



# ДІЄМО ДЛЯ ЗДОРОВ'Я

Україно-швейцарський проєкт  
«Скорочення поширеності факторів  
ризиків неінфекційних захворювань в Україні»

## АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОЦІНКИ «ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ З НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: БАР'ЄРИ ТА МОЖЛИВОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»



КИЇВ – 2023

Проєкт реалізується:



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД  
ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ  
І ПЛАНУВАННЯ СІМ'Я

onehealth

За підтримки:



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

За підтримки Швейцарії



▶

# АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОЦІНКИ «ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ З НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: БАР'ЄРИ ТА МОЖЛИВОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»





В Україні неінфекційні захворювання є основною причиною інвалідності та передчасної смертності. Вони зумовлюють значні соціально-економічні наслідки для розвитку країни та потребують невідкладного втручання у вигляді прийняття політичних рішень та злагоджених дій на усіх рівнях.

Цей звіт підготовлено на основі результатів оцінки у сфері профілактики та контролю неінфекційних захворювань в Україні. У ньому наведено огляд проблем та можливостей системи охорони здоров'я України загалом та 5 регіонів (Львівської, Рівненської, Полтавської, Дніпропетровської та Херсонської областей). Оцінка включала декілька напрямків – аналіз показників у сфері НІЗ, охоплення основними втручаннями та послугами у сфері НІЗ, виклики та можливості системи охорони здоров'я для розширення основних заходів та послуг щодо НІЗ, а також вивчення інновацій та передового досвіду. За результатами оцінки розроблено рекомендації для національного рівня та для кожного з 5 регіонів.

Оцінку проведено в межах україно-швейцарського проєкту «Скорочення поширеності факторів ризику НІЗ в Україні» (коротка назва – проєкт «Діємо для здоров'я») на основі адаптованої методології ВООЗ «Кращі результати лікування неінфекційних хвороб: виклики та можливості для систем охорони здоров'я». Чинну фазу проєкту (листопад 2020 року – жовтень 2022 року) впроваджує консалтингова група GFA GmbH спільно з Університетськими клініками Женеви та партнерами в Україні – БФ «Здоров'я жінки і планування сім'ї» і консалтингова агенція Onehealth, за підтримки Швейцарії, що надається через Швейцарську агенцію розвитку та співробітництва (SDC).

Звіт може становити інтерес для фахівців системи охорони здоров'я, які працюють або цікавляться сферою неінфекційних захворювань, а також для керівників, які приймають рішення щодо профілактики та контролю хронічних захворювань на різних рівнях.

У разі використання матеріалів зі звіту, а також при тиражуванні у будь-якій формі (частини або цілого тексту), посилання на це видання є обов'язковим. Інформація, наведена у звіті, не обов'язково відображає позицію донора.

Дизайн звіту - Катерина Кириченко

Підписано до друку 30.01.2023 р.

Замовник - Україно-швейцарський проєкт "Діємо для здоров'я"

Наклад - 100 прим.

© Україно-швейцарський проєкт «Діємо для здоров'я»

## ПОДЯКА

Цей звіт – колективна праця багатьох установ, організацій та експертів, які об'єднали зусилля і змогли провести комплексну оцінку ситуації у сфері профілактики та контролю неінфекційних захворювань в Україні.

Проєкт «Діємо для здоров'я» висловлює подяку усім партнерам, які були долучені до проведення цієї оцінки, зокрема Всесвітній організації охорони здоров'я, Міністерству охорони здоров'я України та Центру громадського здоров'я МОЗ України, обласним державним адміністраціям Дніпропетровської, Львівської, Полтавської, Рівненської та Херсонської областей, закладам та фахівцям, що опікуються питаннями громадського здоров'я на місцях, спеціалістам первинної ланки надання медичної допомоги, міжнародним та громадським організаціям та ін.

## АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

**Тетяна Юрочко**, кандидат наук з державного управління, доцент, керівник Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»

**Андрій Скіпальський**, національний фахівець з факторів ризику НІЗ, Бюро ВООЗ в Україні; на момент складання звіту – експерт з громадського здоров'я проєкту «Діємо для здоров'я»

**Ірина Курило**, професор, доктор економічних наук, завідувач відділу досліджень демографічних процесів та демографічної політики, Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи

**Анастасія Думчева**, експерт з громадського здоров'я проєкту «Діємо для здоров'я» (на момент складання звіту)

## ЗМІСТ

<b>СКОРОЧЕННЯ</b> .....	8
Перелік таблиць .....	10
Перелік рисунків .....	10
<b>ОЦІНКА «ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ З НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: БАР'ЄРИ ТА МОЖЛИВОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ». КОРОТКИЙ ОГЛЯД</b> .....	12
<b>ВСТУП</b> .....	20
<b>РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ У СФЕРІ НІЗ</b> .....	23
Очікувана тривалість життя в Україні .....	24
Смертність, рівень захворюваності та поширеність НІЗ в Україні .....	29
Смертність від основних неінфекційних захворювань та захворюваність на них у п'яти регіонах України .....	46
<b>РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ОСНОВНИХ ВТРУЧАНЬ НА РІВНІ НАСЕЛЕННЯ ТА ДОСТУПНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОСЛУГ</b> .....	55
2.1. ОЦІНКА ОСНОВНИХ ВТРУЧАНЬ НА РІВНІ НАСЕЛЕННЯ .....	56
Контроль над вживанням тютюну .....	57
Контроль над вживанням алкоголю .....	65
Втручання щодо здорового харчування .....	71
Втручання щодо фізичної активності .....	76
Втручання щодо забруднення атмосферного повітря .....	80
Втручання щодо безпеки дорожнього руху .....	86
2.2. ОЦІНКА ЩОДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ .....	89
Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення в Дніпропетровській області .....	89
Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення у Львівській області .....	91
Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення у Полтавській області .....	93
Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення у Рівненській області .....	94
Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення у Херсонській області .....	97
2.3. ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОСЛУГ .....	98
Надання послуг пацієнтам з серцево-судинними захворюваннями .....	99
Надання послуг пацієнтам з цукровим діабетом .....	105
Надання послуг пацієнтам з онкологічними захворюваннями .....	110
Надання послуг пацієнтам з хронічними респіраторними захворюваннями .....	122
Надання послуг пацієнтам з психічними розладами .....	124



<b>РОЗДІЛ 3. ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА КОНТРОЛІ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b> .....	133
Бар'єр 1. Посилення політичної підтримки для покращення профілактики та контролю неінфекційних захворювань.....	134
Бар'єр 2. Формування чітких підходів до встановлення пріоритетів та обмежень.....	138
Бар'єр 3. Посилення міжвідомчої співпраці.....	142
Бар'єр 4. Розширення прав та можливостей для населення.....	144
Бар'єр 5. Створення ефективних моделей надання послуг.....	146
Виклик 6. Покращення координації роботи між постачальниками послуг.....	150
Виклик 7. Заощадження ресурсів шляхом правильної регіоналізації та спеціалізації надаваної допомоги.....	154
Виклик 8. Створення правильних систем стимулювання.....	158
Бар'єр 9. Інтеграція доказових даних у клінічну практику.....	159
Бар'єр 10. Вирішення проблем людських ресурсів.....	160
Бар'єр 11. Покращення доступу до якісних ліків для лікування НІЗ.....	164
Бар'єр 12. Посилення управління системою охорони здоров'я.....	166
Бар'єр 13. Створення адекватних інформаційних систем.....	167
Бар'єр 14. Подолання опору змінам.....	171
Бар'єр 15. Забезпечення доступу до медичної допомоги та зменшення фінансового навантаження.....	172
<b>РОЗДІЛ 4. ІННОВАЦІЇ ТА ЕФЕКТИВНІ ПРАКТИКИ</b> .....	175
Державна програма «Доступні ліки».....	176
Досягнення України у сфері контролю над тютюном.....	178
<b>РОЗДІЛ 5. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОЦІНКИ «ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ З НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: БАР'ЄРИ ТА МОЖЛИВОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»</b> .....	183
5.1. Посилення координації та управління в реалізації політики у сфері боротьби з НІЗ.....	184
5.2. Запровадження системи управління хронічними захворюваннями на основі ПМД та забезпечення якості допомоги та послуг щодо профілактики і контролю НІЗ.....	186
5.3. Оновлення системи електронного здоров'я до інтегрованої системи клінічної підтримки та підтримки прийняття рішень.....	187
5.4. Удосконалення фінансових механізмів політики протидії НІЗ: залучення додаткових коштів, запровадження фінансових стимулів, забезпечення ліками.....	188
5.5. Кадрові ресурси: наявність, кваліфікація, навчання, розподіл обов'язків.....	189
5.6. Розширення можливостей пацієнтів.....	190
<b>ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ</b> .....	191
<b>ДОДАТКИ</b> .....	209
Додаток 1. Методологія дослідження.....	210
Додаток 2. Форми для збору статистики та інформації щодо індивідуальних послуг та послуг на рівні населення. Опитники для інтерв'ю з експертами.....	220

## СКОРОЧЕННЯ

<b>АТ</b>	артеріальний тиск
<b>ВПЛ</b>	вірус папіломи людини
<b>ВВП</b>	валовий внутрішній продукт
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ВРУ</b>	Верховна Рада України
<b>ВСС</b>	інструмент зміни поведінки за допомогою комунікації
<b>ГЗ</b>	гостре захворювання
<b>ГХ</b>	гіпертонічна хвороба
<b>ДТ</b>	діастолічний тиск
<b>ЕЕСА</b>	країни Східної Європи та Центральної Азії
<b>ESPAD</b>	міжнародний проект «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин»
<b>ЕСОЗ</b>	електронна система охорони здоров'я
<b>ЗОЗ</b>	заклад охорони здоров'я
<b>ЄС</b>	Європейський Союз
<b>GATS</b>	глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну
<b>GYTS</b>	глобальне опитування молоді щодо вживання тютюну
<b>HBSC</b>	міжнародне опитування «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»
<b>ІМТ</b>	індекс маси тіла
<b>ІТ</b>	інформаційні технології
<b>ІХС</b>	ішемічна хвороба серця
<b>КМІС</b>	Київський міжнародний інститут соціології
<b>КАРВ</b>	опитування стосовно знань, ставлення, практик та переконань
<b>LMICs</b>	країни з низьким та середнім рівнем прибутку
<b>МЕРТ</b>	Міністерство економічного розвитку і торгівлі України
<b>МІС</b>	медична інформаційна система
<b>ММС</b>	Міністерство молоді та спорту України
<b>МО</b>	міжнародна одиниця
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я України
<b>МОН</b>	Міністерство освіти і науки України
<b>МРГТ</b>	Міністерство розвитку громад і територій України
<b>МСП</b>	Міністерство соціальної політики України
<b>НІЗ</b>	неінфекційні захворювання
<b>НАМН</b>	Національна академія медичних наук України
<b>НПД</b>	Національний план дій щодо неінфекційних захворювань
<b>щодо НІЗ</b>	для досягнення глобальних цілей сталого розвитку
<b>НСЗУ</b>	Національна служба здоров'я України
<b>НУО</b>	неурядова організація
<b>ОДА</b>	обласна державна адміністрація
<b>ОІАЦМС</b>	обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики
<b>ОР</b>	обласна рада
<b>ОТГ</b>	об'єднана територіальна громада
<b>ООН</b>	Організація Об'єднаних Націй
<b>ПАР</b>	психоактивні речовини
<b>ПДЛ</b>	програма «Доступні ліки»





<b>ПМСД</b>	первинна медико-санітарна допомога
<b>РГ</b>	робоча група
<b>РДА</b>	районна державна адміністрація
<b>РКБТ ВООЗ</b>	Рамкова Конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну
<b>РМЗ</b>	рак молочної залози
<b>РПД</b>	регіональний план дій
<b>РЦГЗ</b>	регіональний центр громадського здоров'я
<b>РШМ</b>	рак шийки матки
<b>СБ</b>	Світовий банк
<b>ССЗ</b>	серцево-судинні захворювання
<b>СОЗ</b>	система охорони здоров'я
<b>CDC</b>	Центри з контролю та профілактики захворювань (США)
<b>SoP</b>	стандартна операційна процедура
<b>ТВЕНи</b>	тютюнові вироби для електричного нагрівання
<b>ХОЗЛ</b>	хронічне обструктивне захворювання легень
<b>ЦВХ</b>	цереброваскулярні хвороби
<b>ЦГЗ</b>	Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
<b>ЦД</b>	цукровий діабет
<b>ЦКПХ</b>	центр контролю та профілактики хвороб
<b>ЦСР</b>	Цілі сталого розвитку
<b>ШБС</b>	Швейцарське бюро співробітництва в Україні
<b>ШОЗ</b>	Школа охорони здоров'я Києво-Могилянської академії
<b>UNICEF</b>	Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
<b>USAID</b>	Агенція США з міжнародного розвитку

## ПЕРЕЛІК ТАБЛИЦЬ

- Таблиця 1.1: Ієрархія провідних причин смерті жінок та чоловіків віком 15 років і старше в Україні у 2020 році
- Таблиця 1.2: Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні за статтю в 2005–2019 рр. (на 100 тис. осіб)
- Таблиця 2.1: Підхід ВООЗ «5 x 5»
- Таблиця 2.2: Рівень виконання основних втручань з контролю над тютюном на рівні населення
- Таблиця 2.3: Тютюн, сирий тютюн та тютюнові вироби
- Таблиця 2.4: Адвалорні ставки податку на тютюнові вироби
- Таблиця 2.5: Мінімальний акцизний податок на тютюнові вироби
- Таблиця 2.6: Рівень виконання основних втручань з контролю над алкоголем на рівні населення
- Таблиця 2.7: Оподаткування алкоголю та алкогольних напоїв
- Таблиця 2.8: Рівень виконання основних втручань щодо здорового харчування на рівні населення
- Таблиця 2.9: Рівень виконання основних втручань щодо фізичної активності на рівні населення
- Таблиця 2.10: Рівень виконання основних втручань на індивідуальному рівні: серцево-судинні захворювання
- Таблиця 2.11: Рівень виконання основних втручань на індивідуальному рівні: цукровий діабет
- Таблиця 2.12: Рівень виконання основних втручань на індивідуальному рівні: мамографічний скринінг, рак молочної (грудної) залози, колоректальний рак, паліативна допомога
- Таблиця 2.13: Рівень виконання основних втручань на індивідуальному рівні: хронічні респіраторні захворювання
- Таблиця 3.1: Аспекти системи охорони здоров'я, які можуть бути або бар'єром (перешкодою), або можливістю для покращення надання основних послуг і втручань у сфері НІЗ
- Таблиця 3.2: Зміни у фінансуванні охорони здоров'я у 2015–2020 роках
- Таблиця 3.3: Фактор обмеження доступності персоналу
- Таблиця 3.4: Розподіл основних обов'язків між генеральним і медичним директорами
- Таблиця 3.5: Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя (за даними Держстат України)

## ПЕРЕЛІК РИСУНКІВ

- Рисунок 1.1: Середня очікувана тривалість життя (роки) в Україні за статтю в 1991–2019 рр.
- Рисунок 1.2: Середня очікувана тривалість життя в роках при народженні в Україні та Європейському Союзі в 1991–2019 рр.
- Рисунок 1.3: Компонентний аналіз змін тривалості життя жінок та чоловіків в Україні за основними причинами смерті (2008–2013; 2014–2019 рр.), років
- Рисунок 1.4: Стандартизовані коефіцієнти смертності від неінфекційних захворювань за статтю в Україні у 1991–2019 рр., на 100 тис. осіб
- Рисунок 1.5: Імовірність померти в інтервалі віку від 30 до 70 років від основних неінфекційних захворювань за статтю в Україні у 2000–2019 рр. %
- Рисунок 1.6: Втрати потенційних років життя через передчасну смертність (YLLs) від неінфекційних хвороб, роки життя з інвалідністю (YLDs), спричиненою НІЗ, та сумарні втрати потенційних років життя (DALYs) від НІЗ за статтю в Україні та ЄС у 2000–2019 рр. (на 100 тис.)
- Рисунок 1.7: Захворюваність на неінфекційні хвороби та їх поширеність в Україні за статтю у 2000–2019 рр., на 100 тис. осіб



- Рисунок 1.8: Структура смертності населення України (зокрема осіб віком 30–69 років) від хвороб системи кровообігу в 2019 р.,%
- Рисунок 1.9: Стандартизовані коефіцієнти смертності від новоутворень в Україні за статтю в 2005–2019 рр. (на 100 тис. осіб)
- Рисунок 1.10: Смертність жінок віком 30–59 років від раку молочної залози та раку шийки матки в Україні в 2015–2019 рр. і її цільові рівні станом на 2020 р. згідно ЦСР (на 100 тис. осіб)
- Рисунок 1.11: Захворюваність на злоякісні новоутворення за окремими віковими контингентами в Україні в 2010, 2014, 2017, 2019 та 2020 рр. (у розрахунку на 100 тис. осіб відповідного вікового контингенту)
- Рисунок 1.12: Стандартизовані коефіцієнти смертності від цукрового діабету в Україні за статтю в 2005–2019 рр. (на 100 тис. осіб)
- Рисунок 1.13: Структура смертності жінок та чоловіків від захворювань органів травлення за нозологічними формами в Україні в 2019 р.
- Рисунок 1.14: Коефіцієнти смертності жінок та чоловіків від хронічних захворювань печінки в Україні у 2010–2019 рр. (у розрахунку на 100 тис. осіб)
- Рисунок 1.15: Коефіцієнти смертності жінок та чоловіків від хронічних захворювань нижніх дихальних шляхів в Україні у 2010–2019 рр. (у розрахунку на 100 тис. осіб)
- Рисунок 1.16: Стандартизовані коефіцієнти смертності через психічні розлади (у тому числі розлади внаслідок вживання алкоголю) в Україні за статтю в 2005–2019 рр. (на 100 тис. осіб)
- Рисунок 1.17: Стандартизовані коефіцієнти смертності від захворювань системи кровообігу в п'яти регіонах України у 2019 р. (на 100 тис. осіб).
- Рисунок 1.18: Стандартизовані коефіцієнти смертності від захворювань системи кровообігу в п'яти регіонах України в 2014, 2017 та 2019 р., за статтю (на 100 тис. осіб)
- Рисунок 1.19: Смертність жінок у віці від 30 до 59 років від раку молочної залози та раку шийки матки в Україні та п'яти регіонах у 2019 р. (на 100 тис. жінок відповідного віку)
- Рисунок 1.20: Захворюваність жінок на рак шийки матки та рак молочної залози в п'яти регіонах України у 2010–2020 рр. (у розрахунку на 100 тис. жінок)
- Рисунок 1.21: Захворюваність чоловіків на злоякісні новоутворення передміхурової залози в п'яти регіонах України у 2010–2020 рр. (у розрахунку на 100 тис. чоловіків)
- Рисунок 1.22: Стандартизовані коефіцієнти смертності від діабету в п'яти регіонах України в 2010, 2014 та 2019 рр. (на 100 тис. осіб)
- Рисунок 1.23: Загальний коефіцієнт смертності населення від хронічних захворювань печінки та цирозу (за винятком алкогольного) в Україні та п'яти регіонах у 2019 р. (на 100 тис. осіб)
- Рисунок 1.24: Загальний коефіцієнт смертності населення від бронхіту, емфіземи, астми та інших хронічних захворювань нижніх дихальних шляхів в Україні та п'яти регіонах у 2019 р. (на 100 тис. осіб)
- Рисунок 3.1: Перелік програм медичних гарантій (динаміка фінансування 2020–2021 рр.)
- Рисунок 3.2: Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я (в динаміці за 2019–2022 (план) рр.)
- Рисунок 3.3: Динаміка смертності від основних причин 2020 – липень 2021 рр.
- Рисунок 4.1: Тютюнові акцизи в Україні у 2013 – 2020 роках

## ОЦІНКА «ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ З НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: БАР'ЄРИ ТА МОЖЛИВОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ». КОРОТКИЙ ОГЛЯД

Неінфекційні захворювання (НІЗ), серед яких провідну роль відіграють серцево-судинні захворювання (ССЗ), цукровий діабет, хронічні респіраторні та онкологічні захворювання, психічні розлади, є однією з основних причин інвалідності та смертності у всьому світі. НІЗ спричиняє більше смертей, ніж усі інші причини, разом взяті. Найбільших втрат від НІЗ зазнають країни з низьким та середнім рівнями економічного розвитку, до яких належить і Україна.

За останні десятиліття неінфекційні захворювання набули масштабів пандемії, але їх тягар можна значно зменшити, врятувавши мільйони життів і уникнувши незліченних страждань. Насамперед, цього можна досягти шляхом зменшення поширеності факторів ризику НІЗ, раннього виявлення цих захворювань та їх своєчасного лікування.

Звіт «Покращення показників з неінфекційних захворювань: бар'єри та можливості системи охорони здоров'я» є першою доповіддю про ситуацію у сфері профілактики та контролю неінфекційних захворювань в Україні.

Цей звіт підготовлено командою українських експертів у результаті комплексної оцінки, проведеної в Україні на національному та регіональному рівні. Оцінка була проведена протягом травня – листопада 2021 року у межах україно-швейцарського проєкту «Скорочення поширеності факторів ризику НІЗ в Україні» (коротка назва – проєкт «Діємо для здоров'я») на основі адаптованої методології ВООЗ «Кращі результати лікування неінфекційних хвороб: виклики та можливості для систем охорони здоров'я».

Для проведення оцінки на регіональному рівні було обрано пілотні регіони проєкту «Діємо для здоров'я» (Дніпропетровська, Львівська, Полтавська, Рівненська і Херсонська області), які, серед іншого, відображають макрорегіони України.

Для того, аби комплексно оцінити ситуацію у сфері НІЗ в Україні, до оцінки було включено декілька напрямів:

- 1) аналіз показників у сфері НІЗ;
- 2) охоплення основними втручаннями та послугами у сфері НІЗ;
- 3) виклики та можливості системи охорони здоров'я для розширення основних заходів та послуг щодо НІЗ;
- 4) вивчення інновацій та передового досвіду.

Під час проведення оцінки ставились такі завдання:

- ▶ оцінити status quo ситуації у сфері профілактики та контролю НІЗ в Україні та відслідкувати тенденції останніх років;
- ▶ зрозуміти, які є проблеми та перспективи для профілактики та контролю НІЗ;
- ▶ зібрати інформацію про позитивні практики, реалізовані в Україні;
- ▶ розробити рекомендації, що стануть основою для прийняття рішень.



Одна з головних цілей цього звіту полягає в тому, щоб консолідувати базову інформацію щодо поточного стану НІЗ та їх факторів ризику, а також прогресу у боротьбі з цими захворюваннями з точки зору політики та планів, інфраструктури, епідеміологічного нагляду, втручань на рівні населення та окремих осіб. Оцінка включає аналіз ситуації у період пандемії Covid-19, але не охоплює період повномасштабної війни росії проти України.

Цей звіт та рекомендації за результатами оцінки можуть бути цікавими для політиків, посадових осіб охорони здоров'я, неурядових організацій, науковців та фахівців як зі сфери громадського здоров'я, так і з дотичних секторів з національного та регіонального рівнів.

Результати оцінки можуть бути використані для розробки національної та регіональної політики щодо посилення системи охорони здоров'я загалом та профілактики і контролю НІЗ зокрема.

## **АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ У СФЕРІ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Статистичний блок звіту містить інформацію про смертність, захворюваність та поширеність основних груп НІЗ в Україні. Зокрема у цьому розділі наведено аналіз статистичних показників щодо смертності, захворюваності та поширеності основних типів неінфекційних хвороб у країні загалом та у 5 регіонах зокрема, проведено порівняння показників України з країнами ЄС, а також прослідковано тенденції за останні десятиліття.

Результати аналізу статистичних даних показують, що в цілому захворюваність за сукупністю НІЗ та їх поширеність серед населення України за останні десятиліття збільшилась. Поширеність саме неінфекційних захворювань становить лівову частку від загальних рівнів поширеності хвороб серед населення.

За стандартизованими коефіцієнтами<sup>1</sup>, загальний рівень смертності від неінфекційної патології в Україні зараз перевищує такий у країнах ЄС майже вдвічі для жінок та у 2,3 рази для чоловіків. За причинами смерті, найбільша частка українців помирає через хвороби систем кровообігу, що в середньому в 1,8 рази перевищують її рівень в Європейському Союзі та вдвічі – для Європейського регіону ВООЗ.

Важливою знахідкою дослідження є те, що наведені дані причин смертності в Україні віддзеркалюють як дійсно високу частоту смертей від захворювань системи кровообігу наших громадян (порівняно з іншими класами неінфекційних хвороб, а також на тлі показників інших європейських країн), так і наявність феномену «гіпердіагностики» серцево-судинних патологій, особливо у старших і найстарших групах населення.

---

1 Статистичний коефіцієнт у формі, що усуває вплив вікових, статевих та інших особливостей складу досліджуваної групи (сукупності) шляхом приведення його до складу, прийнятого за стандартний (у нашому випадку використано європейський стандарт).



