: Матеріали конференції / М-во охорони здоров'я України; Укр. ін-т громадського здоров'я; Управління охорони Закарпатської облдержадміністрації. — К., 2006. — С. 19–27.

318. Пономаренко В.М., Грузєва Т.С., Хунов Ю.А., Кульчицька Н.О. Комплексне програмно-цільове планування в охороні здоров'я на державному та регіональному рівнях. — Київ –Луганськ: ВАТ "ЛЮД", 2003. — 241 с.

319. Пономаренко В.М. Межотраслевая комплексная программа "Здоровье нации" как основа реализации стратегии охраны здоровья детского населения в современных условиях // Современная педиатрия. — 2003. — №1. — С. 12-14.

320. Москалець Г.М., Курчатова Г.В. Медико-соціальні проблеми вразливих верств населення (огляд літератури) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я населення України. — 2004. — №1. — С. 17–18.

321. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України у 2006 році. — К., 2007. — 92 с. (Препр./ МОЗ України; 07-07).

322. Бокерня Л.А., Елисеєв М.Б. Высокие технологии в кардиохирургии: применение и оценка экономической эффективности // Экономика здравоохранения. — 2001. — № 9. — С. 5–9.

323. Низамов И.Г. Экономические подходы к оценке деятельности стационаров как основа стратегического планирования больничной помощи населению (на примере Республики Татарстан) // Экономика здравоохранения. — 2003. — № 2.— С. 10–12.

324. Калининская А.А. Экономический эффект от рационализации использования коечного фонда стационаров // Экономика здравоохранения. — 2001.— № 3.— С. 23–27.

325. Пенжоян Г.А. Эффективность современных перинатальных технологий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2002. — № 6. — С. 42–44.

326. Чернова Т.В., Ползик Е.В., Казанцев В.С. Использование интегрального показателя для оценки медицинской эффективности работы лечебно-профилактического учреждения // Здравоохранение Российской Федерации. — 2001. — № 5. — С.14–16.

327. Багненко С.Ф., Архипов В.В., Перегудов С.И., Рухляда Н.О. Анализ медико-экономической эффективности в оценке новых медицинских технологий // Экономика здравоохранения. — 2002. — № 4. — С. 12–14.

328. Двойрин В.В., Погорелова Э.И. Социально-экономический ущерб, обусловленный смертностью населения // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1994. — № 4. — С. 29–31.

329. Маламуд М.И. К методике определения экономической эффективности народного здравоохранения // Советское здравоохранение. — 1970. — № 11.— С. 23.

330. Murray C.J.L. Количественная оценка "груза болезней": концептуальная основа метода расчета скорректированных на инвалидность лет жизни // Бюллетень ВОЗ. — 1994. — Т. 72, № 3. — С. 72–87.

331. Кучерин Н.А. Экономические аспекты заболеваемости и производительности труда. — Л.: Медицина, 1978. — 239 с.

332. Двойрин В.В., Погорелова Э.И. Социально-экономический ущерб, обусловленный смертностью населения // Здоровоохранение Российской Федерации — 1994. — № 4. — С. 29–31.

333. Попов Г.А. Экономические проблемы в управлении лечебно-профилактическими учреждениями. — М.: Медицина, 1976. — 248 с.

334. Сердюк А.М., Тимченко О.І., Єлагін В.В. Обґрунтування необхідності розробки і виконання державної цільової програми “Захист генофонду населення України” 2005–2014 роки” // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я населення України. — 2005. — № 2. — С. 35–38.

Зміст

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. СТАН ЗДОРОВ'Я ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОКРАЩАННЯ В УКРАЇНІ І В ІНШИХ КРАЇНАХ СВІТУ	5
1.1. Проблеми здоров'я і продовження середньої очікуваної тривалості якісного життя	5
1.2. Шляхи покращення рівня здоров'я населення	18
1.3. Мінімізація найбільш актуальних проблем стану здоров'я населення	24
РОЗДІЛ 2. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЦІЛЬОВИХ ПРОГРАМ ПОКРАЩАННЯ ЗДОРОВ'Я НАРОДУ УКРАЇНИ	34
РОЗДІЛ 3. ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ ТА ПРОБЛЕМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	45
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	59
РОЗДІЛ 5. АНАЛІЗ РОЗРОБОК ТА УПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЦІЛЬОВИХ ПРОГРАМ	106
РОЗДІЛ 6. АНАЛІЗ ФІНАНСУВАННЯ ДЕРЖАВНИХ ПРОГРАМ	152
РОЗДІЛ 7. ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ РОЗРОБКИ ТА МОДЕЛІ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЦІЛЬОВИХ ПРОГРАМ ІЗ НАЙБІЛЬШ АКТУАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВ'Я НАРОДУ	166
ВИСНОВКИ	183
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	185

Монографія

**ГайдаєвЮрійОлександрович
КорнацькийВасильМихайлович**

**ДЕРЖАВНІЦІЛЬОВІПРОГРАМИ
ПОКРАЩАННЯЗДОРОВ'ЯНАРОДУ**

Редагування і коректура	<i>Леся Капкаєва</i>
Оформлення обкладинки	<i>Павло Кушик</i>
Технічний редактор	<i>Світлана Демчишин</i>
Комп'ютерна верстка	<i>Наталія Нижегородова</i>

Підписано до друку 12.11.2007. Формат 70×100/16. Папір офсетний. Гарнітура Journal.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 16,90. Обл.-вид. арк. 12,14. Наклад 2000. Зам. № 214.

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки
Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано у друкарні
Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 2215 від 16.06.2005 р.