Щодо передчасної смертності від НІЗ, то її тенденції в Україні, за останні 20 років мають позитивну динаміку. Проте зниження ризику смерті для жінок за вказаний період було більш вагомим (майже на третину), ніж для чоловіків (менш ніж на чверть). Не втратила своєї гостроти й проблема високої чоловічої надсмертності. В цілому, за останні десятиріччя тривалість життя жінок в Україні збільшилась майже на 2,8 року, чоловіків – на 2,3 року. При цьому розрив у тривалості життя за статтю зараз дещо перевищує 10 років і є значно більш відчутним, ніж різниця в тривалості життя за типом поселення, яка становить 2 роки «на користь» міських жителів. В порівнянні з країнами ЄС, українські жінки зараз живуть у середньому на 6, а чоловіки – на 11 років менше.

Основні хронічні неінфекційні захворювання – не лише вагома складова необоротних втрат через смертність і, відповідно, фактор скорочення тривалості життя. Вони також відіграють провідну роль у інвалідизації дорослого населення. За цим показником співвідношення є протилежним: жінки, які загалом живуть довше, в середньому більш тривалий період життя перебувають на інвалідності через хронічні неінфекційні хвороби. Такий же характер має співвідношення років, прожитих з інвалідністю, між Україною та ЄС: за відчутно вищої смертності від НІЗ, в Україні як чоловіки, так і жінки помітно менше живуть з інвалідністю, спричиненою цими хворобами. Особливо вагомим є внесок сукупності НІЗ (переважно – захворювання системи кровообігу) у сумарний тягар хвороб (DALYs) в Україні: останніми роками він становив близько 8/9 загальних втрат років життя для жінок та понад 3/4 – для чоловіків.

Щодо регіональних особливостей, то аналіз ситуації щодо смертності та захворюваності на НІЗ у п'яти регіонах України (Львівській, Полтавській, Дніпропетровській, Рівненській та Херсонській областях) не показав разючих відмінностей. Однак за рівнем смертності від серцево-судинних захворювань лише Львівська область показує істотно нижчий, ніж середній по країні, відповідний стандартизований показник. Херсонщина ж, показує найвищий (у порівнянні з іншими досліджуваними регіонами) внесок цереброваскулярних хвороб у смертність від серцево-судинних захворювань.

Серед п'яти регіонів України найвищою смертністю від цукрового діабету з несприятливою її динамікою вирізняється Львівська область, найнижчими стандартизовані показники смертності від цієї недуги є зараз в Дніпропетровській та Херсонській областях.

Аналіз динаміки показників захворюваності на хронічні респіраторні хвороби з 2010 р. засвідчує їх зниження за цей період у цілому в досліджуваних регіонах, за винятком Дніпропетровської області, почасти Полтавщини (де зміни рівня захворюваності, принаймні дорослих, були незначними) й Рівненщини (де в останні пару років фіксується певне підвищення рівня захворюваності на бронхіт, емфізему та астму).

Щодо смертності та захворюваності від онкологічних хвороб, то динаміка статистичних даних за останні п'ять років показує зниження смертності від злоякісних новоутворів у всіх пілотних областях, при цьому найбільше – на Рівненщині.



## **ОЦІНКА ОСНОВНИХ ВТРУЧАНЬ НА РІВНІ НАСЕЛЕННЯ ТА ДОСТУПНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОСЛУГ**

У звіті представлено результати аналізу прогресу країни в цілому та у 5 регіонах щодо втручань на рівні населення та індивідуальних послуг у питаннях профілактики п'яти факторів ризику неінфекційних захворювань і підходів до лікування хронічних захворювань.

Втручання на рівні населення зосереджені навколо 5 основних факторів ризику:

- › вживання тютюну,
- › вживання алкоголю,
- › нездорове харчування,
- › брак фізичної активності,
- › забруднення повітря.

Окремо було розглянуто безпеку на дорогах, як один із основних факторів ризику травматизму та смертності.

Індивідуальні послуги оцінені в контексті впровадження інтервенцій (втручань) з доведеною ефективністю щодо

- › серцево-судинних захворювань,
- › цукрового діабету,
- › онкологічних захворювань,
- › хронічних респіраторних захворювань та
- › психічного здоров'я.

Оцінка рівня виконання кожного із цих критеріїв проводилась відповідно до вимог підходу ВООЗ «рішення, оптимальні за витратами» за шкалою «високий рівень виконання», «середній рівень виконання» та «низький рівень виконання». До кожного критерія надано відповідні коментарі, які пояснюють, чому обрано саме такий рівень виконання.

## **ОЦІНКА ВТРУЧАНЬ НА РІВНІ НАСЕЛЕННЯ (ПРОФІЛАКТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ НІЗ)**

Проведений аналіз показав, що найбільшого прогресу в частині втручань на рівні населення Україна досягла у питаннях протидії вживанню тютюну: впроваджено більшість заходів, рекомендованих РКБТ ВООЗ, що посприяло зниженню поширеності куріння на 20 % у період з 2010 по 2017 роки. Однак в наступні роки системності впровадження заходів не було, тож спостерігаються тенденції до зростання поширеності куріння, особливо – електронних сигарет та тютюнових виробів для нагрівання.

Щодо мінімізації вживання алкоголю, жодна з інтервенцій не досягла високого рівня реалізації. Так, наприклад, акцизний податок на алкоголь запроваджено, але протягом останніх років він не був підвищений, а оподаткування «слабких» алкогольних напоїв (таких привабливих для молоді) взагалі не було застосовано, як і повної заборони реклами алкоголю.



Низка проблем пов'язана й зі сферою здорового харчування в Україні. Зараз, нормативно-правові та організаційні зміни торкнулися лише питань дитячого харчування. Щодо таких важливих, з точки зору впливу на здоров'я населення, питань, як обмеження вживання солі, цукру та транс-жирів, прогресу не досягнуто – українське населення не споживає достатньої кількості здорових продуктів, разом з тим рівні споживання солі, цукру, транс-жирів тощо лишаються на досить високому рівні.

Щодо фізичної активності, то і вданій царині проведена оцінка показала наявність низки невіршених проблем. Жоден з індикаторів не був досягнутий. Це при тому, що в Україні в цілому існує багато різноманітних стратегічних документів щодо регулювання розвитку інфраструктури для фізичної активності та підвищення її рівня серед різних вікових груп населення (перш за все, серед дітей та молоді). Але впровадження цих заходів відбувається імовірноше фрагментарно, системного підходу немає. Фізична активність в школах також потребує особливої уваги та перегляду форми і змісту уроків фізкультури. Крім того, на всіх рівнях бракує інформації щодо важливості достатнього рівня фізичної активності для здоров'я.

Низку проблем виявлено й у питаннях забруднення атмосферного повітря в Україні та його вплив на здоров'я населення. Так, у 2018 році ВООЗ визнала атмосферне повітря одним із вагомих факторів ризику НІЗ, зокрема для розвитку серцево-судинних, респіраторних та онкологічних захворювань.

Питання захисту атмосферного повітря від забруднення – це комплексна проблема, яку можна розв'язати тільки шляхом консолідації зусиль уряду, центральних органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, суб'єктів господарювання та громадянського суспільства за умови забезпечення відповідного фінансування. Але на сьогодні скоординованої діяльності всіх вищезазначених зацікавлених сторін немає. Вкрай бракує й кваліфікованих кадрів у цій царині.

Проблема травматизму на дорогах для України також є надзвичайно гострою. І хоча протягом 10 років щорічна динаміка кількості постраждалих на дорогах йшла на зниження, водночас, з 2018 по 2020 роки трагічна статистика демонструє тенденцію до зростання. Що можна пояснити, насамперед, відсутністю дієвих комплексних політик на всіх рівнях.

У звіті також наведені регіональні аспекти втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення. В цілому вони підтверджують загальнонаціональні тенденції з певними особливостями у кожному з п'яти пілотних регіонів.

## **ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОСЛУГ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ І КОНТРОЛЮ НІЗ**

Розділ звіту щодо оцінки доступності та ефективності індивідуальних послуг показує стан досяжності плану дій з профілактики НІЗ в Україні в частині раннього виявлення, що передує веденню та вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, онкологічних захворювань, хронічних захворювань легень, а також психічних розладів. Розбивки інформації за регіонами у звіті немає, оскільки суттєвих





міжрегіональних відмінностей знайдено не було, але інформація про регіональний контекст згадана там, де важливо зробити на цьому акцент.

Аналіз інтервенцій показав, що у сфері профілактики та контролю неінфекційних захворювань на рівні первинної медичної ланки є ще багато прогалин. Навіть серцево-судинні захворювання не отримують належної уваги, попри свою значущість. Так, в Україні розбудовується система реперфузійних центрів, оновлюється парк автомобілів екстреної медичної допомоги категорії А, держава гарантує безоплатну допомогу пацієнтам з гострим інфарктом міокарда та інсультом. Пацієнти у критичному стані отримують безкоштовне невідкладне стентування та тромболізис в одному із центрів реперфузійної мережі з можливістю спостерігатись в подальшому на рівні первинної ланки і отримувати безкоштовно або з незначною доплатою аспірин і клопидогрель. Але смертність від цієї патології залишається стало високою. Це вказує на системний злам в системі ведення цієї групи пацієнтів, зокрема: профілактичній роботі приділяється не достатньо ані уваги, ані фінансування. Як наслідок – в Україні поширена практика нездорового способу життя, що призводить до високого рівня поширеності ССЗ.

Залишається проблемою також нерівномірність кадрового забезпечення та доступності аптек. Як наслідок – в деяких регіонах (в основному сільські місцевості) немає ані лікаря ПМД, ані аптеки, де б хворі ССЗ могли реалізувати е-рецепти на доступні ліки.

Щодо інтервенцій зі зниження рівня захворюваності та поширеності цукрового діабету в Україні, прогресу в забезпеченні високого рівня індивідуальних послуг не досягнуто. Хоча останніми роками можна спостерігати покращення ситуації: створено умови для вчасної діагностики та ведення пацієнтів з ЦД. Разом з тим, кількість занедбаних випадків ЦД, ускладнень, викликаних неконтрольованим перебігом хвороби, лишається стабільно високою. Низький рівень діагностування вказує на системні проблеми в механізмах надання медичних послуг пацієнтам з ЦД. При цьому держава несе суттєві фінансові втрати, пов'язані з лікуванням діабету та його ускладнень.

Ще однією гострою проблемою в Україні є онкологічні захворювання, на лікування яких йдуть суттєві витрати як державного бюджету, так і особистих коштів пацієнтів. Разом з тим, у доступності та ефективності послуг для пацієнтів з онкологією суттєвої позитивної динаміки також не простежується. Особливе занепокоєння викликає стало велика частка занедбаних випадків навіть серед молодших вікових груп, що свідчить про недостатній рівень охоплення своєчасною діагностикою та скринінгу осіб з груп ризику. Хоча за останні роки в Україні створено умови для ранньої діагностики та ведення пацієнтів з онкологічними захворюваннями, кількість занедбаних випадків та низький рівень діагностування онкологічних захворювань на ранніх стадіях показує слабкість системи в механізмах надання медичних послуг та маршрутизації пацієнтів.

Така ситуація, передусім, обумовлена відсутністю цілісної стратегії протидії онкологічним захворюванням, а також сучасної системи профілактики та раннього виявлення раку, низьким рівнем обізнаності про симптоми злоякісних новоутворень серед населення.

Аналіз політик та інтервенцій щодо профілактики і лікування хронічних захворювань легень показав, що в Україні, в цілому, створені умови для ведення таких хворих у відповідності до доказової бази та найкращих міжнародних практик. Разом з тим,

існує проблема гіподіагностики, особливо – бронхіальної астми. Включення базисної терапії та діагностики в державну програму медичних гарантій поліпшило доступ пацієнтів до якісного лікування, втім бракує системного підходу до пацієнтів, щоб уникнути фрагментації медичної допомоги.

Щодо індивідуальних послуг у сфері психічного здоров'я, то в Україні суттєво бракує безперервності та системності надання таких послуг з причини обмеженої комунікації між надавачами послуг різних професій, у тому числі, між різними агенціями та організаціями. Крім того, спостерігаються настороженість та недовіра населення щодо збереження таємниці про їхній психіатричний статус, що призводить до небажання звертатися по допомогу за місцем проживання. Часто послуги не адаптовані до потреб різних груп населення (наприклад, осіб похилого віку, ветеранів) або складно доступні. У цій царині недостатньою є роль соціальних працівників та інших, неспеціалізованих та громадських надавачів послуг, які могли б суттєво посилити доступність та ефективність таких послуг для населення.

## **АНАЛІЗ ВИКЛИКІВ ТА МОЖЛИВОСТЕЙ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА КОНТРОЛІ НІЗ В УКРАЇНІ**

Важливість аналізу викликів та можливостей обумовлена тим, що протягом останніх років в Україні впроваджуються системні зміни. Реформа системи охорони здоров'я передбачає запровадження нової парадигми, а відтак і змін у різних сферах.

В межах проведення оцінки було проаналізовано 15 основних аспектів системи, розкрито їхні сильні сторони та бар'єри, що стоять на шляху реалізації державних зобов'язань щодо подолання високого тягаря захворюваності та смертності від НІЗ як на загальнодержавному, так і регіональному рівнях.

Проаналізовані аспекти:

- 1) посилення політичної підтримки для покращення профілактики та контролю НІЗ;
- 2) формування чітких підходів до встановлення пріоритетів та обмежень;
- 3) посилення міжвідомчої співпраці;
- 4) розширення прав та можливостей для населення;
- 5) створення ефективних моделей надання послуг;
- 6) покращення координації роботи між постачальниками послуг;
- 7) заощадження ресурсів шляхом правильної регіоналізації та спеціалізації надаваної допомоги;
- 8) створення правильних систем стимулювання;
- 9) інтеграція доказових даних у клінічну практику;
- 10) вирішення проблем людських ресурсів;
- 11) покращення доступу до якісних ліків від НІЗ;
- 12) посилення управління системою охорони здоров'я;
- 13) створення адекватних інформаційних систем;
- 14) подолання опору змінам;
- 15) забезпечення доступу до медичної допомоги та зменшення фінансового навантаження.



Ця інформація особливо важлива сьогодні, адже вироблення плану післявоєнного відновлення України в цілому і системи охорони здоров'я, зокрема має базуватися на аналізі стану здоров'я населення та роботою системи в довоєнний період, особливо в частині викликів та бар'єрів.

Окрім того, звіт містить аналіз двох історій успіху – реалізації антитютюнових ініціатив в Україні, а також впровадження державної програми «Доступні ліки», які доводять можливість імплементації й забезпечення сталості змін за наявності політичної волі.

На основі здійсненого ґрунтовного аналізу ситуації за різними напрямками як в національному, так і в регіональному розрізі, було розроблено рекомендації для центральних та регіональних органів влади.

Цей звіт та рекомендації за результатами оцінки можуть бути використані для розробки національної та регіональної політики щодо посилення системи охорони здоров'я загалом, а також профілактики та контролю НІЗ, зокрема, після перемоги України у війні.

## ВСТУП

Неінфекційні захворювання (НІЗ), зокрема серцево-судинні, онкологічні та хронічні респіраторні захворювання, цукровий діабет і психічні розлади, становлять загрозу для здоров'я населення, економічного та соціального розвитку країн по всьому світу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), неінфекційні захворювання щороку вбивають 41 мільйон людей, що еквівалентно 71 % усіх смертей у світі. При цьому понад 15 мільйонів людей помирають у віці від 30 до 69 років; 85 % цих «передчасних» смертей відбуваються в країнах з низьким і середнім рівнем доходу [1].

В Європі за останнє десятиліття спостерігається тенденція до зниження частки передчасних смертей від НІЗ. Однак, для країн Східної Європи та Центральної Азії (ЕЕСА), до яких належить і Україна, така тенденція, на жаль, не характерна. В Україні хронічні захворювання лишаються основною причиною інвалідності та смертності. Відповідно до даних ВООЗ, неінфекційні захворювання є причиною 91 % усіх смертей. Так, лише серцево-судинні захворювання займають понад 60 % в загальній структурі смертності.

Показники поширеності та смертності від цих хвороб набагато перевищують середньоєвропейські. Окрім втрат людських життів хронічні захворювання спричиняють суттєвий економічний тягар, адже коштують державному бюджету мільярди доларів.

Відповідно до результатів дослідження STEPS, проведеного в Україні у 2019 році, значним є також поширення основних поведінкових факторів ризику НІЗ – вживання тютюну та алкоголю, неправильне харчування та брак фізичної активності [2].

В період пандемії COVID-19 питання НІЗ загострилося. Найбільші ускладнення перебігу та летальні випадки від коронавірусу спостерігались саме у пацієнтів з неінфекційними захворюваннями. На жаль, належної уваги цим питанням приділено не було.

Попри те, що ситуація з поширеністю та смертністю від неінфекційних захворювань є актуальною, в Україні досі не було проведено ґрунтовних досліджень ситуації, які б дозволили виявити найпріоритетніші проблеми та спланувати ефективні інтервенції для їх розв'язання.

У 2014 р. ВООЗ розробила керівництво з оцінки спроможності систем охорони здоров'я щодо профілактики та лікування НІЗ «Кращі результати лікування неінфекційних хвороб: виклики та можливості для систем охорони здоров'я» (далі: «Керівництво з оцінки ВООЗ») [3]. Керівництво пропонує структурований підхід до виявлення наявних прогалин у сфері профілактики та лікування НІЗ, оцінки статусу реалізації ключових втручань на рівні населення загалом та на індивідуальному рівні, дозволяє оцінити проблеми та можливості системи охорони здоров'я. Керівництво було використано для проведення оцінки у чотирнадцяти країнах європейського регіону ВООЗ протягом 2014–2019 років, а звіти за результатами проведених оцінок опубліковані на сайті ВООЗ [4].

В Україні таку оцінку було проведено вперше наприкінці 2021 – початку 2022 року в межах україно-швейцарського проєкту «Діємо для здоров'я». Проводила оцінку



команда українських експертів відповідно до розробленої методології, яка ґрунтувалася на керівництві ВООЗ [3], однак була адаптована до українських умов (Додаток 1). Серед іншого методологія врахувала вимоги Цілей сталого розвитку, підхід ВООЗ «5x5», а також специфіку, пов'язану з реформуванням системи охорони здоров'я. Особливістю оцінки, проведеної в Україні, є те, що вона охопила не лише національний, але й регіональний рівень.

Для того, аби комплексно оцінити ситуацію у сфері НІЗ в Україні, оцінка включила декілька напрямів:

- 1) аналіз показників у сфері НІЗ;
- 2) охоплення основними втручаннями та послугами у сфері НІЗ;
- 3) виклики та можливості системи охорони здоров'я для розширення основних заходів та послуг щодо НІЗ;
- 4) вивчення інновацій та передового досвіду.

Кожен етап оцінки спочатку проводився на національному рівні, а після – на регіональному, у цільових регіонах (областях) проєкту, а саме у Львівській, Дніпропетровській, Полтавській, Херсонській та Рівненській областях. Оцінка ситуації у цих областях є важливою не лише з точки зору інтересів проєкту, але і зважаючи на той факт, що вони представляють макрорегіони країни – північ, південь, схід та захід.

Методологія оцінки передбачала як «кабінетне дослідження» (збір та аналіз інформації), так і проведення низки зустрічей та інтерв'ю з фахівцями національного та регіонального рівнів. На жаль, через обмеження, спричинені пандемією COVID-19, в більшості випадків експертам не вдалося провести очні зустрічі з фахівцями, вони були проведені в онлайн форматі. Загалом експертам вдалося поспілкуватися з понад 40 фахівцями з національного рівня та у 5 цільових регіонах проєкту.

Проведення оцінки мало на меті виконання таких завдань:

- ▶ проаналізувати status quo ситуації у сфері профілактики та контролю НІЗ в Україні та відслідкувати тенденції останніх років;
- ▶ зрозуміти, які є проблеми та перспективи для профілактики та контролю НІЗ;
- ▶ зібрати інформацію про позитивні практики, реалізовані в Україні;
- ▶ розробити рекомендації, що стануть основою для прийняття рішень.

Окрім того, проведення оцінки дозволило порівняти ситуацію в Україні з іншими країнами Європейського регіону, які вже провели подібну оцінку та подивитися на позитивний досвід сусідніх країн.

Оцінка включає зріз ситуації у сфері профілактики та контролю НІЗ в Україні, а також враховує вплив на неї пандемії COVID-19. Разом з тим, звіт не містить інформації про вплив на ситуацію воєнних дій в Україні, оскільки інформацію було зібрано та проаналізовано ще до початку повномасштабної війни росії проти України. Хоча ми розуміємо, що війна впливає на поширеність та смертність від хронічних захворювань, а також на сферу профілактики та контролю НІЗ, вважаємо за доцільне провести повноцінну оцінку ситуації після завершення війни та стабілізації ситуації.



Власне, практичні рекомендації з питань національної та регіональної політики у сфері посилення системи охорони здоров'я, наведені у цьому звіті, стосуються роботи системи охорони здоров'я та її готовності реагувати на проблеми НІЗ у мирний час. Рекомендації було обговорено та погоджено з ключовими стейкхолдерами з національного та регіонального рівнів.

Цей звіт та рекомендації за результатами оцінки можуть бути використані для розробки національної та регіональної політики щодо посилення системи охорони здоров'я загалом, а також профілактики та контролю НІЗ зокрема після перемоги України у війні.

# РОЗДІЛ 1.

---

## АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ У СФЕРІ НІЗ



Візуалізація ситуації у цифрах, а також аналіз змін та тенденцій у сфері профілактики і контролю НІЗ є вкрай важливим з точки зору кращого розуміння ситуації, а також вектору руху країни. Показники смертності, захворюваності та поширеності тих чи інших типів хвороб, а також їхній тягар у вигляді років втраченого життя через передчасну смертність чи років життя з поправкою на інвалідність дозволяють краще оцінити масштаб проблеми та є хорошим аргументом під час адвокації прийняття управлінських і політичних рішень.

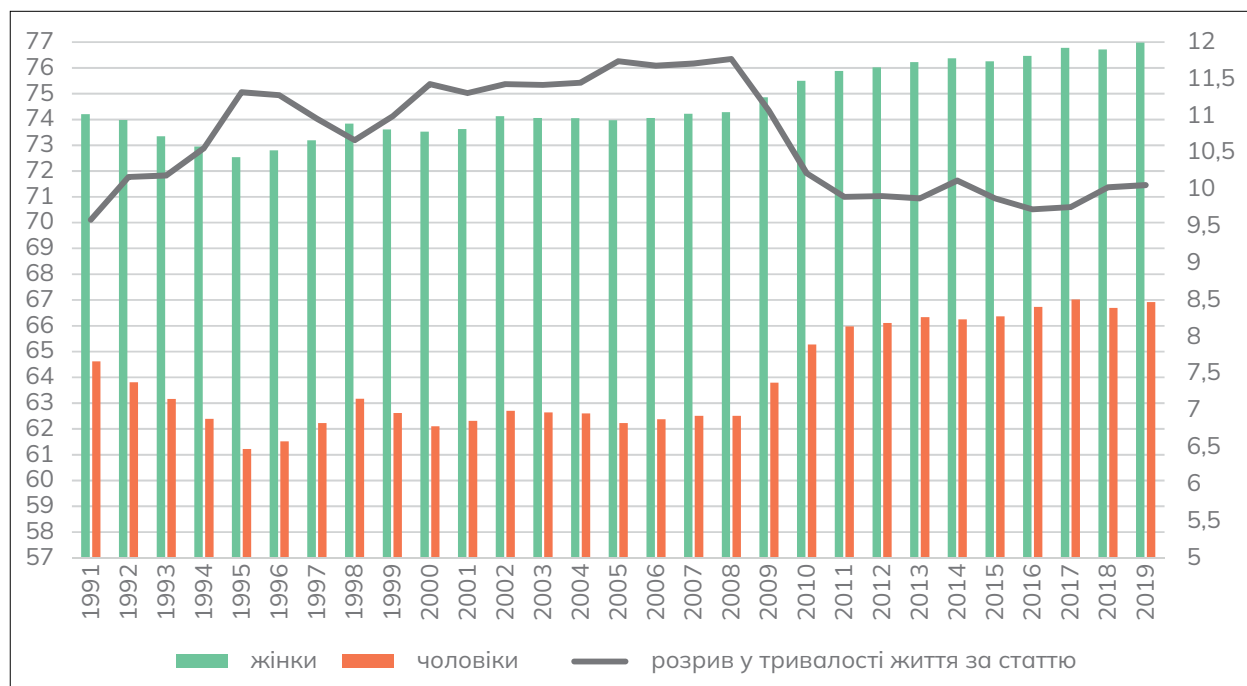
На жаль, після того, як у 2017 році було відмінено статистичну форму №12 МОЗ України для збору інформації по захворюваності та поширеності НІЗ [5], дані щодо цих показників є недоступними як на рівні держави, так і в розрізі регіонів, що ускладнює розуміння ситуації. Разом з тим, для аналізу доступні оціночні дані, які збирають та опрацьовують міжнародні організації.

У цьому розділі наведено аналіз наявних статистичних показників за смертністю, захворюваністю та поширеністю основних типів неінфекційних хвороб у країні загалом та у 5 регіонах. Проведено порівняння показників України та країн ЄС, а також прослідковано тенденції за останні десятиліття.

## ОЧІКУВАНА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ В УКРАЇНІ

Передусім варто зазначити, що медико-демографічні процеси в Україні є доволі складними і суперечливими. Середня очікувана тривалість життя в країні стало має негативну динаміку вже понад півстоліття. Україна почала втрачати свої позиції серед країн-лідерів за тривалістю життя, а згодом і суттєво відстала від них саме на етапі

**Рис. 1.1. Середня очікувана тривалість життя (роки) в Україні за статтю в 1991–2019 рр.**



Джерело: Державна служба статистики України



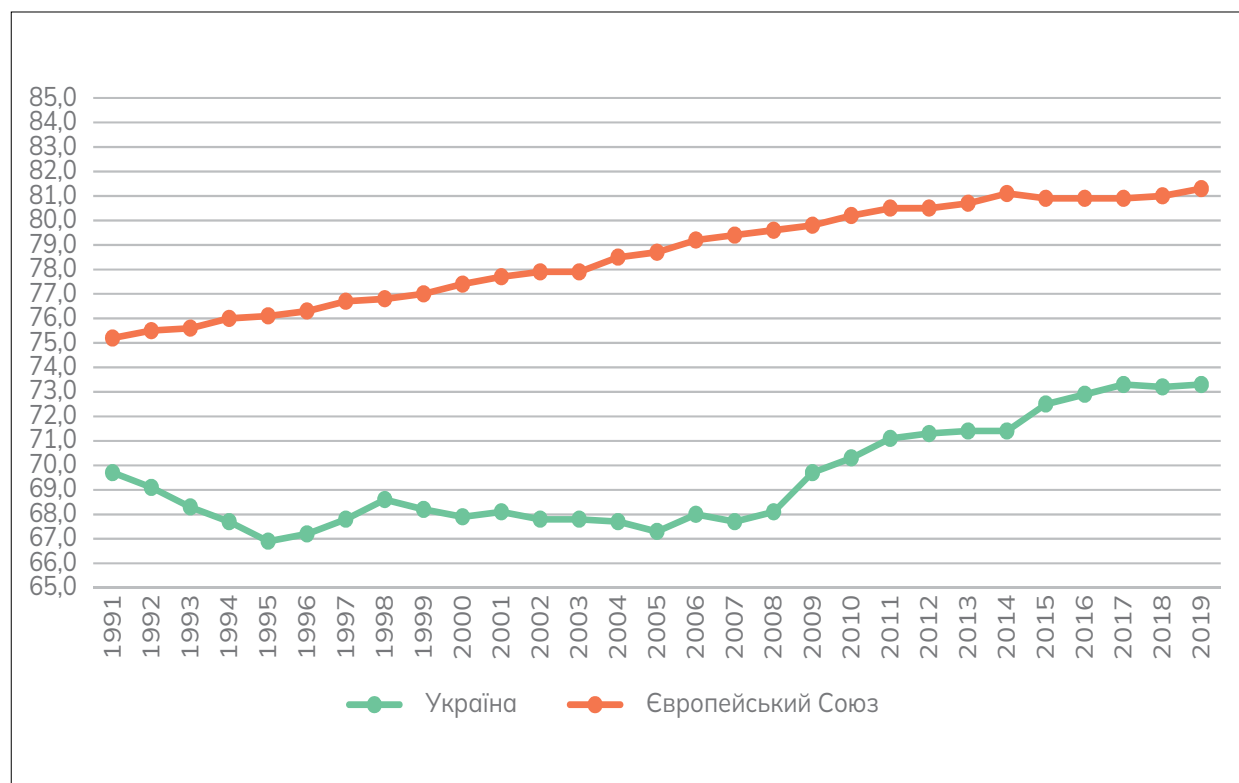
«другого епідеміологічного переходу», коли завдання щодо боротьби з масовими інфекційними хворобами поступилися значущістю медико-соціальним викликам, пов'язаним з поширенням хронічних неінфекційних захворювань.

Протягом першого десятиріччя періоду незалежності України несприятливі тенденції смертності сформували особливо глибоку «яму» в динаміці тривалості життя (Рис. 1.1), вихід з якої був тривалим і недостатньо поступальним.

Періоди зниження смертності на межі XX і XXI сторіч в Україні були короткочасними, в динаміці тривалості життя переважали стагнаційні тенденції. Щоправда наприкінці першого десятиріччя XXI ст. (з 2008 – 2009 рр.) спостерігалось деяке підвищення середньої тривалості життя. Однак ця позитивна динаміка виявилась недовготривалою: останніми роками через низку причин у динаміці тривалості життя поновилась стагнація.

В цілому, ледве не за тридцять останніх років тривалість життя жінок в Україні збільшилась лише на 2,8 роки, чоловіків – на 2,3 роки, при цьому залишається гострою проблема надсмертності чоловіків працездатного віку. Розрив у тривалості життя за статтю зараз дещо перевищує 10 років і є значно більш відчутним, ніж різниця в тривалості життя за типом поселення, яка становить 2 роки «на користь» міських жителів. Тож, як показано на рисунку 1.2., за тривалістю життя Україна стало «відстає» від сукупності країн ЄС (Рис. 1.2).

**Рис. 1.2. Середня очікувана тривалість життя в роках при народженні в Україні та Європейському Союзі в 1991–2019 рр.**



Джерела: European Health For All database, Eurostat

Українські жінки зараз живуть у середньому на 6 років, а чоловіки – на 11 років менше, ніж мешканці ЄС. Головним чинником таких відмінностей є висока передчасна смертність: до прикладу, в Україні її рівень більш ніж втричі перевищує такий у Швеції.

Значний внесок у смертність дорослого населення в Україні, як власне і в країнах ЄС, вносять основні неінфекційні захворювання: хвороби системи кровообігу, новоутворення, захворювання органів травлення та дихання (Табл. 1.1). Водночас, Україна вирізняється й вагомою роллю зовнішніх причин у структурі причин смертності населення (особливо чоловіків).

**Таблиця 1.1 Ієрархія провідних причин смерті жінок та чоловіків віком 15 років і старше в Україні у 2020 році**

Рангове місце	Жінки			Чоловіки		
	15-29 років	30–64 роки	65 років і старше	15-29 років	30–64 роки	65 років і старше
I	Зовнішні причини смерті	Хвороби системи кровообігу		Зовнішні причини смерті	Хвороби системи кровообігу	
II	Новоутворення			Хвороби системи кровообігу	Новоутворення	
III	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів травлення	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, виявлені під час клінічних і лабораторних досліджень <sup>2</sup>	Хвороби органів травлення/ Новоутворення	Зовнішні причини смерті	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, виявлені під час клінічних і лабораторних досліджень <sup>3</sup>
IV	Хвороби органів травлення	Зовнішні причини смерті	Хвороби органів травлення		Хвороби органів травлення	Хвороби органів дихання
V	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	Хвороби органів дихання		Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	Хвороби органів дихання	Зовнішні причини смерті <sup>4</sup>

Джерело: побудовано на основі даних Державного комітету статистики України

2 В межах цього класу зазвичай згруповані недостатньо визначені стани, симптоми й результати клінічних (або інших процедур дослідження), які не відповідають нормі, але для яких не встановлено конкретного діагнозу. Вагома роль (частка) цієї групи причин смерті (навіть у старшому віці) може бути свідченням проблем з якістю даних, тим більше, що в Україні відповідна частка смертей за останні десятиліття зростає [6]

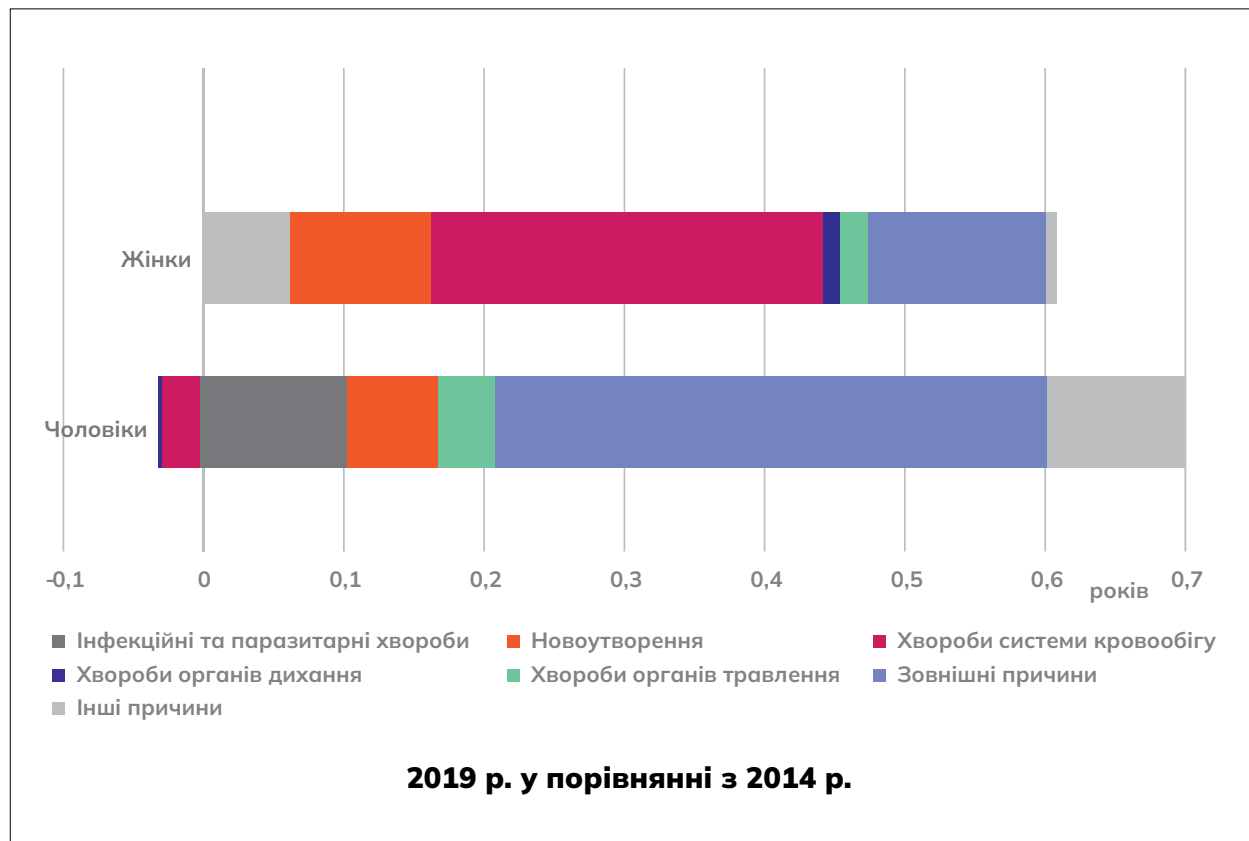
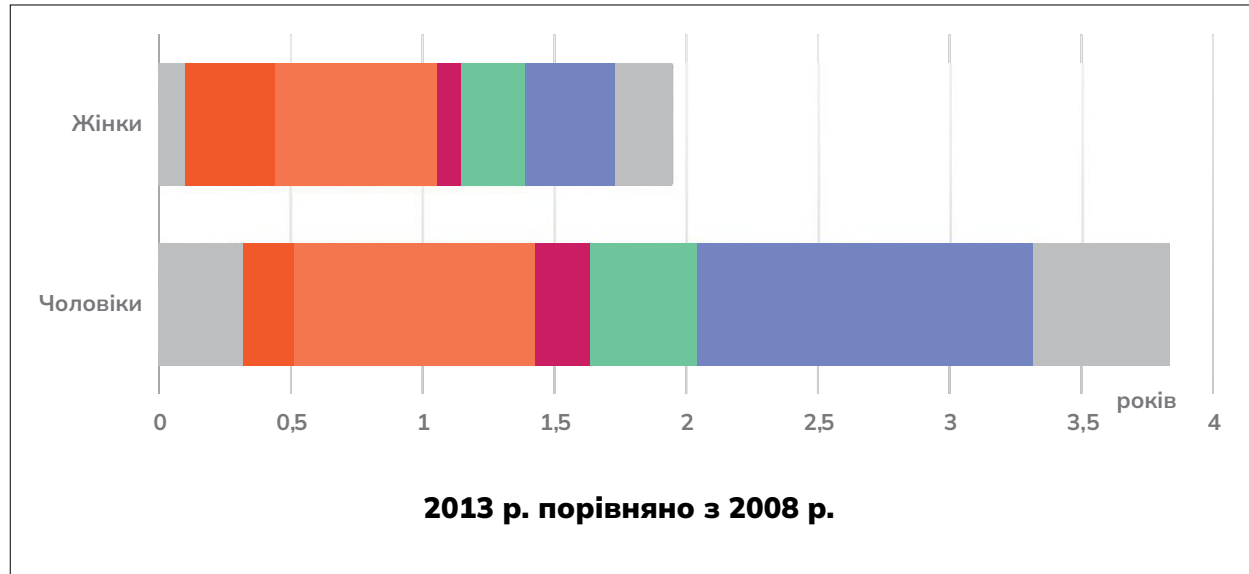
3 Для чоловіків в Україні характерною є більша частка неуточнених та невідомих причин смерті в межах цього класу порівняно з жінками (у них переважає «старість»). Це опосередковано може свідчити про меншу точність встановлення причини смерті та нижчу якість даних про смертність саме для чоловіків [6].

4 До зовнішніх причин смерті відносять самогубства, травми, опіки, отруєння, утоплення, ушкодження в результаті ДТП тощо.



Щодо позитивних тенденцій у тривалості життя населення України, то як за період її значного зростання (2009–2013 рр), так і в останні роки – сповільненого підвищення та стагнації (2014–2019 рр.), найвагомішу роль у зниженні смертності серед жінок відігравали хвороби системи кровообігу, а у чоловіків – зниження смертності від зовнішніх причин (Рис. 1.3).

**Рис. 1.3. Компонентний аналіз змін тривалості життя жінок та чоловіків в Україні за основними причинами смерті (2008–2013; 2014–2019 рр.), років**



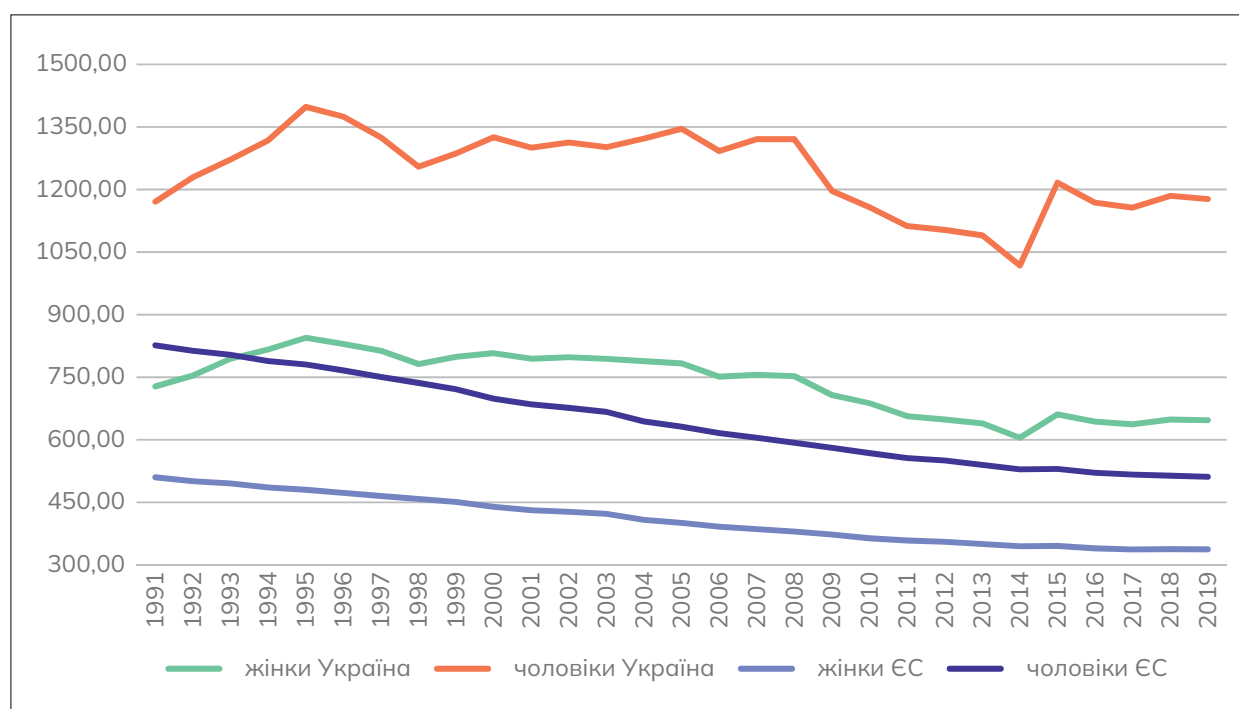
Джерело: розрахунки за даними Держстату України



Як показано на рисунку 1.3., починаючи з 2014 року приріст тривалості життя як у жінок, так і у чоловіків знову набув стагнаційного характеру, переважно за рахунок смертності від хвороб системи кровообігу та хвороб органів дихання.

Неоднозначність динаміки смертності від сукупності неінфекційних захворювань в Україні у порівнянні з країнами ЄС за стандартизованими коефіцієнтами смертності за статтю, відображені на Рис.1.4. Порівняння значень індикатора засвідчує відсутність позитивних зрушень у його динаміці за досліджуваний період саме в чоловіків.

**Рис. 1.4. Стандартизовані коефіцієнти смертності від неінфекційних захворювань за статтю в Україні у 1991–2019 рр., на 100 тис. осіб**

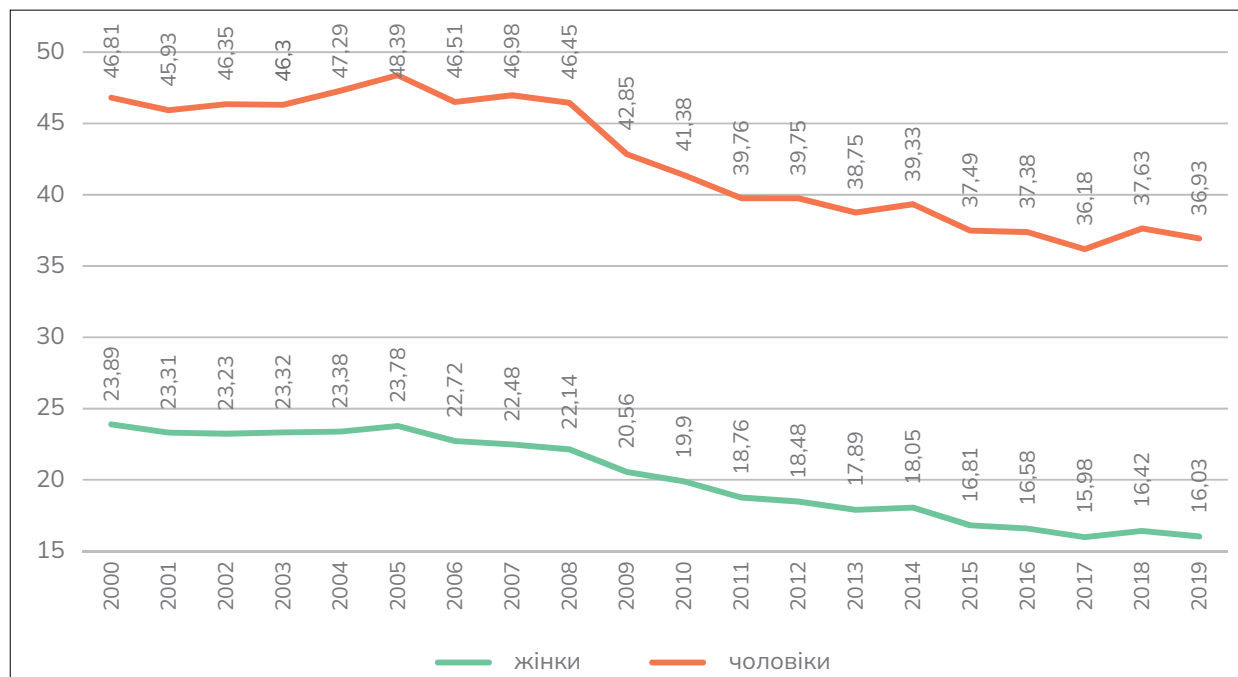


Джерело: побудовано за даними GBD estimates (<http://ghdx.healthdata.org>)

Згідно з наведеними стандартизованими коефіцієнтами, загальний рівень смертності від неінфекційної патології в Україні зараз перевищує середній за країнами ЄС майже вдвічі – для жінок та у 2,3 рази – для чоловіків.

Щодо передчасної смертності від НІЗ, то її тенденції в Україні виглядають дещо більш обнадійливо (принаймні за минулі роки ХХІ сторіччя). Це засвідчує динаміка такого індикатора, як імовірність померти від основних неінфекційних захворювань у віці від 30 до 70 років (Рис.1.5). Проте і в цьому випадку зниження ризику смерті для жінок за вказаний період було більш вагомим (майже на третину), ніж для чоловіків (менш ніж на чверть).

**Рис. 1.5. Імовірність померти в інтервалі віку від 30 до 70 років від основних неінфекційних захворювань за статтю в Україні у 2000–2019 рр., %**



Джерело: дані ВООЗ (<https://www.who.int/data>)

## СМЕРТНІСТЬ, РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕНІСТЬ НІЗ В УКРАЇНІ

Основні неінфекційні захворювання – не лише вагома складова необоротних втрат через смертність і, відповідно, фактор скорочення тривалості життя, вони також відіграють провідну роль в інвалідизації дорослого населення. Рисунок 1.6 демонструє динаміку індикаторів, що відображають втрати через передчасну смертність (YLLs) від неінфекційних хвороб та в зв'язку з інвалідністю (YLDs), спричиненою цими захворюваннями, а також сумарні втрати потенційних років життя внаслідок передчасної смертності та інвалідності (DALYs) від неінфекційної патології в Україні та ЄС.

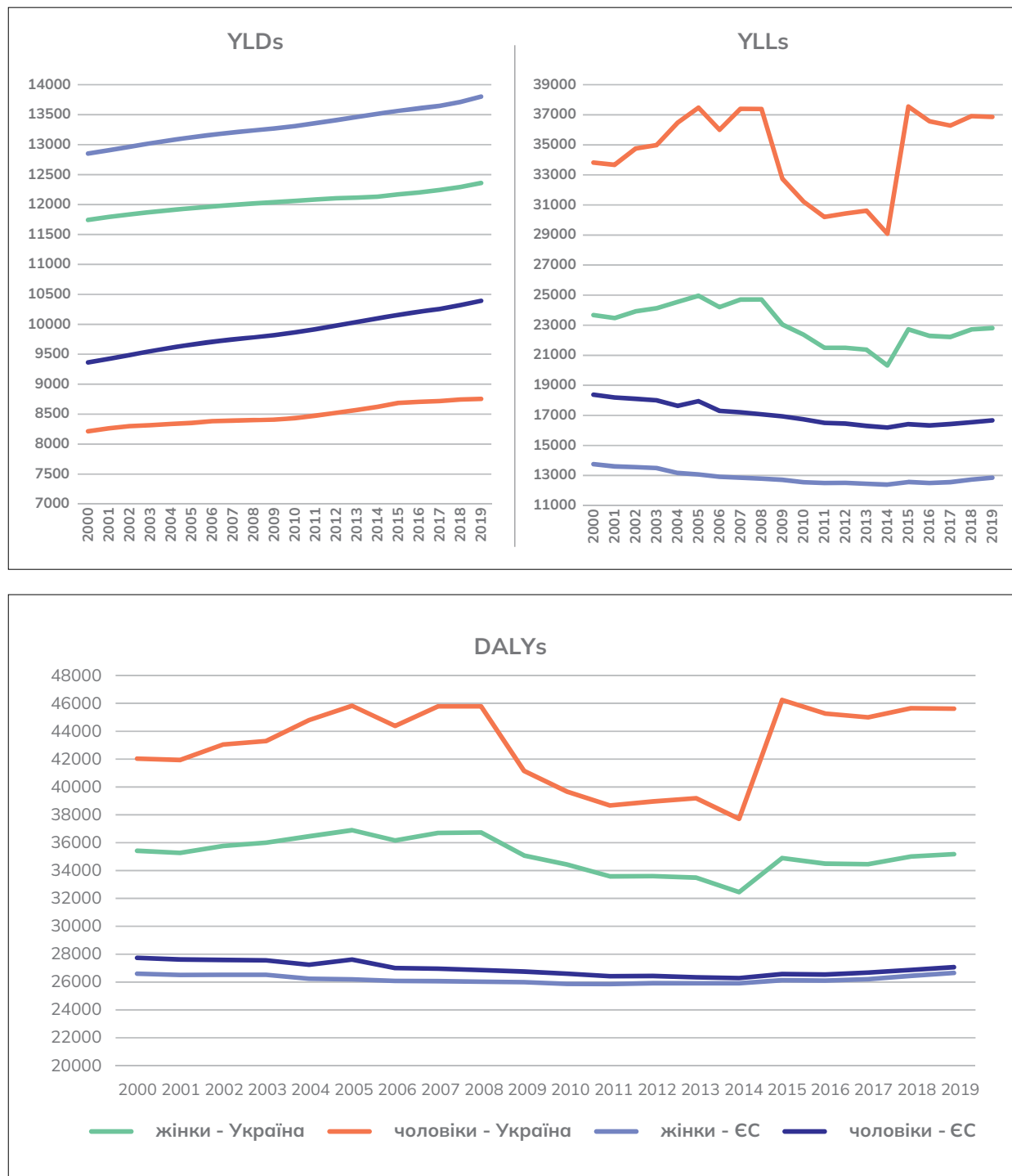
Увагу привертають такі моменти:

- ▶ кратне перевищення значень необоротних втрат від смертності (YLLs) та загальних втрат (DALYs) в Україні, порівняно з країнами ЄС;
- ▶ високий рівень та при цьому відсутність сталості в динаміці саме необоротних втрат в Україні, де вони й визначають тенденції загальних втрат життя;
- ▶ зростання втрат внаслідок інвалідності від НІЗ, характерне як для України, так і для країн ЄС.

Також звертають на себе увагу певні гендерні особливості, зокрема:

- ▶ втрати від передчасної смертності, спричинені НІЗ, серед чоловіків вищі, ніж серед жінок (в Україні – особливо істотно);
- ▶ щодо інвалідності від НІЗ, то співвідношення є протилежним: жінки, які загалом живуть довше, в середньому більш тривалий період життя перебувають на інвалідності через хронічні неінфекційні хвороби.

**Рис. 1.6. Втрати потенційних років життя через передчасну смертність (YLLs) від неінфекційних хвороб, роки життя з інвалідністю (YLDs), спричиненою НІЗ, та сумарні втрати потенційних років життя (DALYs) від НІЗ за статтю в Україні та ЄС у 2000–2019 рр. (на 100 тис.)**



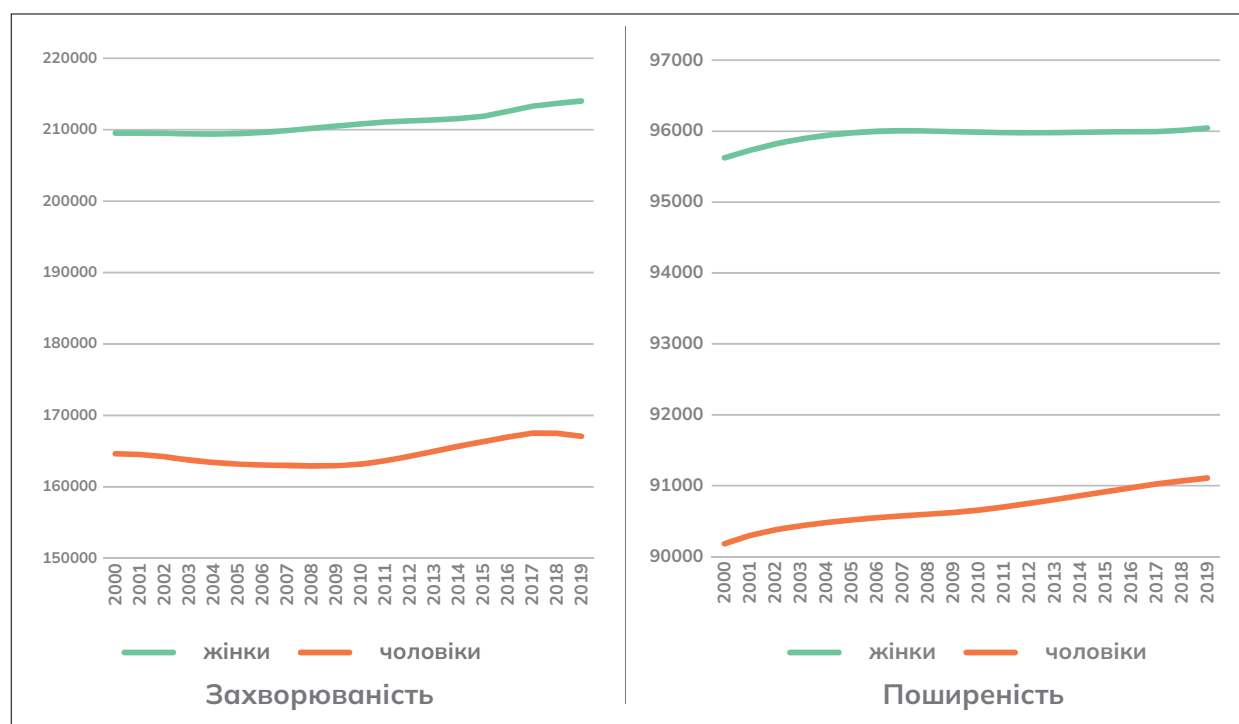
Джерело: побудовано за даними GBD estimates (<http://ghdx.healthdata.org>)

Варто зазначити, що такі тенденції характерні й для країн ЄС, та ЄС лише за відчутною різницею в тривалості життя: в Україні як чоловіки, так і жінки помітно менше живуть з інвалідністю, спричиненою цією групою захворювань.



Гендерні співвідношення щодо захворюваності та поширеності неінфекційних хвороб в Україні (їх оцінки за GBD відображено на Рис. 1.7) мають подібні вищенаведеним тенденції: у жінок показники захворюваності й поширеності НІЗ вищі, ніж у чоловіків. Це, зокрема, пов'язано і з обставинами обліково-організаційного характеру: рівні захворюваності та поширеності хвороб відображають частоту захворювань за даними звернень до медичних закладів, а жінки в Україні частіше звертаються до лікувально-профілактичних закладів, особливо у випадку, коли йдеться про хронічні хвороби.

**Рис. 1.7. Захворюваність на неінфекційні хвороби та їх поширеність в Україні за статтю у 2000–2019 рр., на 100 тис. осіб**



Джерело: побудовано за даними GBD estimates (<http://ghdx.healthdata.org>)

Захворюваність за сукупністю НІЗ та їх поширеність серед населення України у поточному сторіччі збільшилась. Поширеність саме неінфекційних захворювань становить ліву частку від загальних рівнів поширеності хвороб серед населення. Внесок НІЗ у первинну захворюваність зараз становить від майже 1/3 (для жінок) до 2/5 (для чоловіків).

Та особливо вагомим є внесок сукупності НІЗ у сумарний тягар хвороб (DALYs) в Україні: останніми роками він становив близько 8/9 загальних втрат років життя для жінок та понад 3/4 – для чоловіків. При цьому найбільш вагомими у цьому сенсі є захворювання системи кровообігу.

Згідно з GBD estimates, тягар передчасної смертності (YLLs) від **хвороб системи кровообігу** (у відношенні до загальної сукупності неінфекційних захворювань) в Україні становить близько 67 % втрат потенційних років життя жінок, і майже 60 %

відповідних втрат для чоловіків. Якщо порівнювати з країнами ЄС, то внесок серцево-судинних захворювань (ССЗ) в необоротні втрати, спричинені НІЗ, в країнах ЄС є істотно меншим (у середньому 35–36 % – у жінок та 33–34 % – у чоловіків).

Згідно з останніми значеннями стандартизованих коефіцієнтів смертності за причинами смерті, українці помирають внаслідок хвороб системи кровообігу у 4,3 рази частіше, ніж від новоутворень, майже в 13 разів частіше, порівняно з хворобами органів травлення, та у 166 разів частіше, ніж від діабету.

*Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні (за її стандартизованим коефіцієнтом)<sup>6</sup> в середньому в 1,8 рази перевищує її рівень в Європейському Союзі та вдвічі перевищує цей коефіцієнт для Європейського регіону ВООЗ.*

Вищенаведені співвідношення віддзеркалюють не лише дійсно високу частоту смертей від захворювань системи кровообігу в Україні, але й наявність феномену «гіпердіагностики» серцево-судинних патологій, особливо – у старших і найстарших групах населення [7]. Тобто, поширеністю практики рутинного встановлення

**Таблиця 1.2. Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні за статтю в 2005–2019 рр. (на 100 тис. осіб)**

Роки	Загальний коефіцієнт		Коефіцієнт за європейським стандартом	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
2005	1070,3	999,6	656,3	1093,8
2006	1065,3	983,6	637,4	1056,9
2007	1063,6	998,1	622,7	1052,6
2008	1071,6	998,6	614,1	1038,2
2009	1052,9	938,6	589,8	970,0
2010	1079,5	937,4	590,7	956,7
2011	1027,1	889,2	549,4	890,0
2012	1017,9	886,7	532,6	873,3
2013	1030,4	895,7	531,0	873,8
2014	1049,9	920,0	534,6	888,6
2015	1068,8	941,2	549,8	930,0
2016	1052,6	927,8	536,6	908,3
2017	1034,1	913,3	521,4	884,1
2018	1048,0	937,6	526,4	899,6
2019	1034,5	937,1	517,6	891,8

Джерело: дані Держстату України та «Населення України за 2019 рік»

6 Статистичний коефіцієнт у формі, що усуває вплив вікових, статевих та інших особливостей складу досліджуваної групи (сукупності) шляхом приведення його до складу, прийнятого за стандартний (у нашому випадку використано європейський стандарт).



причини смерті осіб поважного віку («Ішемічна хвороба серця; атеросклеротичний кардіосклероз») та незначною часткою випадків встановлення посмертного діагнозу в результаті аутопсії [8]. Така практика також зумовлює недооблік інших асоційованих з віком патологій (як-от новоутворень та ін.) та дещо спотворює й загальну картину смертності за причинами в Україні.

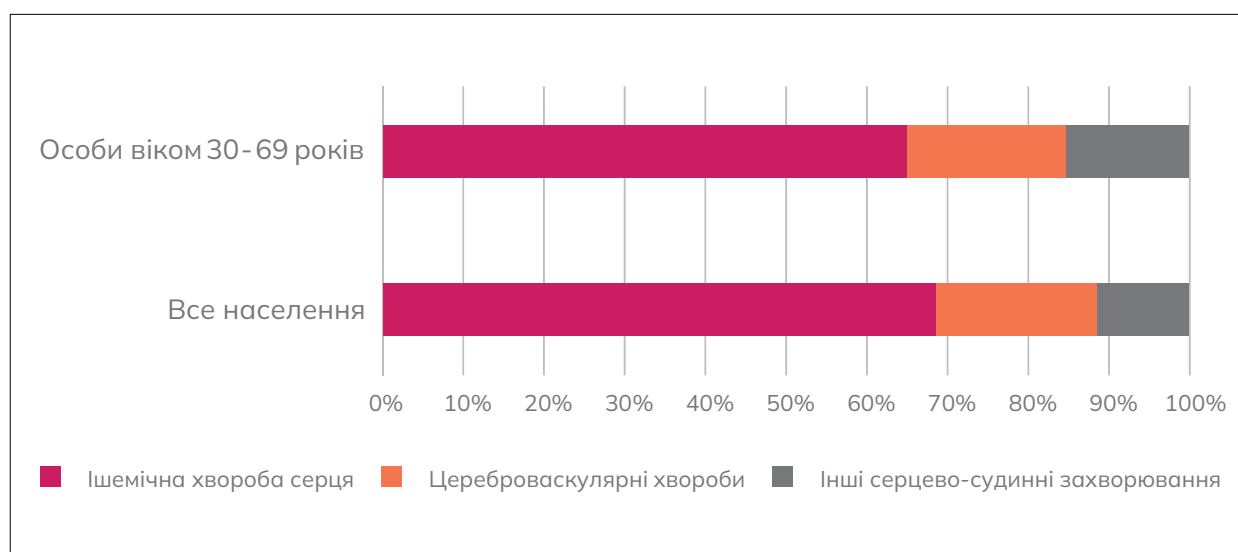
Вказані вище проблеми збору статистичної інформації пояснюють розбіжності в показниках поширеності серцево-судинних захворювань та смертності населення від них за загальним та стандартизованим коефіцієнтами за статтю (Табл. 1.2).

В цілому, динаміка смертності від серцево-судинних захворювань (Табл. 1.2) демонструє певну позитивну, хоча і не стабільну (з певними коливаннями збільшення) динаміку за останні п'ятнадцять років, як серед жінок, так і чоловіків.

Якщо розглядати тенденції показників смертності в розрізі вікових груп обох статей, то у жінок віком від 30 до 70 років динаміка смертності від серцево-судинних хвороб виглядає сприятливішою, ніж у старшому віці. Так, рівень жіночої передчасної смертності за цим класом причин зменшився у 2019 р., порівняно з 2010-м роком, більш ніж на 17 %, а у порівнянні з 2001-м – більш ніж на третину. Щодо чоловіків, то скорочення смертності серед чоловіків віком від 30 до 70 років від хвороб системи кровообігу також показує позитивної динаміки, хоча й значно нижчими темпами (лише на 6 % порівняно з 2010 р.).

Серед серцево-судинних захворювань, що спричиняють смерті, зокрема й передчасну, провідну роль відіграє ішемічна хвороба серця (ІХС). На неї сьогодні припадає близько 7 із кожних 10 смертей від причин цього класу і майже 2/3 смертей від ССЗ у інтервалі віку від 30 до 70 років. Кожен п'ятий випадок смерті (у тому числі із числа передчасних смертей від ССЗ) спричинений цереброваскулярними захворюваннями (ЦВЗ) (Рис.1.8).

**Рис. 1.8. Структура смертності населення України (зокрема осіб віком 30–69 років) від хвороб системи кровообігу в 2019 р.,%**



Джерело: розраховано за даними Держстату України



Скорочення передчасної смертності у віці 30–69 років від цереброваскулярних хвороб в Україні в цілому з 2010 р. виявилось значно вагомим (у середньому на 19 %), ніж внаслідок ішемічної хвороби серця (менш ніж на 9 %). Особливе занепокоєння викликає відсутність у поточному десятиріччі позитивних змін у динаміці смертності від ішемічної хвороби в вікових групах молодих чоловіків (15–19 та 20–24 років). Загалом частота смертей жінок від обох провідних серцево-судинних захворювань за цей період знизилась відчутніше, ніж чоловіків: за ішемічною хворобою серця – на понад 15 % (проти 6 % – у чоловіків); за цереброваскулярними хворобами – майже на 26 % (проти 15 % – у чоловіків). Проте в останні два-три роки зниження показників смертності за обома причинами зафіксовано не було.

*Рівень смертності жінок/ чоловіків від цереброваскулярних хвороб у віці від 30 до 60 років є одним з національних індикаторів скорочення передчасної смертності від НІЗ як одного з завдань у межах Цілі 3 «Міцне здоров'я та благополуччя» з переліку ЦСР. Цільове значення відповідного індикатора передчасної смертності для жінок, встановлене на 2020 р., було досягнуто вже у 2018-му році. Динаміка смертності чоловіків 30–59 років від цереброваскулярних хвороб з 2015 р. була позитивною, але повільною, тому цільове значення, заплановане на 2020 р., досягнуто не було.*

Захворювання системи кровообігу не лише переважають у структурі причин смерті дорослого населення України, а й належать до провідних причин його інвалідизації, а також захворюваності й поширеності хвороб.

Внесок хвороб системи кровообігу в потенційні роки життя з інвалідністю (YLDs), спричиненою всіма НІЗ (згідно з GBD estimates), для України зараз є дещо вищим (більше 7 %), ніж для країн ЄС (понад 5 %).

Частка хвороб системи кровообігу в структурі захворюваності осіб віком 18 років і старше становила понад 10 % і поступалась лише частці хвороб органів дихання<sup>7</sup> (за даними Міністерства охорони здоров'я України станом на 2017 р.<sup>8</sup>). При чому, показники *захворюваності жінок* (в розрахунку на 100 тис. осіб) в середньому на 20 % перевищують захворюваність чоловіків, а *поширеності* – більш ніж на третину.

У 2017 році в Україні особам старше працездатного віку вперше діагностували те чи інше ССЗ у 2,2 рази частіше, ніж особам працездатного віку. Якщо дивитися на поширеність, то таке перевищення становило понад 3,5 рази.

Ішемічна хвороба серця у 2010-х роках складала в середньому 27–28 % випадків ССЗ, що вперше реєструвалися в ці роки у дорослих осіб (18 років і старше). Її частка у поширеності ССЗ серед дорослих у цей період дещо перевищувала 1/3.

---

7 Оскільки в захворюваність за хворобами органів дихання входять ОРЗ, які досить поширені, частка хвороб органів дихання в структурі захворюваності дійсно вагома.

8 У зв'язку зі скасуванням відповідної статистичної звітності (форма 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу») після 2017 р. даних щодо захворюваності та поширеності за основними неінфекційними хворобами (за винятком онкологічних захворювань) в Україні на національному рівні немає в наявності.



Внесок цереброваскулярних хвороб у рівень захворюваності дорослого населення на ССЗ та особливо в їх поширеність був відчутно меншим: 16–17 % та 11–12 % відповідно.

В динаміці за досліджуваний період (2010–2017 рр.) захворюваність за класом хвороб системи кровообігу в Україні зменшилась, якщо дивитися на дані звертань до лікувально-профілактичних закладів. Ця тенденція характерна як для обох статей (жінки, чоловіки), так і для всіх виділених вікових груп (зокрема, для дітей та осіб працездатного віку).

За цей же період зафіксовано й певне скорочення поширеності серцево-судинних захворювань серед населення, проте воно відбувалося помітно нижчими темпами та не було настільки неухильним, зокрема, в осіб працездатного віку, дорослих жінок тощо.

Мало місце зниження рівня захворюваності на ішемічну хворобу серця та її поширеності, що торкнулося всіх виділених статевих та вікових груп дорослого населення<sup>9</sup>. Що ж до цереброваскулярних хвороб, то рівень захворюваності й поширеність цих патологій відчутно підвищились у жінок, а от у чоловіків – було зафіксовано їх зниження.

**Новоутворення** є другим за поширеністю класом причин смерті населення. Згідно з GBD estimates, в Україні на них припадає 20 % втрат потенційних років життя жінок та чоловіків через передчасну смертність від усіх НІЗ (проти 37–40 % внеску новоутворень в YLLs, спричинених неінфекційними захворюваннями, в країнах ЄС).

Порівняльний аналіз стандартизованих показників передчасної смертності від раку в Україні та країнах ЄС, а також відповідних індикаторів для населення віком 65 років і старше засвідчує, що смертність від онкології осіб до 65 років в Україні дещо перевищує таку в ЄС та більш відчутно – для Європейського регіону ВООЗ, однак щодо старших вікових груп населення співвідношення є протилежним. Однією з причин цього є згадана вище тенденція фіксації причини смерті на користь ССЗ у людей старшого віку<sup>10</sup>.

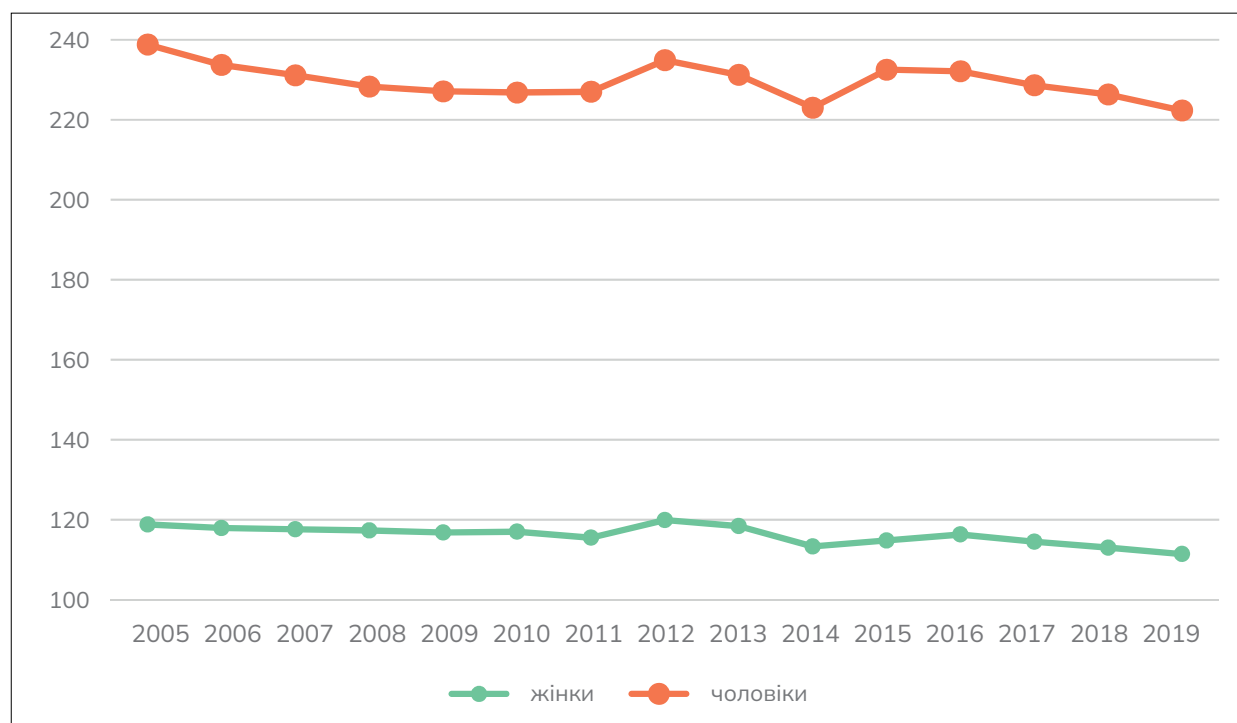
Загальні рівні смертності чоловіків від онкологічної патології перевищують такі у жінок у середньому в півтора рази. Більш коректні стандартизовані показники демонструють двократне перевищення частоти смертей серед чоловіків. Частота смертей жінок від новоутворів у міських поселеннях України в середньому на 18–20 % вища, ніж у сільській місцевості, в той час як показники для чоловіків вираженої диференціації між різними населеними пунктами (село/місто) не мають.

Динаміка стандартизованих коефіцієнтів смертності від раку за останні п'ятнадцять років показує деяке зниження смертності (Рис.1.9).

9 Випадків встановлення діагнозів ІХС та ЦВХ серед дітей зафіксовано не було.

10 Крім того, свою роль відіграють більш пізні виявлення раку, гірші показники виживання онкологічних пацієнтів порівняно молодшого віку, які, таким чином, не доживають до порогу старості.

**Рис. 1.9. Стандартизовані коефіцієнти смертності від новоутворень в Україні за статтю в 2005–2019 рр. (на 100 тис. осіб)**



Джерело: дані Держстату України

Серед причин смертності жінок внаслідок новоутворень в Україні найчисленнішими зараз є смерті від раку молочної залози (кожен п'ятий випадок смерті жінок від онкологічних захворювань), а у чоловіків – від раку трахеї, бронхів та легенів, на які сьогодні припадає 2 з кожних 9 смертей, спричинених новоутвореннями.

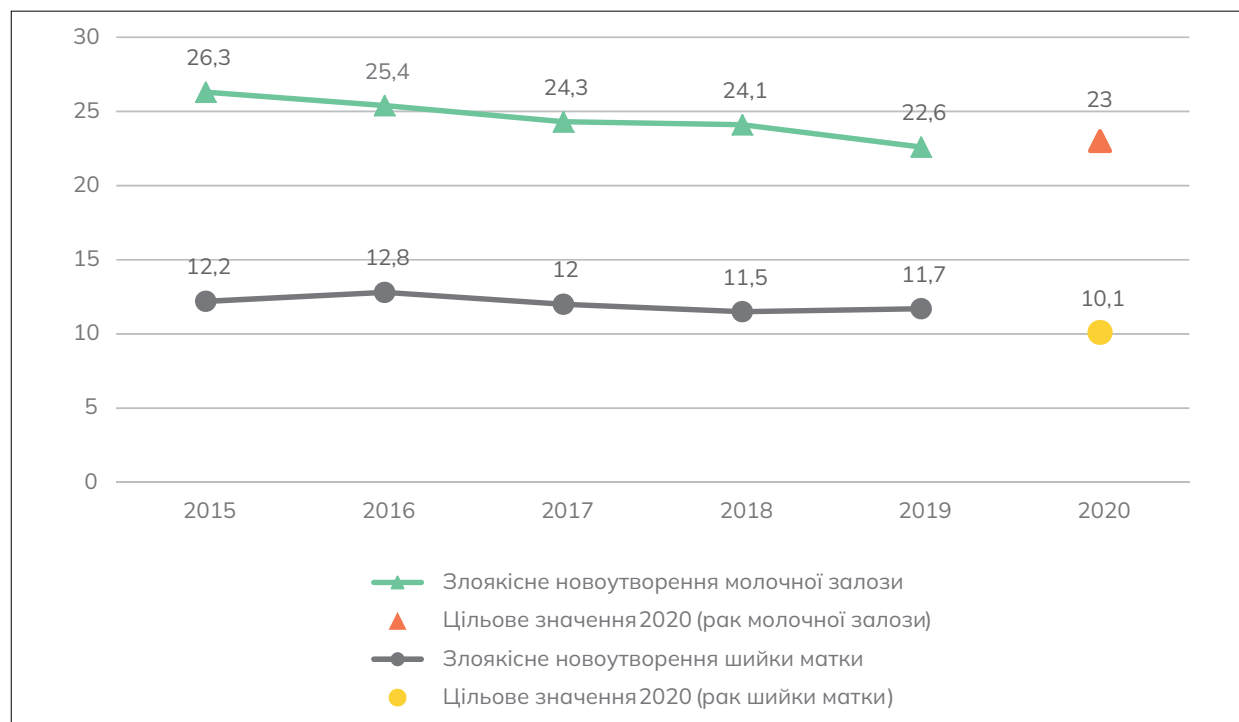
Наступні найбільш поширені локалізації раку за частотою смертей в Україні: злоякісні новоутворення ободової кишки; шлунка; трахеї, бронхів та легенів – у жінок; злоякісні новоутворення передміхурової залози; шлунка; ободової кишки – у чоловіків.

До національних індикаторів скорочення передчасної смертності від НІЗ як одного з завдань у межах цілі 3 «Міцне здоров'я та благополуччя» з переліку ЦСР у країні належать передчасна смертність (в інтервалі віку 30–59 років) від злоякісного новоутворення молочної залози та від раку шийки матки. Дотепер Україна досягла прогресу, достатнього для досягнення цільових значень індикаторів лише за смертністю від раку молочної залози. Разом з тим темпи скорочення передчасної смертності від раку шийки матки залишаються недосяжними (Рис. 1.10).

Згідно з GBD estimates, на злоякісні новоутворення в Україні останніми роками припадає 1,6 % потенційних років життя з інвалідністю (YLDs), спричиненої усіма НІЗ. Для порівняння, в країнах ЄС ця частка становить 2,5 %.

Загалом у 2017 році новоутворення в країні становили 1,4 % випадків хвороб з первинно встановленим діагнозом. Частка злоякісних форм серед первинно виявлених новоутворень становила 37 %.

**Рис. 1.10. Смертність жінок віком 30–59 років від раку молочної залози та раку шийки матки в Україні в 2015–2019 рр. і її цільові рівні станом на 2020 р. згідно ЦСР (на 100 тис. осіб)**



Джерело: дані Держстату України

Захворюваність жінок на злоякісні новоутворення незначно поступається такій серед чоловіків (за підсумками 2019–2020 рр. перевищення у чоловіків порівняно з жінками становить 5%). На рисунку 1.11. показана диференціація захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні в різних вікових групах. Привертає до себе увагу доволі різке, на тлі загального спаду захворюваності (особливо різних контингентів дорослого населення) в 2020 р. Ймовірно, це пов'язано з обставинами організаційного та поведінкового характеру, зумовленими проблемами доступу до медичних послуг в умовах пандемії COVID-19.

На відміну від захворюваності, поширеність злоякісних новоутворень серед дітей та дорослих в Україні має тенденцію до зростання (за період 2010–2020 рр.), причому більше серед дітей.

Вищенаведені тенденції динаміки захворюваності та поширеності простежуються і в групі злоякісних новоутворень органів жіночої репродуктивної системи: **рак шийки матки** та **рак молочної залози**. Захворюваність чоловіків **на злоякісні новоутворення передміхурової залози** підвищувалась протягом 2011–2013 рр., у 2014 р. вона знизилась і утримувалась на цьому рівні протягом двох наступних років, після чого зростання поновилось до 2019 р. включно<sup>11</sup>. Поширеність же цих новоутворень серед чоловіків у досліджуваній період підвищувалась (включаючи 2020 р.).

<sup>11</sup> За підсумками 2020 р. значення відповідного індикатора впало до найнижчого за цей період рівня.

**Рис. 1.11. Захворюваність на злоякісні новоутворення за окремими віковими контингентами в Україні в 2010, 2014, 2017, 2019 та 2020 рр. (у розрахунку на 100 тис. осіб відповідного вікового контингенту)**



Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

Загалом за 2011–2020 рр. поширеність злоякісних новоутворень шийки матки серед жінок збільшилась на 10 %, раку молочної залози – на 25 %, а поширеність злоякісних новоутворень передміхурової залози у чоловіків – зросла майже на 71 %.

**Цукровий діабет** – хронічне захворювання, котре, прогресуючи, може зумовлювати інші серйозні патологічні стани, як-от макросудинні ускладнення (в тому числі ІХС, ЦВЗ), діабетичні мікроангіопатії та ін. В Україні станом на 2019 р. діабет входить до тридцятки найпоширеніших хвороб, що спричиняють смерті, при цьому він став також сьомою з провідних причин інвалідності.

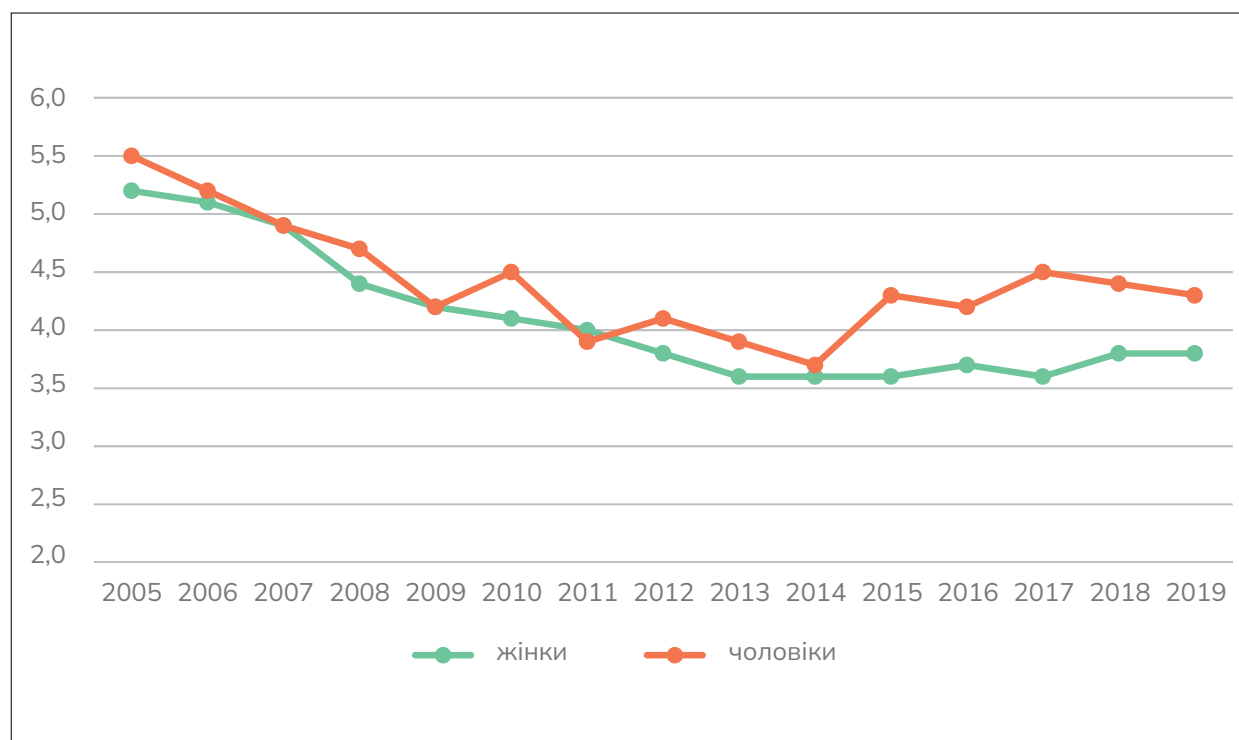


Проте рівень смертності від діабету в Україні (за його стандартизованим коефіцієнтом згідно з даними ВООЗ) у 3–4 рази нижчий, ніж в ЄС. Водночас, середній рівень передчасної смертності від діабету за стандартизованими показниками за період з 2010 р. для жінок у віці до 65 років в Україні лиш незначно менший, ніж в ЄС, а для чоловіків – нижчий менш ніж удвічі. Така конфігурація співвідношень показників Україна – ЄС у різних вікових групах може бути зумовлена відмінностями в підходах до діагностики основних причин смерті, зокрема, й певною недооцінкою діабету як основної причини смерті, серед померлих в Україні у старечому віці. Відтак смертність від діабету, може приписуватись хворобам, що уособлюють його поширені ускладнення (наприклад ССЗ тощо).

Загальні коефіцієнти смертності жінок внаслідок діабету в Україні перевищують такі серед чоловіків, у той час як за стандартизованими показниками зараз співвідношення є протилежним із невеликим перевищенням частоти смертей серед чоловіків.

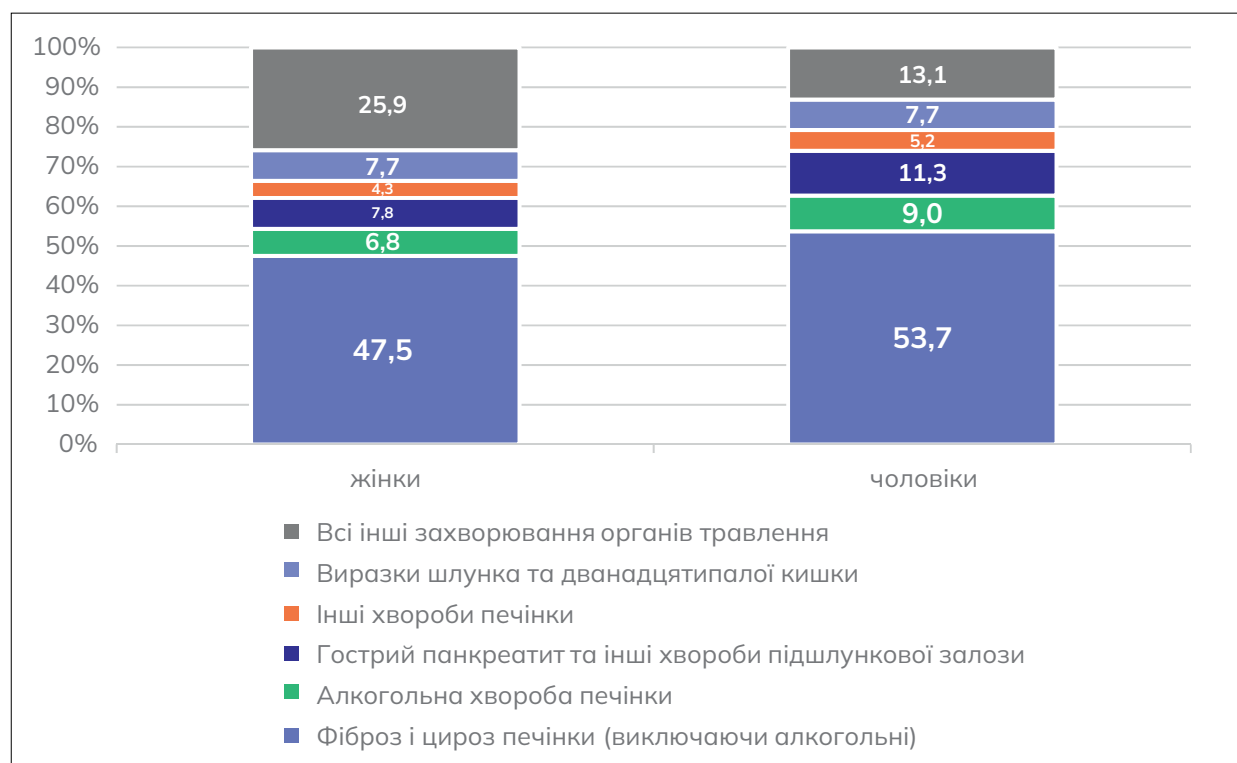
Динаміка смертності від діабету в Україні за останнє десятиріччя була переважно стагнаційною. Сприятливі тенденції, що окреслились у цій динаміці в 2005–2009 рр., виявились несталими й змінились різноспрямованими коливаннями рівня смертності внаслідок цього захворювання в останні роки (особливо – у чоловіків). І хоча нинішні коефіцієнти смертності від діабету є відчутно нижчими, ніж відповідні показники двадцяти- або й майже тридцятирічної давнини, проте, порівняно з 2010 р., вони знизились у середньому лише на 5–8 % (Рис. 1.12). При чому істотніше вони зменшились серед жінок.

**Рис. 1.12. Стандартизовані коефіцієнти смертності від цукрового діабету в Україні за статтю в 2005–2019 рр. (на 100 тис. осіб)**



Джерело: дані Держстату України

**Рис. 1.13. Структура смертності жінок та чоловіків від захворювань органів травлення за нозологічними формами в Україні в 2019 р.**



Джерело: розрахунки за даними Держстату України

Варто зазначити, що зниження частоти передчасних смертей, спричинених діабетом, у осіб віком від 30 до 70 років, було більш вагомим, однак, і в цьому віковому інтервалі не зафіксовано сталості позитивної динаміки протягом останніх років.

Згідно з GBD estimates, на цукровий діабет в Україні припадає 4,3 % потенційних років життя з інвалідністю (YLDs), спричиненою всіма НІЗ, у той час, як в країнах ЄС ця частка перевищує 6 %.

За даними звернень до медичних закладів, захворюваність на діабет серед жінок у середньому в 1,5 рази вища, ніж серед чоловіків. За рівнем поширеності відповідне перевищення було ще більшим – у понад 1,6 рази.

У динаміці з 2011 р. по 2017 р. спостерігалось практично неухильне підвищення захворюваності на діабет у дітей віком до 18 років. У дорослих (у тому числі осіб працездатного віку) рівень захворюваності за цією патологією підвищувався в першій третині 2010-х років, після чого впав.

У динаміці поширеності цукрового діабету також виділяються два окремі етапи, розмежовані падінням показника в 2014 р.: 2011–2013 рр. – підвищення рівня поширеності діабету в усіх виділених статевих та вікових групах населення; 2015–2017 рр. – поновлення зростання. Загалом у 2010-х роках, за період наявності відповідних даних в Україні, поширеність цукрового діабету підвищилась серед усіх груп населення, при цьому найбільше вона зросла серед дітей, а у серед дорослого населення – у осіб працездатного віку, порівняно з літніми людьми.





**Хронічні захворювання органів травлення** (зокрема, й хвороби гепатобіліарної системи) представляють той клас патологій, від яких страждає все більше число людей у всьому світі. Хвороби органів травлення в Україні в останні десятиліття піднялися вгору в ієрархії причин смерті населення, посівши у ній четверту сходинку після серцево-судинних захворювань, новоутворень та зовнішніх причин. Загалом стандартизований коефіцієнт смертності від хвороб органів травлення в країні збільшився з 32,9 смертей на 100 тис. осіб у 1991 р. до 42,9 – у 2001 р., 48,0 – у 2011 р. та 51,3 – у 2019 р.

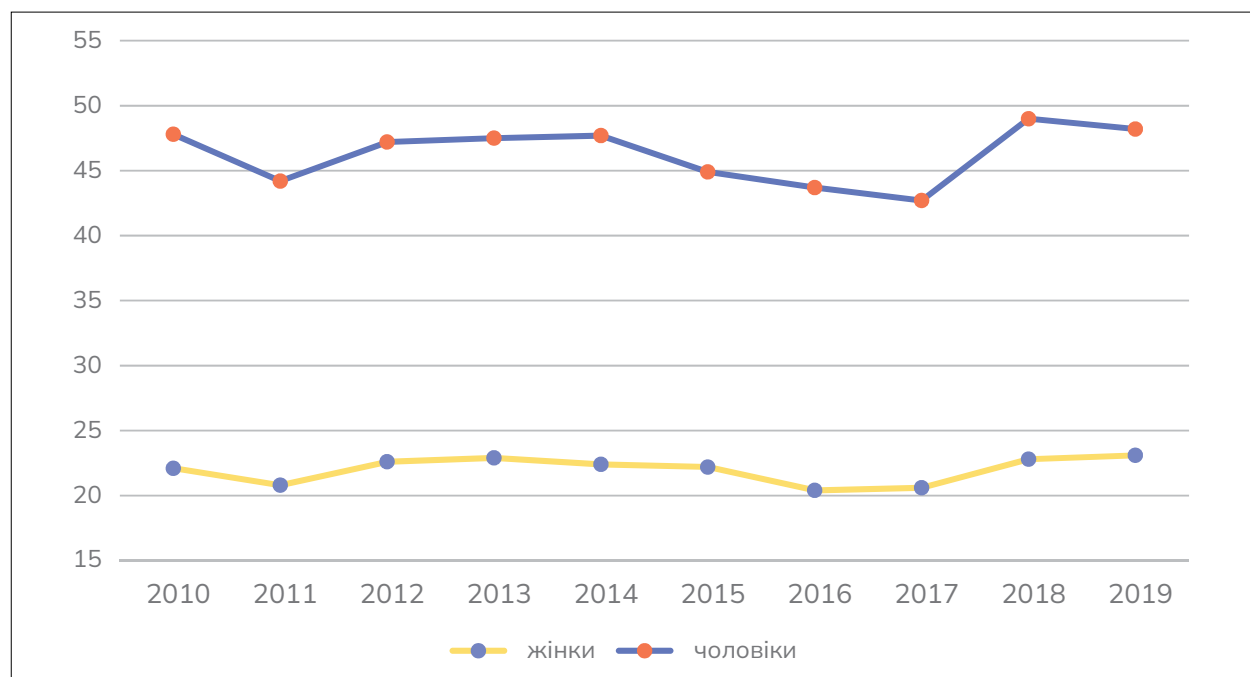
Серед окремих нозологій **хронічні хвороби печінки та цирози** мають найвищу частку в структурі смертності за цим класом причин (Рис. 1.13). Причому за період незалежності України ця частка (особливо цирозів) помітно зростає.

Стандартизовані коефіцієнти смертності населення України від хронічних хвороб печінки та цирозів відчутно перевищують такі для ЄС та країн європейського регіону ВООЗ.

В Україні рівень смертності чоловіків внаслідок цих захворювань (за його стандартизованим коефіцієнтом) у середньому в два з половиною рази вищий, ніж жінок. Найбільш показовою відмінністю необоротних втрат від патології печінки за типом поселення є двократне перевищення стандартизованого показника смертності від алкогольної хвороби печінки серед сільського населення, порівняно з міським.

В динаміці смертності від хронічних захворювань печінки<sup>12</sup> у 2010-х переважали стагнаційні тенденції (Рис. 1.14).

**Рис. 1.14. Коефіцієнти смертності жінок та чоловіків від хронічних захворювань печінки в Україні у 2010–2019 рр. (у розрахунку на 100 тис. осіб)**



Джерело: розрахунки за даними Держстату України

12 Враховано: фібрози й цирози печінки (за винятком алкогольних) та інші хвороби печінки



Тож зрештою за підсумками десятиріччя в цілому позитивних зрушень у загальному рівні смертності від хронічних хвороб печінки в Україні не зафіксовано.

Згідно з GBD estimates, внесок хронічних захворювань печінки у потенційні роки життя, прожиті з інвалідністю внаслідок усіх НІЗ, в Україні відчутно вищий, ніж в ЄС. При цьому з 2000 р. він зріс у півтора рази<sup>13</sup>.

Проте показово, що захворюваність на хронічні хвороби печінки за даними звернень до медичних закладів в Україні в 2011–2017 рр. знижувалась для всіх виділених статевих та вікових груп (жінки-чоловіки; діти-дорослі (в тому числі працездатного віку)). Хоча як за захворюваністю, так і за поширеністю показники у чоловіків залишаються вищими у півтори рази, у порівнянні з жінками.

Поширеність хронічних захворювань печінки серед дорослих підвищувалась лише на початку 2010-х років, а надалі – повільно спадала, щоправда, значно нижчими темпами, ніж захворюваність.

Загалом же відчутне скорочення рівнів захворюваності та поширеності хвороб за даними звернень до медичних закладів за неоднозначності тенденцій смертності від цих захворювань, імовірно, може свідчити й про наявність проблем з їх своєчасним виявленням.

**Хронічні респіраторні хвороби** репрезентують хронічні запальні захворювання, що вражають дихальні шляхи. Внесок респіраторних захворювань у глобальний тягар хвороб є доволі відчутним. Серед НІЗ захворювання дихальних шляхів є чи не найбільш небезпечними з точки зору ризиків інвалідизації та спричинення необоротних втрат життів. Сукупна частка смертей, спричинених цими захворюваннями, серед усіх смертей від хвороб органів дихання в Україні, в 2019 р. становила 40 %.

Стандартизовані показники смертності (в тому числі передчасної) **від бронхіту, астми та емфіземи легень** в Україні перевищують такі в ЄС, особливо – серед чоловіків. Смертність чоловіків від сукупності цих захворювань в Україні у рази вища, ніж жінок (при цьому це перевищення є вагомим, порівняно з таким в ЄС та країнах європейського регіону ВООЗ). Частота смертних випадків внаслідок хронічних респіраторних хвороб у сільській місцевості України значно вища, ніж у міських поселеннях.

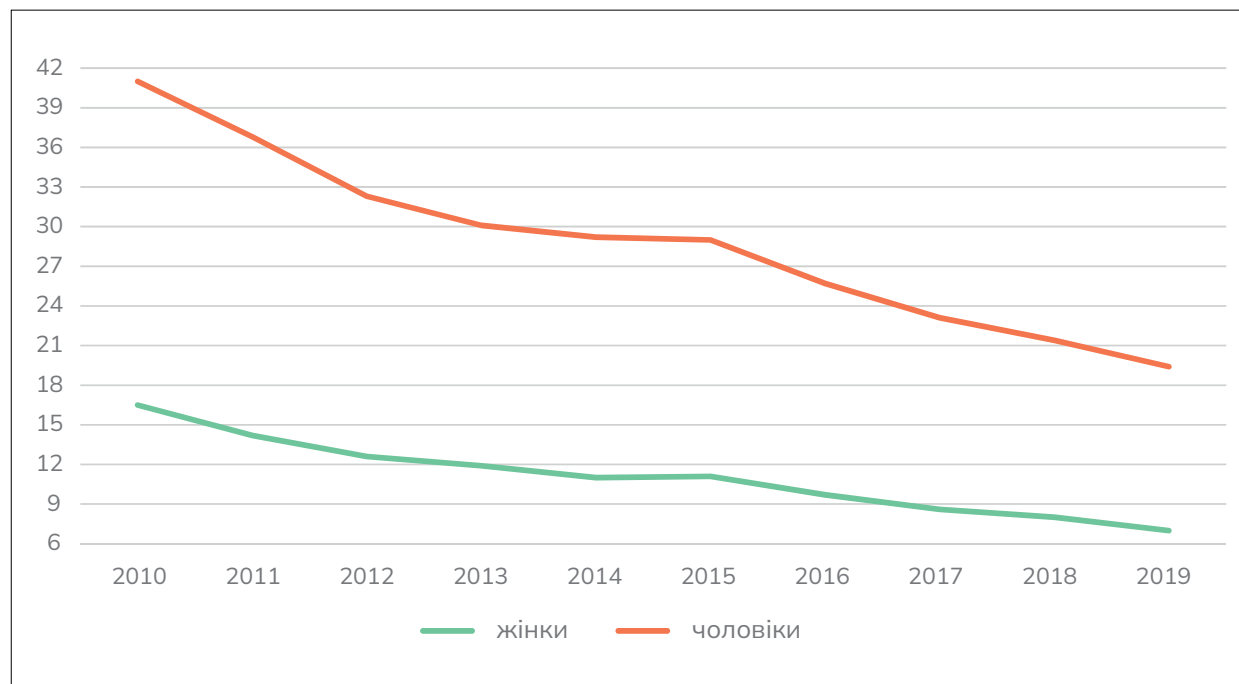
Загальне уявлення про динаміку смертності від хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів в Україні з початку 2010-х років дають її диференційовані за статтю коефіцієнти, які відображено на Рис. 1.15.

Загалом хвороби органів дихання представляють собою клас патологій, захворюваність за яким є найвищою (в Україні у 2017 р. – 28 445 випадків на 100 тис. осіб або понад 45 % усіх вперше зареєстрованих захворювань).

---

<sup>13</sup> Втім, підвищення внеску хронічних захворювань печінки у втрату здорових років життя через інвалідність, спричинену НІЗ, відбувалося і в країнах ЄС.

**Рис. 1.15. Коефіцієнти смертності жінок та чоловіків від хронічних захворювань нижніх дихальних шляхів в Україні у 2010–2019 рр. (у розрахунку на 100 тис. осіб)**



Джерело: розрахунки за даними Держстату України

Захворюваність на власне хронічні респіраторні хвороби, а також їх поширеність в Україні є найбільшими серед дитячого контингенту: перевищення над відповідними рівнями для дорослого населення у 2010-х роках становило в середньому 1,5 та 2,7 рази відповідно. У чоловіків у досліджувані роки хронічні бронхіти, астма або ж інші обструктивні захворювання легенів вперше діагностувались у середньому на 12 % частіше, ніж у жінок.

В динаміці за 2011–2017 рр. захворюваність на хронічні респіраторні хвороби та їх поширеність в Україні зменшились (майже на 20 % і більш ніж на 12 % відповідно). Децю більше скорочення захворюваності зафіксовано серед дорослого населення порівняно з дітьми, а щодо поширеності – співвідношення темпів зниження було протилежним.

**Психічні розлади** являють собою широкий спектр порушень психічного здоров'я людини, для яких характерним є поєднання тривожних думок, емоцій, змін поведінки та відносин з оточенням. Сьогодні поширеність психічних розладів є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ, адже тут вони виступають однією з провідних причин інвалідності та помітною складовою загального тягаря хвороб [10]. Так, згідно з GBD estimates, внесок власне психічних розладів у потенційні роки життя з інвалідністю (YLDs) внаслідок усіх НІЗ зараз становить 17 % як в ЄС, так і в Україні; частка ж психічних розладів у загальних втратах потенційних років життя (DALYs) від усіх НІЗ становить майже 8 % в ЄС та децю менше в Україні 5 %).

Рівень смертності від психічних розладів в Україні в рази нижчий, ніж в ЄС та країнах європейського регіону ВООЗ. Проте коректність міжнародних порівнянь смертності

від психічних розладів у цьому випадку піддається сумніву через наявні відмінності підходів до вибору основної причини смерті й щодо шифрування діагнозів [11].

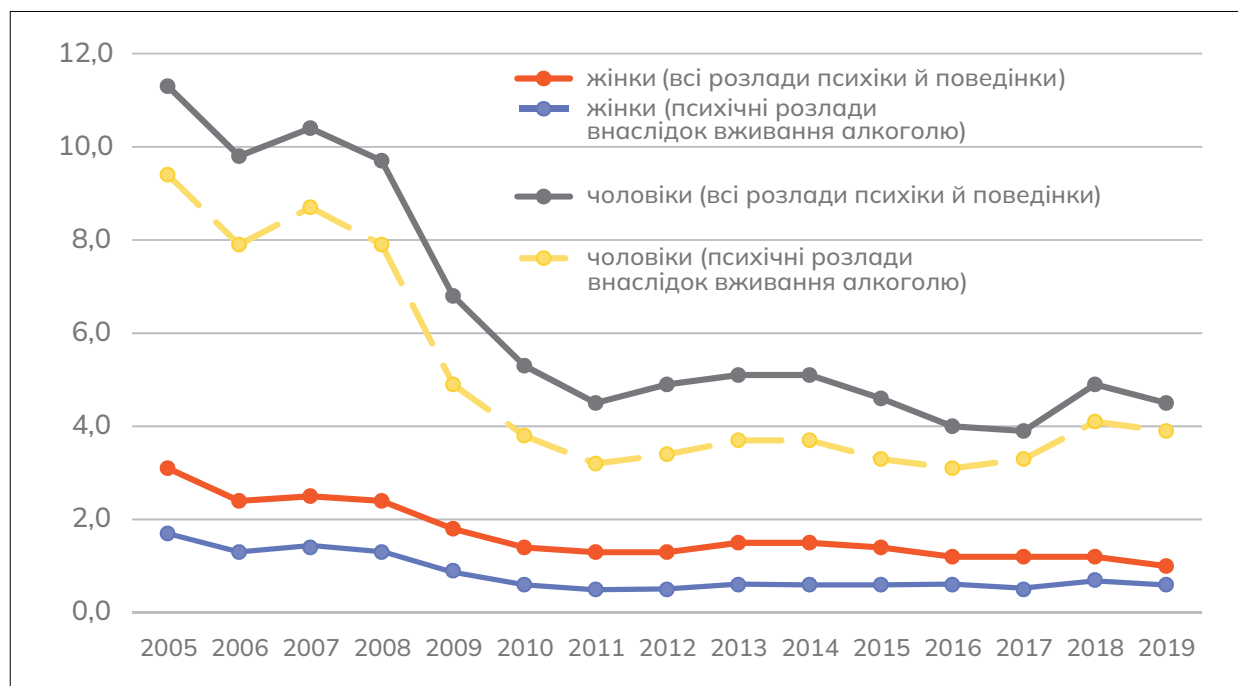
Оцінка ж реальних масштабів смертності, зумовленої психічними розладами, в межах країни також ускладнюється тим, що немало пацієнтів з психіатричними розладами помирає від неприродних причин (зокрема, самогубств, певних нещасних випадків тощо). З психічними розладами певною мірою асоціюється смертність від різних патологій нервової, серцево-судинної та інших систем, що пов'язані зі станом психічного здоров'я.

Згідно з даними офіційної демографічної статистики, в Україні у 2019 р. внесок смертей від хвороб класу «розлади психіки й поведінки» у загальне число смертей становив 0,2 %. Чотири з кожних п'яти смертей від психічних розладів було спричинено розладами внаслідок вживання алкоголю або ж інших психоактивних речовин.

Смертність чоловіків внаслідок психічних розладів в Україні (згідно з ії стандартизованим показником) останніми роками в середньому в 4,5 рази перевищує смертність жінок; показник для сільського населення – у 2,5 рази вищий порівняно з містянами. Тож найвищим рівнем смертності від психічних розладів вирізняються сільські чоловіки: відповідний стандартизований показник для них у 2019 р. більш ніж втричі перевищував коефіцієнт для всього населення України.

Динаміка рівня смертності внаслідок психічних розладів (у тому числі тих, що пов'язані зі зловживанням алкоголем) в Україні за останні п'ятнадцять років відображена на Рис. 1.16.

**Рис. 1.16. Стандартизовані коефіцієнти смертності через психічні розлади (у тому числі розлади внаслідок вживання алкоголю) в Україні за статтю в 2005–2019 рр. (на 100 тис. осіб)**



Джерело: дані Держстату України



Отож, смертність (згідно зі стандартизованими показниками смертності) від психічних розладів, за останні п'ятнадцять років зменшилася як серед чоловіків, так і серед жінок. Проте її динаміка була нерівномірною: найвищі темпи зниження припали на перші п'ять років зазначеного періоду. Надалі показники смертності або стабілізувалися (як у жінок), або ж періодично зазнавали коливань (у чоловіків), так що зрештою їх рівень, досягнутий наприкінці досліджуваного періоду, виявилися принаймні не нижчим, ніж зафіксований у 2011 р.

Останніми роками в структурі смертності жінок України внаслідок психічних розладів підвищилась частка смертей, зумовлених розладами через вживання алкоголю: з менш ніж 40 % – у 2011–2012 рр. до 60 % у 2019 році. Щодо смертності чоловіків внаслідок психічних розладів, то останніми роками у них розлади, зумовлені вживанням алкоголю, спричиняли 6 із кожних 7 випадків у цьому класі причин (у 2012 р. – 9 із кожних 13 смертей внаслідок психічних розладів).

За даними Міністерства охорони здоров'я України, з 2010 по 2017 роки захворюваність на різні *психічні розлади* знижувалася в усіх статевих та вікових контингентах населення (жінки-чоловіки; діти та дорослі, в тому числі працездатного віку). Зниження рівня захворюваності чоловіків у цей період відбувалося дещо вищими темпами, ніж жінок.

Водночас, за даними звернень до медичних закладів, в Україні станом на 2017 р. показник захворюваності дітей на психічні розлади (в розрахунку на 100 тис. осіб віком до 18 років) вдвічі перевищував такий у дорослих. Захворюваність чоловіків загалом була майже на 30 % вища, ніж жінок. При цьому серед чоловіків захворюваність на *психічні розлади, пов'язані з вживанням алкоголю* (хронічний алкоголізм та алкогольні психози) перевищувала таку серед жінок майже у шість з половиною разів.

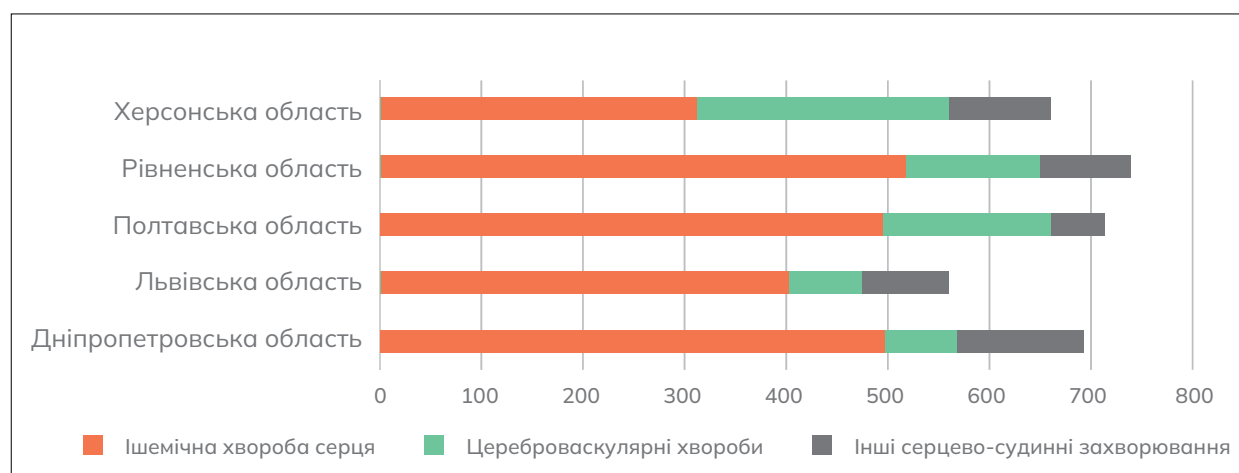
Згідно з наявними національними оцінками *поширеності* психічних захворювань в Україні за 2019 р. – психічні розлади мали 5 % населення [12]. Можемо припустити, що для оцінки реальної поширеності психічних розладів ця інформація є неповною. Так, наприклад, у ході дослідження STEPS (2019) було виявлено, що 12,4 % опитаних мали симптоми депресії протягом року [2]. За підсумками дослідження WMH в Україні ще в 2002 р. 17,6 % респондентів пережили випадок (епізод) психічного розладу протягом року, що передувало дослідженню, а 10,6 % – мали поточний психічний розлад [13]. При цьому, скорочення *поширеності психічних розладів* відбувалось нижчими темпами, ніж скорочення захворюваності на ці хвороби. Поширеність психічних розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, скоротилась навіть дещо більше, порівняно з усіма іншими психічними розладами, проте, також менше, ніж захворюваність на них. За поширеністю *психічних розладів, зумовлених вживанням алкоголю*, перевищення показника для чоловіків над жінками наприкінці періоду становило понад 7 разів.

## СМЕРТНІСТЬ ВІД ОСНОВНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА НИХ У П'ЯТИ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

Нижче наведено аналіз ситуації щодо смертності та захворюваності на НІЗ у п'яти регіонах України (Львівській, Полтавській, Дніпропетровській, Рівненській та Херсонській областях).

**Хвороби системи кровообігу.** Про частоту смертей населення від різних ССЗ у досліджуваних пілотних регіонах України дають змогу судити відповідні стандартизовані показники смертності, наведені на Рис. 1.17. Найвищими є рівні смертності від серцево-судинних захворювань в Полтавській та Рівненській областях, також середньоукраїнський рівень перевищено на Дніпропетровщині. Лише в Львівській області відповідний стандартизований показник істотно нижчий, ніж середній по країні.

**Рис. 1.17. Стандартизовані коефіцієнти смертності від захворювань системи кровообігу в п'яти регіонах України у 2019 р. (на 100 тис. осіб)**



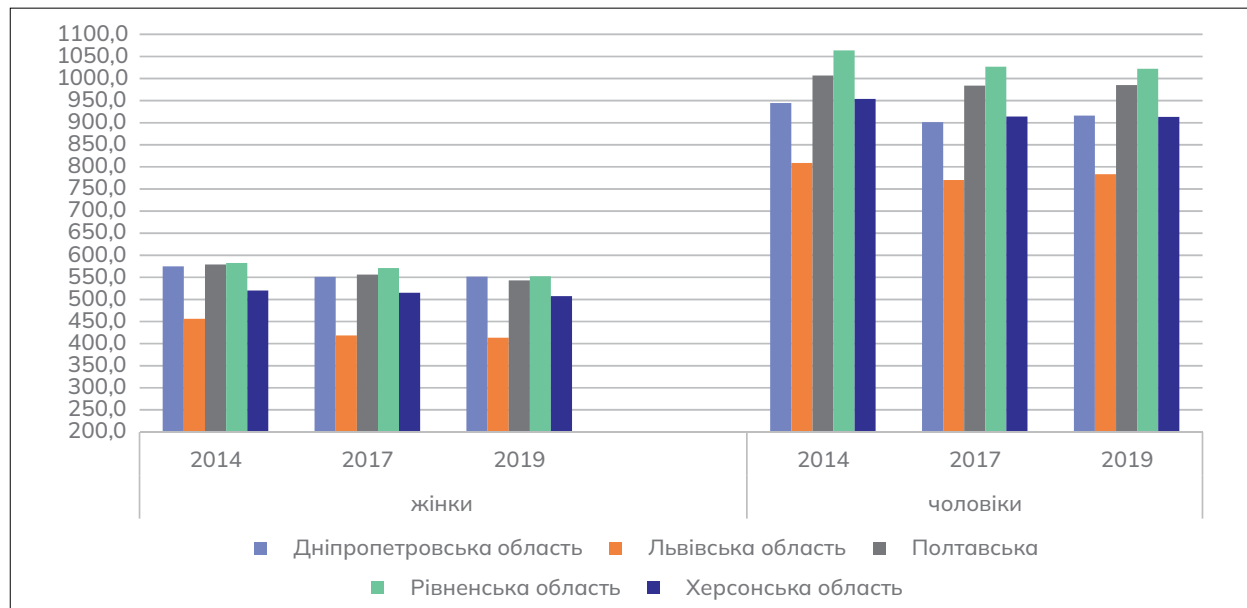
Джерело: дані Держстату України

Рівень смертності від ССЗ у досліджуваних регіонах визначається здебільшого смертністю внаслідок ішемічної хвороби серця: в усіх областях за винятком Херсонської, на неї припадає понад 2/3 смертей за цим класом захворювань у цілому. На Херсонщині внесок цереброваскулярних хвороб у смертність від серцево-судинних захворювань є вищим, ніж у інших регіонах, і при цьому незначно поступається смертності від ішемічної хвороби серця.

Уявлення ж про новітні зміни<sup>14</sup> в смертності від хвороб системи кровообігу в пілотних регіонах дають диференційовані за статтю стандартизовані показники, які наведено на Рис. 1.18. Вони засвідчують переважну «застійність» динаміки смертності від ССЗ в усіх цих регіонах в останні роки й особливо – у чоловіків.

14 Зміни протягом останніх 5-7 років

**Рис. 1.18. Стандартизовані коефіцієнти смертності від захворювань системи кровообігу в п'яти регіонах України в 2014, 2017 та 2019 рр., за статтю (на 100 тис. осіб)**



Джерело: дані Держстату України

За національними індикаторами виконання завдань ЦСР зі скорочення передчасної смертності від НІЗ<sup>15</sup> серед п'яти проаналізованих регіонів України найкращою є ситуація на Львівщині. Кількість смертей серед жінок віком 30–59 років від цереброваскулярних хвороб станом на 2019 р. тут становила 16,5 на 100 тис. осіб проти 23,4 у середньому по Україні, чоловіків – 49,2 на 100 тис. осіб за середньоукраїнського значення 57,3. На Рівненщині цей показник у жінок становив 17,8, у чоловіків – 60,0; на Полтавщині – 26,9 та 65,2 відповідно; у Дніпропетровській області – 27,5 й 63,2. Найгірша ж ситуація з передчасною смертністю від цереброваскулярних хвороб у Херсонській області, де вона становить 37,1 на 100 тис. – у жінок та 81,0 – у чоловіків, що зараз є найвищим рівнем серед усіх регіонів України.

Згідно зі статистикою звернень до медичних закладів з приводу хвороб системи кровообігу, первинна захворюваність на них від 2010 р. практично неухильно зменшувалась у Львівській, Рівненській, Полтавській та Херсонській областях, при цьому зниження показників прискорилось останніми роками (зокрема, й з надзвичайним їх падінням у 2020-му, порівняно з 2019 р.). Зниження захворюваності у згаданих регіонах було притаманне всім статеві-віковим контингентам населення. Серед п'яти досліджених регіонів України лише на Дніпропетровщині захворюваність дорослого населення на ССЗ незначно підвищилась (на 7,3 % у цілому за 2011–2018 рр.)

Новітні тенденції динаміки захворюваності на ішемічну хворобу серця та на цереброваскулярні хвороби загалом відповідають таким щодо ССЗ у цілому:

- ▶ мало місце скорочення частоти звернень з первинно встановленими діагнозами ІХС та ЦВЗ на Львівщині, Рівненщині, Полтавщині та Херсонщині (що особливо прискорилось саме в останні роки);
- ▶ підвищилась захворюваність на ІХС та на ЦВХ у Дніпропетровській області.

15 Рівень смертності від цереброваскулярних хвороб жінок/чоловіків у віці від 30 до 60 років.



Динаміка поширеності основних ССЗ серед населення пілотних регіонів у останнє десятиріччя була дещо менш однозначною. Скорочення поширеності за підсумками досліджуваного періоду в цілому зафіксовано на Львівщині й Полтавщині. У Херсонській області поширеність ССЗ знизилась серед дітей та осіб післяпрацевдатного віку, а от контингенти населення працевдатного віку, навпаки, продемонстрували підвищення її рівня.

На Рівненщині до останнього року зниження поширеності ССЗ серед усього населення (й, зокрема, жінок) не відбулось, однак за рахунок надзвичайного зниження показників у епідемічному 2020 р. загалом за досліджуваний період зафіксовано падіння її рівня (при тому, що ситуація зі смертністю від хвороб системи кровообігу в регіоні далека від благополучної).

У Дніпропетровській області поширеність ССЗ збільшилась, при цьому дещо більшою мірою, ніж первинна захворюваність. Випереджальними були темпи зростання поширеності хвороб системи кровообігу серед населення працевдатного віку<sup>16</sup>.

Щодо окремих досліджуваних нозологічних форм (у межах цього класу захворювань), то тенденції поширеності ішемічної хвороби серця у Львівській, Рівненській та Дніпропетровській областях відповідали вищевказаному для цих регіонів за класом ССЗ у цілому. На Полтавщині поширеність ІХС переважно підвищувалась за рахунок жінок та контингенту осіб післяпрацевдатного віку. В Херсонській області поширеність цієї недуги незначно підвищилась серед усіх груп дорослого населення за підсумками 2011–2018 рр., але в 2020-му впала серед усіх контингентів, окрім осіб працевдатного віку. Це може бути пов'язано з карантинними обмеженнями через пандемію COVID-19, проблемами доступу до медичної допомоги, а відтак, і зменшенням кількості звернень по допомогу.

*Поширеність цереброваскулярних захворювань знизилася в усіх контингентах населення Львівської, Полтавської, Рівненської областей.*

Натомість на Дніпропетровщині поширеність цереброваскулярних захворювань серед всього населення підвищилась, причому виключно за рахунок жінок. Випереджальними були темпи зростання поширеності ЦВХ у працевдатному віці. Істотно зросла за досліджуваний період поширеність цереброваскулярних хвороб серед осіб працевдатного віку й у Херсонській області.

**Смертність та захворюваність на злоякісні новоутворення.** Серед досліджуваних регіонів України найнижчими рівнями смертності від злоякісних новоутворень (за стандартизованим показником) останніми роками вирізняються Львівська та Рівненська області, а найвищими – Дніпропетровська й Полтавська.

У динаміці за останні п'ять років смертність від злоякісних новоутворів знизилась у всіх згаданих областях, при цьому найбільше – на Рівненщині.

---

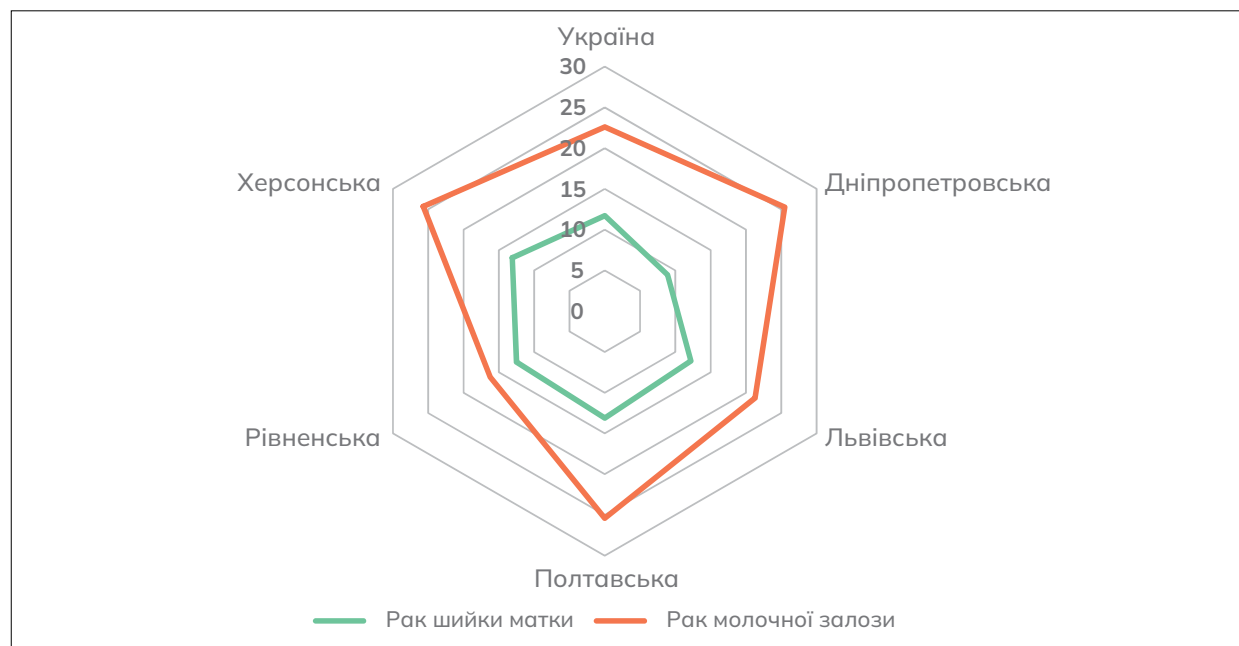
<sup>16</sup> Випереджальні темпи зростання – темпи зростання у динаміці у порівнянні з середнім та окремими індивідуальними рівнями.





За показниками передчасної смертності від раку, що підлягають моніторингу в межах ЦСР, сучасна ситуація є такою: частота смертей, спричинених раком молочної залози, найнижча в Рівненській області, нижча за середньоукраїнську – на Львівщині, й практично однаково висока в Дніпропетровській, Полтавській та Херсонській областях. Рівень смертності від раку шийки матки нині найнижчий на Дніпропетровщині, а найвищий – у Полтавській та Херсонській областях (Рис. 1.19).

**Рис. 1.19. Смертність жінок у віці від 30 до 59 років від раку молочної залози та раку шийки матки в Україні та п'яти регіонах у 2019 р. (на 100 тис. жінок відповідного віку)**



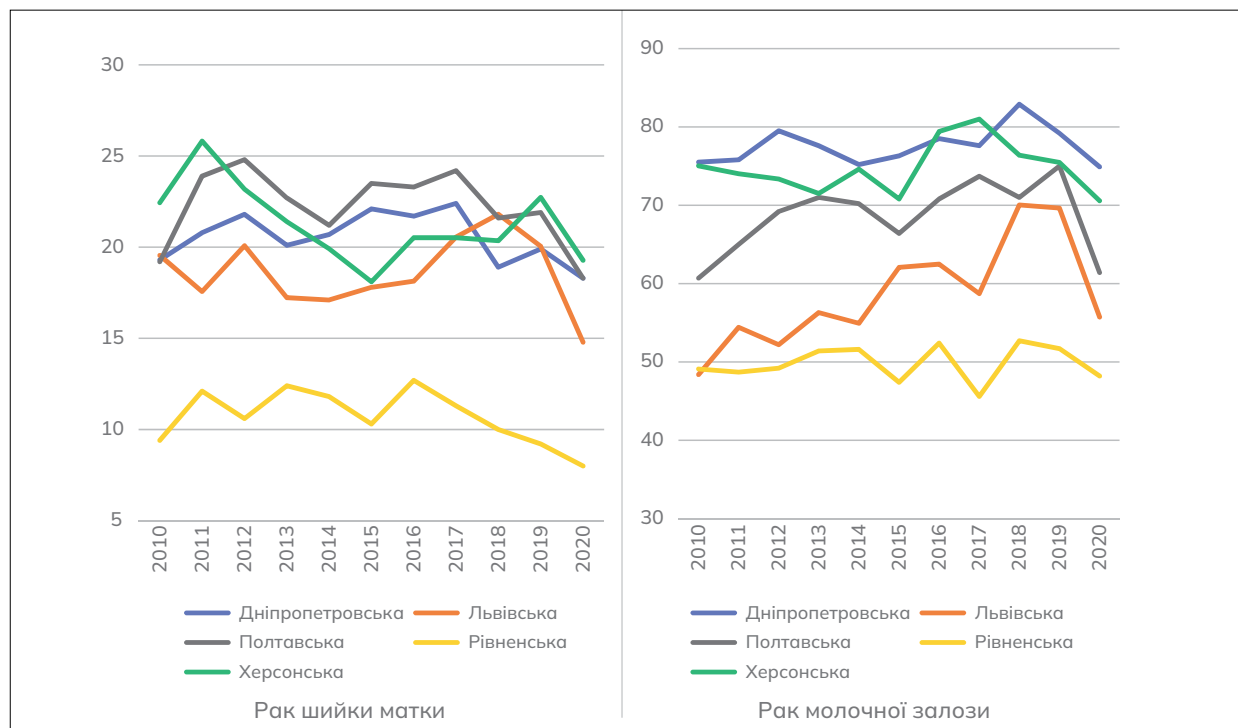
Джерело: дані Держстату України

Захворюваності на злоякісні новоутворення за даними звернень до медичних закладів у п'яти регіонах країни була притаманна специфічна динаміка, пов'язана з епідемічно-карантинними умовами 2020 р.: якщо загалом за період 2011–2019 рр. повсюдно було зафіксоване певне підвищення показників захворюваності, то у 2020 р. відбулося їх падіння. Ймовірно це можна пояснити обставинами організаційно-облікового характеру, зокрема, карантинними обмеженнями та проблемами доступу до спеціалізованої медичної допомоги.

Такі ж тенденції (динамічні співвідношення) загалом були характерні й для захворюваності на рак шийки матки в досліджуваних регіонах, хіба що за винятком Рівненщини, де відповідний рівень захворюваності жінок працездатного віку знижувався вже з другої половини 2010-х і його падіння в останній рік лише прискорилось (Рис. 1.20).

Захворюваність на рак молочної залози в регіонах у середньому майже вчетверо перевищує захворюваність на рак шийки матки. Протягом 2010-х років, попри різноспрямовані коливання, вона зазнала доволі відчутного підвищення в усіх досліджуваних областях за винятком Рівненської, проте вже переважно останній «ковідний» рік позначився її падінням, що вказує радше на проблеми зі своєчасною діагностикою небезпечного захворювання.

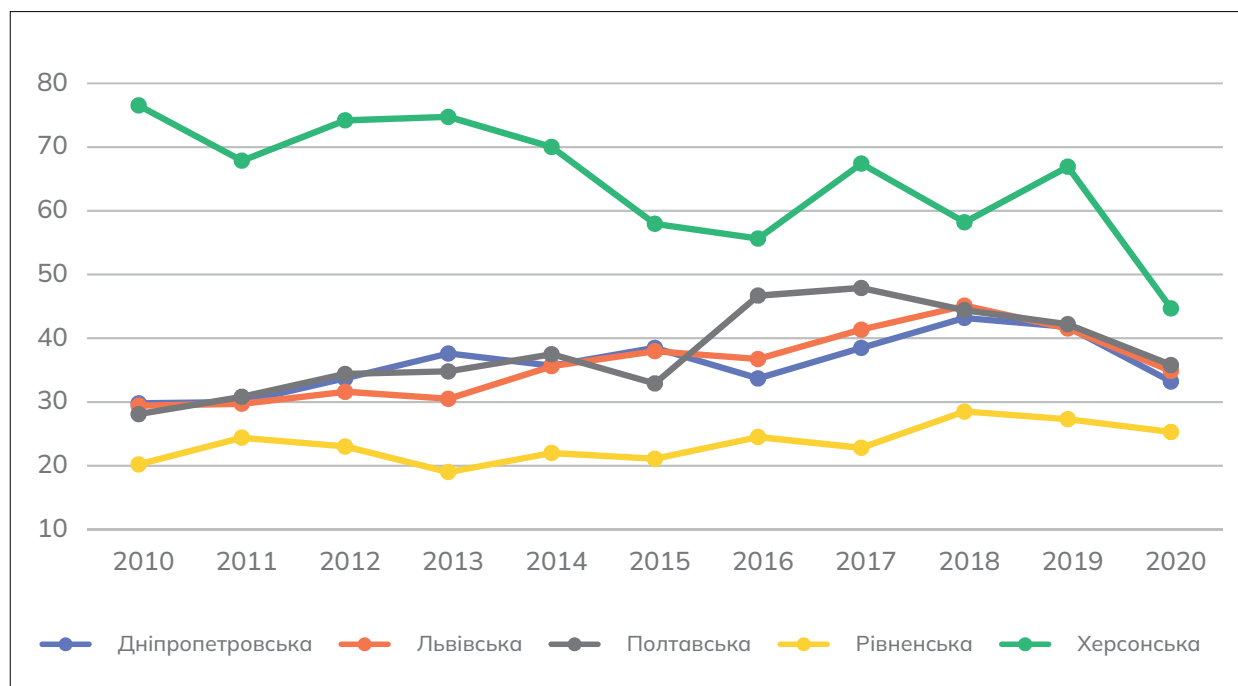
**Рис. 1.20. Захворюваність жінок на рак шийки матки та рак молочної залози в п'яти регіонах України у 2010–2020 рр. (у розрахунку на 100 тис. жінок)**



Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

Протягом 2010-тих років в більшості пілотних регіонів мало місце також підвищення захворюваності чоловіків на рак передміхурової залози (Рис.1.21).

**Рис. 1.21. Захворюваність чоловіків на злоякісні новоутворення передміхурової залози в п'яти регіонах України у 2010–2020 рр. (у розрахунку на 100 тис. чоловіків)**



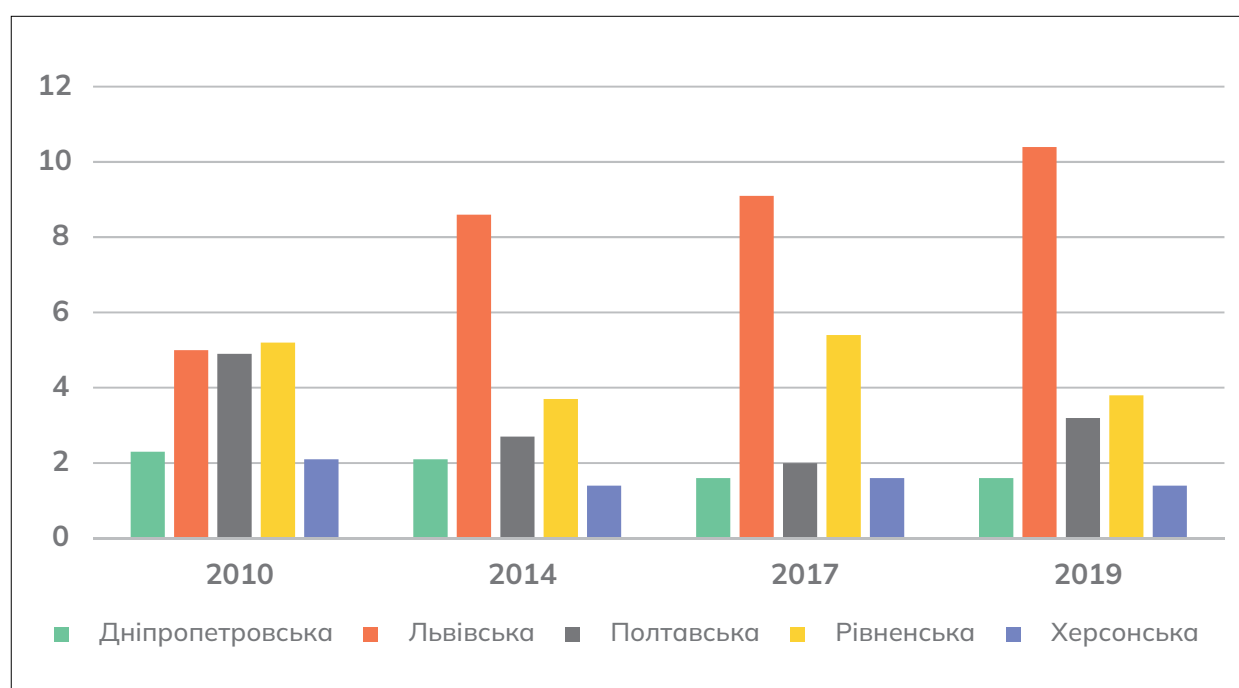
Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України



Проте загальну траєкторію динаміки захворюваності досліджуваних злоякісних новоутворень «порушує» 2020 р. з його епідемічними небезпеками, карантинними обмеженнями та проблемами доступу до багатопрофільної медичної допомоги. При цьому поширеність злоякісних новоутворів жіночої та чоловічої репродуктивної сфери продовжувала збільшуватись.

**Цукровий діабет.** Серед п'яти регіонів України найвищою смертністю від діабету з несприятливою її динамікою вирізняється Львівська область, найнижчими стандартизовані показники смертності від цієї недуги є в Дніпропетровській та Херсонській областях (Рис. 1.22).

**Рис. 1.22. Стандартизовані коефіцієнти смертності від діабету в п'яти регіонах України в 2010, 2014 та 2019 рр. (на 100 тис. осіб)**



Джерело: дані Держстату України

Висока смертність від діабету на Львівщині асоціюється передусім із наявними вадами раннього виявлення діабету, реєстрації й спостереження пацієнтів, їх лікування та досягнення контролю захворювання, що були встановлені, зокрема, в ході порівняльного аналізу континууму медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу в Львівській та Полтавській областях України [9].

Аналіз динаміки захворюваності на цукровий діабет в досліджуваних регіонах країни засвідчує переважання тенденцій до її підвищення як серед дорослих, так і серед дітей у Дніпропетровській, Полтавській та Херсонській областях. Поширеність же цієї недуги з 2010 р. збільшилась у всіх без винятку досліджуваних регіонах та в усіх досліджуваних статеві-вікових контингентах (діти, дорослі жінки й чоловіки, у тому числі особи працездатного віку). Особливе занепокоєння викликають випереджальні темпи зростання поширеності цукрового діабету серед дітей.



Останніми роками вищі рівні як первинної захворюваності, так і поширеності діабету фіксуються на Полтавщині, Рівненщині та у Дніпропетровській області. Поширеність же цієї недуги від 2010 р. серед п'яти регіонів найбільшими темпами зростала в Рівненській області.

**Хронічні захворювання печінки.** Уявлення про сучасні рівні смертності від захворювань печінки в Україні та регіонах дослідження дає Рис. 1.23.

**Рис. 1.23. Загальний коефіцієнт смертності населення від хронічних захворювань печінки та цирозу (за винятком алкогольного) в Україні та п'яти регіонах у 2019 р. (на 100 тис. осіб)**



Джерело: розрахунки за даними Держстату України

Тож досліджувані західні області країни та Полтавщина мають нижчі за середньоукраїнський рівні смертності внаслідок патологій печінки та особливо відчутно нижчі, ніж у Дніпропетровській та Херсонській областях.

Згідно зі статистикою звернень до медичних закладів з приводу хронічних хвороб печінки, первинна захворюваність у п'яти регіонах України з 2010 р. знижувалась. Ця тенденція притаманна всім статеві-віковим контингентам населення досліджуваних областей.

Відчутне зменшення поширеності хронічних захворювань печінки та цирозу зафіксовано в Дніпропетровській, Львівській та Херсонській областях, водночас на Рівненщині та Полтавщині поширеність цих хвороб протягом 2010-х років збільшилась. Останніми роками саме у двох останніх областях з п'яти показники поширеності хронічних хвороб печінки є найвищими (причому смертність – нижчою порівняно з іншими регіонами).

Серед пілотних регіонів України високим рівнем смертності від **хронічних захворювань нижніх дихальних шляхів** станом на 2019 р. вирізнялась Львівська область (Рис. 1.24).

**Рис. 1.24. Загальний коефіцієнт смертності населення від бронхіту, емфіземи, астми та інших хронічних захворювань нижніх дихальних шляхів в Україні та п'яти регіонах у 2019 р. (на 100 тис. осіб)**



Джерело: розрахунки за даними Держстату України

Аналіз динаміки показників захворюваності на хронічні респіраторні хвороби з 2010 р. засвідчує їх зниження за цей період у цілому в досліджуваних регіонах, за винятком Дніпропетровської області та почасти – Полтавщини (де зміни рівня захворюваності, принаймні дорослих, були незначними) й Рівненщини (де в останні пару років фіксується певне підвищення рівня захворюваності на бронхіт, емфізему та астму).

Поширеність цих захворювань за той же період знизилась серед дорослого населення (зокрема працездатного віку) у Львівській та Херсонській областях, а дещо підвищилась (за винятком осіб працездатного віку) – в Дніпропетровській області, на Полтавщині та Рівненщині. Стале зменшення поширеності хронічних респіраторних захворювань серед дітей за цей період мало місце в Дніпропетровській, Львівській та Полтавській областях.

Показово, що за даними звернень до медичних закладів вищі рівні поширеності бронхіту, емфіземи та астми притаманні тим пілотним регіонам, де смертність від цих захворювань є порівняно нижчою і навпаки.



# РОЗДІЛ 2.

---

**ОЦІНКА ОСНОВНИХ ВТРУЧАНЬ  
НА РІВНІ НАСЕЛЕННЯ ТА ДОСТУПНОСТІ  
ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОСЛУГ**





В межах проведення оцінки було проаналізовано прогрес країни та 5 регіонів, а також ефективність політик та втручань на національному та регіональному рівнях щодо

- ▶ профілактики п'яти факторів ризику неінфекційних захворювань;
- ▶ підходів до лікування хронічних захворювань.

Експерти ґрунтувалися на оновленому підході ВООЗ «5 x 5» з особливим фокусом на серцево-судинні захворювання та цукровий діабет, а також такі фактори ризику НІЗ, як вживання тютюну та алкоголю, нездорове харчування та брак фізичної активності.

Окрім того, у цьому розділі міститься короткий аналіз ситуації з питань безпеки на дорогах. Хоча цей напрям і не входить до вказаного підходу «5 x 5», він є вкрай важливим з точки зору збереження життя та здоров'я людей.

**Таблиця 2.1. Підхід ВООЗ «5 x 5»**

	Серцево-судинні захворювання	Цукровий діабет	Онкологічні захворювання	Хронічні респіраторні захворювання	Психічне здоров'я
Вживання тютюну	Х	Х	Х	Х	Х
Вживання алкоголю	Х	Х	Х		Х
Нездорове харчування	Х	Х	Х		
Брак фізичної активності	Х	Х	Х		
Забруднення повітря	Х			Х	

## **2.1. ОЦІНКА ОСНОВНИХ ВТРУЧАНЬ НА РІВНІ НАСЕЛЕННЯ**

Втручання на рівні населення зосереджені навколо 5 основних факторів ризику, зазначених у Таблиці 2.1. Експерти провели оцінку щодо проблематики того чи іншого фактора ризику, а також оцінили рівень впровадження інтервенцій (втручань) з доведеною ефективністю. Ці інтервенції рекомендовані ВООЗ як «рішення, оптимальні за витратами» [14]. Наведено оцінку рівня виконання кожного із цих критеріїв за рейтингом «високий рівень», «середній рівень» та «низький рівень». До кожного критерія надано відповідні коментарі, щоб пояснити, чому обрано саме такий рівень





виконання. В цьому підрозділі інформація подана з розбивкою на національний рівень, а також для 5 пілотних регіонів, хоча в регіональному контексті розподілу за критеріями немає, адже не всі із запропонованих ВООЗ інтервенцій, релевантні для регіонального рівня.

## Контроль над вживанням тютюну

### **Загальна ситуація на національному рівні**

Згідно з останнім Глобальним опитуванням дорослих щодо вживання тютюну (GATS), у 2017 році в Україні 8,2 мільйона дорослих у віці від 15 років і старше були активними споживачами тютюну. Поширеність вживання тютюнових виробів серед чоловіків становила 39,7 %, а серед жінок – 8,9 % [15]. Тютюнова епідемія спричиняє тягар – близько 85 тисяч людей щорічно вмирають від хвороб, пов'язаних із вживанням тютюну [16]. Окрім втрачених життів, Україна зазнає щорічних збитків від вживання тютюну у розмірі 12,5 мільярдів доларів США через витрати на охорону здоров'я та інвалідизацію населення [17].

Україна досягла значного прогресу в імplementації положень Рамкової Конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ) та впровадженні заходів контролю над тютюном. У період з 2010 по 2017 роки поширеність куріння знизилася на 20 % [15]. За даними щорічних опитувань домогосподарств (Державна служба статистики України), щоденна поширеність куріння серед населення 12+ років за останні дванадцять років знизилася на 36,0 %: з 25,6 % у 2008 році до 16,5 % у 2020 році [18]. За даними Держказначейства, надходження до бюджету від оподаткування тютюнових виробів у 2020 році, порівняно з 2019 роком, зросли на 24 % [19]. За даними Міжнародного щорічного звіту Phillip Morris, ринок тютюну в Україні в 2020 році скоротився на 10,2 % [20].

Проте рівень вживання тютюнових виробів досі залишається високим – загалом 23 % дорослих є теперішніми споживачами тютюну. Нинішня тенденція свідчить про уповільнення темпів зниження поширеності куріння – у 2020 році спостерігається зниження лише на 2 %, порівняно з 2019 роком [21]. Крім того, нещодавнє національне опитування КМІС (2020) підтвердило, що вживання тютюну та нікотинових виробів зростає. Зокрема, спостерігається стрімке збільшення частки курців серед жінок – з 5,8 % до 13,2 % [22]. Це стосується не лише сигарет, а й нових виробів для куріння – електронних сигарет та тютюнових виробів для електричного нагрівання (ТВЕН). Так, серед дорослого населення віком 18 років і старше поширеність використання електронних сигарет за останній рік зросла з 3,9 % до 6,4 %. Також за останній рік зросло споживання ТВЕН – з 1,5 % до 6,1 % серед чоловіків і з 3,4 % до 10,5 % серед жінок [23]. Одна з причин цього явища – відсутність законодавчого регулювання цих пристроїв.

Глобальне опитування молоді щодо вживання тютюну (GYTS), проведене у 2017 році, виявило, що 14,9 % дітей у віці 13–15 років є теперішніми споживачами тютюнових виробів (17,8 % хлопців і 12,1 % дівчат відповідно). Це опитування також продемонструвало величезний прогрес у стримуванні тютюнової епідемії серед молоді, показавши



зниження поширеності куріння в цій віковій групі майже на 40 %, порівняно з 2005 роком [24]. Разом з тим було виявлено тенденцію зростання споживання електронних сигарет молоддю: 18,4 % студентів (22,6 % хлопців і 14,0 % дівчат) є теперішніми споживачами електронних сигарет. Також GYTS 2017 виявив високу доступність тютюнових виробів для молоді: 57,1 % теперішніх курців повідомили, що можуть купити сигарети в магазині, у вуличних продавців чи кіоску. Серед теперішніх курців, які намагалися купити сигарети, 46,3 % змогли їх придбати попри свій вік [24].

Насамкінець, за даними Health Metrics and Evaluation (2019), вживання тютюну залишається третім провідним фактором ризику, який сприяє найбільшій кількості смертей та інвалідності разом узятих [25].

### **Огляд законодавства**

На міжнародному рівні для сфери контролю над тютюном визначальним документом є Рамкова Конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ) [26], яку Україна ратифікувала у 2006 році й відповідно до якої розробляє національне законодавство.

На рівні країни тютюнові вироби, їх виробництво, експорт, імпорт, продаж і споживання врегульовано трьома основними законами.

- 1) Закон про заходи щодо запобігання та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення запроваджує більшість заходів нефіскальної політики ВООЗ з контролю над тютюном, частково включаючи заходи щодо реклами та спонсорства тютюнових виробів [27].
- 2) Закон «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, рідин, що використовуються в електронних сигаретах, та пального» [28].
- 3) Закон «Про рекламу» регулює різні питання щодо реклами тютюну, спонсорства та маркетингу [29].

Крім цих законів, у 2018 році Верховна Рада України прийняла Національний план заходів щодо НІЗ [30], який серед іншого містить положення щодо контролю над тютюном, які відповідають вимогам РКБТ ВООЗ і передбачають:

- ▶ посилення законодавства щодо заборони куріння у громадських місцях, а також контролю за його виконанням;
- ▶ запровадження повної заборони реклами тютюну;
- ▶ адаптацію українського законодавства щодо упаковки тютюнових виробів вимогам Директиви ЄС 2014/40;
- ▶ постійне підвищення акцизів на тютюнові вироби в межах Угоди про асоціацію з ЄС;
- ▶ забезпечення виконання законодавства щодо продажу тютюнових виробів неповнолітнім;
- ▶ забезпечення надання кваліфікованих послуг особам, які бажають позбутися тютюнової залежності, у тому числі створення лінії підтримки з питань відмови від куріння.

Важливо зазначити, що ще в 2014 році Україна взяла на себе зобов'язання щодо імплементації вимог Угоди про асоціацію з ЄС [31] у національне законодавство,



а в 2016 році уряд ухвалив перший національний план щодо її імплементації. Напрямок контролю над тютюном містить велику частину зобов'язань за статтею 22 (Охорона здоров'я) і ґрунтується на імплементації вимог щодо регулювання тютюнових виробів у національне законодавство. Нажаль, відтоді не спостерігалось значного прогресу у цій сфері, хоча важливість зниження рівня поширеності вживання тютюну неодноразово декларувалася на політичному рівні. Саме тому нагальним є питання посилення законодавства щодо контролю над тютюном та приведення його у відповідність до міжнародних вимог, а також забезпечення його належного виконання.

**Таблиця 2.2. Рівень виконання основних втручань з контролю над тютюном на рівні населення**

Інтервенція (втручання)	Рівень виконання	Коментар щодо рівня виконання
1. Підвищення акцизів та цін на тютюнові вироби	Помірний (високий)	Пачка сигарет міжнародного бренду коштує близько 58 грн (2,1 дол. США), з яких майже 70% становлять податки (на додану вартість, акциз та податок на роздрібну торгівлю). Цінова доступність сигарет знижується через щорічне підвищення акцизного податку на 20% з 2018 року плюс річний рівень інфляції цін. Однак сигарети все ще дуже дешеві, порівняно з іншими країнами. Місцеві бренди можуть коштувати 41 грн (1,5 дол. США), а ТВЕНи до 2021 року оподатковуються за ставкою в 3 рази нижчою, ніж звичайні сигарети.
2. Впровадження звичайної/ стандартизованої упаковки та/ або великих графічних медичних попереджень на всіх упаковках тютюну	Помірний	Зараз пачка сигарет містить графічне медичне попередження на зворотному боці та текстове попередження на лицьовому боці, що займають 50% площі пачки. Попри те, що ці норми відповідають мінімальним зобов'язанням згідно з РКБТ ВООЗ, чинні медичні попередження не змінювалися з 2012 року, тому вони втратили свою ефективність. Зобов'язання Угоди між Україною та ЄС вимагають запровадити медичні попередження про шкоду для здоров'я мінімум на 65% загальної площі пачки сигарет і на обох її сторонах.
3. Запровадження повної заборони на рекламу, стимулювання продажу та спонсорство тютюнових виробів	Помірний	У 2012 році було введено повну заборону на всі форми реклами та спонсорства тютюнових виробів. Однак у законі є деякі прогалини, які дозволяють тютюновим компаніям просувати свою продукцію. Зокрема, тютюнові вироби продовжують активно промотувати в точках продажів (яскраві викладки сигарет). А реклама та промоція нових виробів для куріння (е-сигарети, ТВЕНи) взагалі не мають жодних законодавчих обмежень.

4. Захист населення від впливу вторинного тютюнового диму на всіх робочих місцях у закритих приміщеннях, громадських місцях, громадському транспорті	Помірний	Заборона на куріння поширюється на більшість громадських закритих місць, включаючи ресторанно-готельну індустрію, а також різні місця на відкритому повітрі, як-от автобусні зупинки чи дитячі майданчики. Однак контроль за виконанням цих заходів має бути посилено. Окрім того, існують винятки для готелів, гуртожитків та приватних організацій, де досі дозволено відводити місця для куріння.
5. Проведення ефективних інформаційних кампаній для населення про шкodu куріння/вживання тютюну та пасивного куріння	Низький	Попри те, що уряд взяв на себе зобов'язання впроваджувати національні інформаційні кампанії в ЗМІ (це завдання включено також і в НПЗ щодо НІЗ), з 2018 року на ці цілі не виділялося державних коштів. Кілька кампаній було проведено силами НУО за підтримки міжнародних донорів.
6. Забезпечення безкоштовної ефективної підтримки у питаннях відмови від куріння для усіх, хто хоче позбутися залежності (включаючи консультування на рівні ПМСД, наявність національної лінії підтримки з питань відмови від куріння, а також спеціалізованих клінік)	Низький	На національному рівні поки що бракує сервісів відмови від куріння. Національна лінія підтримки працювала з 2017 по 2019 роки за підтримки міжнародного проєкту та громадськості, однак припинила своє існування через брак фінансування. Немає доступної інформації про те, чи лікарі первинної ланки регулярно надають своїм пацієнтам короткі поради щодо відмови від куріння.
7. Впровадження заходів для ліквідації нелегальної торгівлі тютюновими виробами	Низький	Стратегію боротьби з нелегальною торгівлею тютюном уряд ухвалив у 2019 році, однак розроблявся документ за інтенсивної участі тютюнової індустрії. Україна поки не підійшла до ратифікації Протоколу про ліквідацію незаконної торгівлі тютюновими виробами РКБТ ВООЗ. Тютюнові вироби широко доступні для неповнолітніх навіть у ліцензованих роздрібних магазинах.
8. Заборона транскордонної реклами, в тому числі з використанням сучасних засобів комунікації	Помірний	Транскордонна реклама в основному здійснюється через Інтернет, а реклама тютюнових виробів в Інтернеті для неповнолітніх заборонена. Однак перевірка віку для більшості веб-сайтів є формальною та неефективною.

## Коментарі до показників

### 1. Оподаткування тютюнових виробів

В Україні діє змішана система оподаткування тютюнових виробів, що робить її однією з найскладніших у світі. Так, податки на сигарети включають адвалорний (12%), специфічний податок, ПДВ (20%) та роздрібний податок (5%). Для утримання високих цін на дешеві тютюнові вироби регулятор також встановив мінімальний акцизний податок

та вимогу до виробників та експортерів тютюну декларувати максимальну роздрібну ціну на свою продукцію. Загалом загальна вага податків на тютюнові вироби коливається в межах 60–90 % залежно від виду продукції та цінової політики виробників.

У 2017 році уряд ухвалив семирічний план підвищення податку на тютюн до 2024 року з фіксованим щорічним підвищенням ставки оподаткування на 20 % [32]. Окрім того, уряд додає до цього показника рівень інфляції цін наприкінці року. Це робить національну податкову політику однією із загальноновизнаних кращих практик. Також у 2020 році Верховна Рада скоригувала ставку оподаткування ТВЕНів до рівня звичайних сигарет, а також запровадила податки на нікотин і безнікотинові рідини для електронних сигарет. Так, рідини для електронних сигарет оподатковуються по 3 000 грн за літр. Інформацію щодо оподаткування тютюнових виробів наведено у таблиці нижче (не враховано ПДВ та податок з роздрібною торгівлі).

**Таблиця 2.3. Тютюн, сирий тютюн та тютюнові вироби**

Код продукту	Опис товару згідно з кодифікацією (УКТ ЗЕД) [33]	Одиниця виміру	Ставка податку, грн
2401	Сирий тютюн Тютюнові відходи	грн за 1 кг (нетто)	1 367,71
2402 10 00 00	Сигари, включаючи сигари вирізані, та сигарили (тонкі сигари), що містять тютюн	грн за 1 кг (нетто)	1 367,71
2402 20 90 10	Сигарети без фільтра	грн за 1000 шт.	1 088,64
2402 20 90 20	Сигарети з фільтром	грн за 1000 шт.	1 088,64
2402 10 00 90	Сигарили, включаючи сигарили, що містять тютюн	грн за 1000 шт.	2 516,54, але не менше за 2 363,4 за 1 кг
2403	Тютюн та замітники тютюну, інші, промисловий тютюн; тютюн «гомогенізований» або «відновлений»; тютюнові екстракти та есенції.	грн за 1 кг (нетто)	1 367,71
2403 99 90 10	Тютюномісні вироби для нагрівання за допомогою нагрівальних електронних пристроїв (ПВТ)	грн за 1000 шт.	1 456,33

**Таблиця 2.4. Адвалорні ставки податку на тютюнові вироби**

Код продукту	Опис товару згідно з кодифікацією (УКТ ЗЕД) [33]	Одиниця виміру	Ставка податку, %
2402 20 90 10	Сигарети без фільтра	відсоток	12
2402 20 90 20	Сигарети з фільтром	відсоток	12
2402 10 00 90	Сигарили, включаючи сигарили, що містять тютюн	відсоток	12

**Таблиця 2.5. Мінімальний акцизний податок на тютюнові вироби**

Код продукту	Опис товару згідно з кодифікацією (УКТ ЗЕД)	Одиниця виміру	Ставка податку
2402 20 90 10	Сигарети без фільтра	грн за 1000 шт.	1 456,33
2402 20 90 20	Сигарети з фільтром	грн за 1000 шт.	1 456,33

Варто зазначити, що національна політика оподаткування тютюну отримала високе визнання на міжнародному рівні, зокрема Групою Світового банку. За період з 2013 по 2020 рік середня ставка акцизу на пачку сигарет зросла в 5 разів, а надходження до державного бюджету зросли на 300 % (у 3 рази) – з 18 млрд грн у 2013 році до 54,7 млрд грн у 2020 році, за даними Держказначейства. Поки що уряд не планує запроваджувати політику цільового призначення для використання цих надходжень на боротьбу з тютюном та інші заходи охорони здоров'я.

Однак досягнення з оподаткування тютюнових виробів частково були підірвані неналежним виконанням інших норм – наприклад, щодо продажу тютюну неповнолітнім, без ліцензій та дозволів тощо. Як зазначено вище, понад 50 % теперішніх курців сигарет серед підлітків повідомили про можливість придбати сигарети у магазині, у вуличних торговців чи в кіосках.

## **2. Медичні попередження на упаковках тютюнових виробів**

Відповідно до українського законодавства, графічні попередження про шкоду для здоров'я мають займати 50 % зворотного боку упаковки тютюнових виробів, а лицьовий бік має містити 50 % текстового попередження. Це положення стосується всіх тютюнових виробів, включаючи сигари та сигарили, однак не стосується ТВЕНів та е-сигарет. Рішення про запровадження таких попереджень було прийнято у 2012 році, однак відтоді картинка жодного разу не змінювалися. Таким чином, медичні попередження вже втратили свою ефективність, і відповідно до зобов'язань щодо інтеграції до ЄС, у 2017–2018 роках їх слід було змінити на нові попередження, відповідно до вимог ЄС (медичні попередження з обох боків пачки розміром не менше



65 % загальної площі упаковки). У ВРУ було зареєстровано кілька законопроектів для реалізації цієї вимоги, але прогресу в цьому питанні поки не досягнуто, зокрема через активну протидію зі сторони тютюнової промисловості [34].

У 2019–2020 роках також робилися законодавчі спроби запровадити звичайну (або стандартизовану) упаковку, однак комітет з питань охорони здоров'я Верховної Ради остаточно відмовився від цієї ідеї, нібито під тиском тютюнового лобі.

### **3. Повна заборона реклами, стимулювання продажу та спонсорства тютюнових виробів**

З 2012 року більшість форм реклами, стимулювання продажу та спонсорства тютюнових виробів заборонені відповідно до національного законодавства. Ця норма має досить високий рівень виконання, хоча все одно є прогалини, які дозволяли тютюновим компаніям виходити на ринок і просувати свою продукцію. Найпоширенішим видом промоції тютюнових виробів є демонстрація пачок сигарет в точках продажу (тютюнова викладка). Це створює великі ризики залучення до куріння дітей та молоді, які регулярно бачать тютюнові вироби у вітринах.

Крім того, не існувало жодного регулювання реклами та маркетингу ТБЕНів і електронних сигарет. Тільки в грудні 2020 року ВРУ заборонила рекламу електронних сигарет, але питання ТБЕНів так і лишилося нерегульованим. Така ситуація негативно вплинула на поширеність вживання цих виробів, особливо серед молоді. Як зазначалося раніше, поширеність теперішніх споживачів електронних сигарет серед молоді 13–15 років склала 18,4 % [24].

### **4. Бездимне середовище (захист від вторинного тютюнового диму)**

Відповідно до українського законодавства, курити заборонено у всіх громадських приміщеннях, за винятком хостелів, готелів та приватних бізнес-центрів, де приміщення для куріння можуть займати не більше 10 % всієї території закладу. Закон також забороняє курити в низці відкритих громадських місць, зокрема на території медичних та освітніх закладів, на зупинках громадського транспорту, дитячих майданчиках, стадіонах тощо. Крім того, місцева влада може встановлювати місця, де заборонено курити, під час проведення культурних або спортивних заходів, а також на окремих територіях (парки, пляжі тощо). Проте виконання законодавства про заборону куріння у громадських місцях не є достатньо ефективним.

Куріння у заборонених місцях тягне за собою накладення штрафів на адміністрацію закладу (якщо факт куріння зафіксовано в закладі), а також на курця (якщо людина курила у громадському місці просто неба). Система контролю, включаючи реагування на скарги громадян та подальші розслідування, існує, але не завжди виконується. За даними Держпродспоживслужби, у 2020 році перевірено понад 200 суб'єктів господарювання з 46 % підтверджених порушень [35]. Загалом у 2020 році ця установа повідомила лише про 246 скарг по країні, що були сформовані у відповідь на порушення законодавства про заборону куріння у громадських місцях, що також свідчить про дуже низьку активність громадян у сфері захисту прав споживачів.



Крім того, певні прогалини у чинному законодавстві не дозволяють ефективно його виконувати. Наприклад, неконкретне визначення того, що таке «приміщення», дозволяє рестораторам обійти закон та робить процедури контролю ситуації щодо порушення закону незрозумілими та заплутаними. Також чинне законодавство не поширюється на ТБЕНи, тому все більше людей дозволяє собі курити ці пристрої у приміщенні закладів громадського харчування.

## **5. Інформаційні кампанії в ЗМІ**

Законодавство з контролю над тютюном та НПЗ щодо НІЗ містять правила та зобов'язання щодо організації та підтримки національних кампаній з питань шкоди вживання тютюну та пасивного куріння. Насправді ці положення залишаються декларативними, оскільки протягом останнього десятиліття з державного бюджету на цей напрямок роботи не було виділено жодних ресурсів.

Незважаючи на це, національні та регіональні кампанії проводили громадські організації та заклади охорони здоров'я за підтримки міжнародних проєктів та спонсорів. Деякі кампанії, наприклад «Безпечного куріння не існує», організовані ГО «Життя» за підтримки Vital Strategies та Центру громадського здоров'я МОЗ України, мали національне охоплення та підтверджену ефективність [36].

## **6. Надання допомоги у відмові від вживання тютюну**

У 2017 році в Україні була запущено перший національний сервіс з відмови від куріння в межах проєкту ВООЗ «Неінфекційні захворювання: профілактика та зміцнення здоров'я в Україні» у співпраці з МОЗ. Він складався з вебплатформи [www.stopsmoking.org.ua](http://www.stopsmoking.org.ua) і безкоштовної лінії підтримки та функціонував до вересня 2019 року. Лінію підтримки довелося закрити через відсутність фінансування, а вебплатформа працює досі. Сьогодні це єдиний сервіс національного рівня, доступний для всіх українців.

На рівні первинної медико-санітарної допомоги консультування щодо відмови від куріння мають надавати лікарі загальної практики, відповідно до рекомендацій, розроблених та затверджених у 2012 році. У межах згаданого проєкту ВООЗ питання консультування щодо відмови від куріння було включено до навчальних заходів, що проводилися в 5 областях України (Львівська, Полтавська, Дніпровська, Харківська та Київська області). Проте немає доказів того, що медичні працівники з цих регіонів використовують отримані навички під час роботи зі своїми пацієнтами. Крім того, в системі медичної освіти бракує спеціальних тренінгів для лікарів загальної практики або медсестер щодо консультування пацієнтів з питань відмови від вживання тютюну.

## **7. Заходи щодо мінімізації нелегальної торгівлі тютюновими виробами**

Законодавство з питань нелегальної торгівлі тютюном є достатньо сильним, однак його виконання викликає багато запитань. Проблеми можна розділити на два блоки: незаконна торгівля всередині країни та за її межами. Україна залишається серед лідерів у постачанні нелегальних сигарет до Європи, насамперед, через досить низькі ціни на сигарети, порівняно з іншими країнами. У той же час правоохоронні органи в країні регулярно повідомляють про вилучення сигарет у вуличних торговців, які





продають їх нелегально. Ці проблеми всередині країни призводять до підриву заходів боротьби з тютюном.

У 2019 році уряд ухвалив Стратегію боротьби з незаконною торгівлею тютюновими виробами, але поки що документ не набув чинності. Також варто зазначити, що цей документ розроблявся за активної участі тютюнової індустрії, тому до його ефективності є багато запитань. Також Україна поки не ратифікувала Протокол РКБТ ВООЗ про ліквідацію незаконної торгівлі тютюновими виробами, хоча багато країн світу вже ратифікували цей документ.

## **8. Заборона транскордонної реклами тютюну**

Відповідно до українського законодавства, реклама тютюну через Інтернет заборонена для неповнолітніх. Хоча транскордонна реклама поширюється переважно через Інтернет, формально це положення діє. Однак процес перевірки віку є дуже умовним і не захищає неповнолітніх від реклами тютюну. Про нинішній стан транскордонної реклами тютюнових виробів в Україні інформації бракує, але слід розглянути додаткові заходи, щоб закрити цю лазівку.

Виходячи з усього вищесказаного, можна зробити висновок, що Україна впровадила більшість заходів, рекомендованих РКБТ ВООЗ, однак виконання цих заходів недостатньо сильне, що підриває досягнення у боротьбі з тютюном. Проте представлений рейтинг запроваджених заходів слід розглядати з метою подальшого вдосконалення як нормативних, так і правозастосовних заходів, а також заходів зі зміцнення здоров'я.

## **Контроль над вживанням алкоголю**

### **Загальна ситуація на національному рівні**

За оцінками ВООЗ, споживання алкоголю в Україні значно зменшилося з 2010 року. Так, у 2010 році загальне споживання алкоголю на душу населення становило 14,3 л, а в 2018 році – 8,3 л на людину серед населення віком 15+ років (всі види алкогольних напоїв, зареєстроване та незареєстроване споживання) [37]. Важливо виділити споживання «незареєстрованого алкоголю», що включає алкогольні напої домашнього приготування, пиво та вино, алкоголь, привезений з-за кордону, спиртвмісні рідини, не призначені для пиття (сурогатний алкоголь), та інший алкоголь, який не обкладається податком. Серед тих, хто нині п'є, 19,9 % вживали незареєстровані алкогольні напої, при цьому у сільській місцевості незареєстрований алкоголь вживав кожен третій [2]. За даними Всесвітньої обсерваторії здоров'я ВООЗ (2018), споживання незареєстрованого алкоголю становило 3 л на душу населення серед осіб старше 15 років [38]. Важливо також зазначити, що останні 2 роки уряд не підвищував податки на алкоголь, за винятком річної інфляції цін, яка в ці роки коливалася на рівні 8–9 %.

Водночас, за даними STEPS, алкогольні напої протягом останніх 30 днів вживали 55,6 % населення України (серед людей, які вживають алкоголь), причому серед чоловіків споживачів алкоголю більше (66,1 %), ніж серед жінок (44,6 %). Найбільша частка тих, хто п'є, спостерігається серед вікової групи 30–44 роки (62,6 %) і є вищою серед чоловіків



(71,6%), порівняно з жінками (50,8%) [2]. Сильне епізодичне вживання алкоголю у 2016 році було зареєстровано серед 20,2% населення віком від 15 років, за даними Global Health Observatory [38]. На основі звіту ВООЗ (2018 р.) розповсюдженість епізодичного сильного пияцтва становила 29,6% для чоловіків і 7,5% для жінок [39].

Згідно з дослідженням HBSC (2018), 22,8% опитаних школярів (10–17 років) повідомили про вживання алкоголю протягом останнього місяця. Споживання коливається від 5,2% серед 10-річних до 42,8% серед 17-річних [40]. Різкий стрибок споживання спостерігається у віці 14–15 років серед обох статей – хлопчиків і дівчат. Порівняно з результатами попередньої хвилі HBSC (2014), споживання алкоголю серед підлітків зросло. Загалом у 2014 році 17% учнів шкіл повідомили про вживання алкоголю протягом останніх 30 днів [41].

Щодо абстиненції від алкоголю, STEPS (2019) продемонстрував, що найбільша група тих, хто утримується від вживання алкоголю протягом тривалого часу, спостерігається серед 18–29-річних (13,2%). Ризики проблем зі здоров'ям також впливають на утримання від алкоголю, оскільки 39% тих, хто раніше вживав алкоголь (тих, хто не вживав алкоголь протягом попередніх 12 місяців, але вживав протягом свого життя) припинили пити через негативний вплив на здоров'я або через поради лікаря чи іншого медичного працівника [2].

В Україні серед факторів ризику, які є причиною найбільшої кількості смертей та інвалідності, споживання алкоголю протягом останнього десятиліття посідає 7-ме місце. Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, займали 9 місце серед 10 основних причин смерті та інвалідності (DALYs) у 2019 році. Разом з тим, поширеність цих розладів суттєво знизилася (на 13%), порівняно з іншими провідними причинами з 2009 року [25]. За даними Держстату, загалом у 2018 році зафіксовано 11 877 смертей від передозування та отруєння алкоголем. З них 924 смерті були пов'язані з психічними та поведінковими розладами через вживання алкоголю, а 10 953 випадки – через зовнішні причини смерті, пов'язані з вживанням алкоголю та його похідних [42].

### **Огляд законодавства**

На відміну від контролю над тютюном, в сфері контролю над алкоголем бракує універсального зобов'язуючого документа міжнародного рівня. У 2010 році було прийнято Глобальну стратегію скорочення шкідливого вживання алкоголю [43], однак зараз вона потребує перегляду та оновлення. У 2011 році було прийнято європейський план дій зі скорочення шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 роки [44], але він також потребує оновлення та продовження. На основі цього плану ВООЗ розробила ініціативу SAFER, виокремивши 5 основних напрямів роботи зі скорочення поширеності вживання алкоголю [45].

На національному рівні споживання алкоголю врегульовано Законом України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, рідин, що використовуються в електронних сигаретах, та пального» [28]. Національний план заходів щодо НІЗ містить окремий блок, присвячений контролю над алкоголем, який включає:

- ▶ удосконалення законодавства щодо обмеження роздрібної торгівлі алкогольними напоями;
- ▶ удосконалення законодавства про повну заборону реклами алкогольних напоїв у межах Угоди про асоціацію з ЄС;
- ▶ забезпечення підвищення податків на алкоголь та алкогольні напої з метою зниження їх доступності в межах Угоди про асоціацію з ЄС;
- ▶ розробку законодавчих актів щодо посилення відповідальності за водіння в нетверезому стані;
- ▶ забезпечення постійного ефективного контролю за заборонаю продажу алкогольних напоїв особам віком до 18 років з метою обмежити доступ до алкоголю та ліквідувати незаконну торгівлю алкоголем.

Виконання НПД щорічно оцінюється МОЗ і подається до Уряду. Однак деякі завдання залишаються невиконаними, наприклад повна заборона реклами алкоголю або доступність медико-психологічних послуг для людей з алкогольною залежністю, про що йдеться нижче.

Також варто зазначити, що ВООЗ рекомендує країнам використовувати підхід SAFER.

**Таблиця 2.6. Рівень виконання основних втручань з контролю над алкоголем на рівні населення**

Інтервенція (втручання)	Рівень виконання	Коментар щодо рівня виконання
1. Підвищення акцизів на алкогольні напої	середній	Акцизний податок застосовується до всіх алкогольних напоїв. Податок коригується відповідно до індексу цін щорічно, проте протягом останніх двох років підвищення податку не відбувалося. Ставка податку пов'язана з міцністю алкоголю. Від обсягу залежить оподаткування пива та інших продуктів, які мають вміст чистого спирту до 15%. Жодних особливих податків на привабливі для молоді продукти не запроваджено.
2. Запровадження та контроль за дотриманням заборони або комплексних обмежень щодо реклами алкоголю (у різних типах ЗМІ)	низький	Існують законодавчі норми для регулювання змісту та обсягів маркетингу алкоголю, включаючи пряму та непряму рекламу. Пряма реклама алкогольних напоїв у засобах масової інформації заборонена лише в денний час і дозволена з 23:00 до 6:00. Спонсорство дозволено, за винятком заходів для молоді.

<p>3. Впровадження та контроль за дотриманням обмежень щодо фізичної доступності алкоголю, яким торгують у роздріб (скорочення годин продажу)</p>	<p>середній</p>	<p>Нормативна база забороняє продаж алкоголю неповнолітнім, а також у роздрібних мережах. Обмеження споживання алкоголю охоплює державні, освітні, медичні та інші громадські установи. В деяких населених пунктах існують обмеження на продаж алкогольних напоїв у вечірній та нічний час. Запровадження таких обмежень відноситься до повноважень органів місцевого самоврядування. Таким чином, поки що такі обмеження запроваджено не в усіх регіонах. На жаль, незаконна торгівля алкоголем підриває ефективність таких обмежень.</p>
<p>4. Впровадження та виконання законів щодо керування транспортними засобами у стані алкогольного сп'яніння та встановлення допустимого вмісту алкоголю в крові за допомогою пунктів перевірки на стан алкогольного сп'яніння</p>	<p>середній</p>	<p>Максимальний вміст алкоголю в крові становить 0,2 г/л для початківців і професійних водіїв. Контрольно-пропускних пунктів для оцінки рівня алкоголю в крові не встановлено, а контроль концентрації алкоголю в крові може проводитися на місці поліцейськими.</p>
<p>5. Забезпечення короткого психосоціального втручання для людей з надмірним рівнем споживання алкоголю</p>	<p>низький</p>	<p>Немає національної політики щодо запровадження короткого психосоціального втручання для осіб із надмірним вживанням алкоголю на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Для таких цілей існують наркологічні диспансери. Водночас органи місцевого самоврядування та заклади охорони здоров'я мають і можуть створювати певні форми послуг (психосоціальні втручання, гарячі лінії, консультації), однак не роблять цього.</p>
<p>6. Запровадження та забезпечення встановлення мінімального віку для придбання або споживання алкогольних напоїв та зменшення кількості роздрібних торгових точок</p>	<p>середній</p>	<p>В Україні мінімальний вік для легального придбання алкогольних напоїв становить 18 років. Однак рівень контролю за виконанням цієї норми є досить слабким (у торгових точках не завжди вимагають посвідчення особи), а отже, доступ до алкоголю серед молоді є доволі високим. Не передбачено вирішення питання щодо зменшення щільності роздрібних торгових точок, попри наявність певних обмежень (наприклад, заборона розташовувати торгові точки ближче 300 метрів від шкіл).</p>

## Коментарі до показників

### 1. Оподаткування алкогольних напоїв

Усі алкогольні напої обкладаються акцизним податком, однак, наприклад, для сухого вина цей податок мінімальний. Ставка податку змінюється залежно від міцності алкоголю та визначається Податковим кодексом України [46]. Проте ставка податку на пиво та інші алкогольні напої з вмістом чистого спирту до 15 % залежить від обсягу.

**Таблиця 2.7. Оподаткування алкоголю та алкогольних напоїв**

Алкогольні напої	Об'єм алкоголю (ABV)	Податковий підхід
пиво	не визначено	оподатковується за обсягом
сухі вина	1.2–15% ABV	оподатковується за обсягом (0,01 грн на літр)
вина та суміші, коли спирт отримують шляхом бродіння	1.2 –18% ABV	оподатковується за обсягом
ігристі вина, коли спирт отримують шляхом бродіння	1.2–15% ABV	оподатковується за обсягом
сидр (без додавання алкоголю)	не визначено	оподатковується за обсягом
напої з етиловим спиртом	перевищення 22% ABV	оподатковується за вмістом чистого спирту
етиловий спирт і напої	ABV нижче ніж 80%	оподатковується за вмістом чистого спирту
етиловий спирт і напої	ABV вище ніж 80%	оподатковується за вмістом чистого спирту
інші продукти	ABV 8,5% і вище	оподатковується за вмістом чистого спирту

### 2. Заборона на рекламу алкогольних напоїв

Відповідно до Закону України «Про рекламу», пряма реклама алкогольних напоїв у засобах масової інформації у денний час заборонена; дозволена з 23:00 до 6:00 [29]. Також деякі обмеження поширюються на проведення заходів для молоді, залучення неповнолітніх до реклами алкоголю тощо. При цьому дозволено алкогольне спонсорство медіа-заходів, теле- та радіопрограм, крім програм для молоді. Закон також говорить, що непряма реклама алкоголю не має:

- ▶ бути орієнтованою на неповнолітніх або опублікованою у пресі для молоді;
- ▶ використовувати в рекламі осіб віком до 18 років;
- ▶ пов'язувати вживання алкоголю зі спортом або водінням;
- ▶ містити оманливі твердження щодо користі для здоров'я, соціального чи сексуального благополуччя.

Існують мінімальні вимоги до пакування або маркування алкогольної продукції, які врегульовано Законом України «Про інформацію для споживачів щодо харчових продуктів» [47]. На етикетках має бути надруковано текстове повідомлення «Надмірне



вживання алкоголю шкодить вашому здоров'ю» певного розміру. На споживчій упаковці алкогольних напоїв не має бути інших попереджень щодо здоров'я.

### **3. Доступність алкоголю**

Відповідно до Закону України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, рідин, що використовуються в електронних сигаретах, та пального» заборонено продаж алкогольних напоїв особам, які не досягли 18 років [28]. Однак, за даними HBSC (2018), загалом 22,8% учнів шкіл вживали алкоголь протягом останніх 30 днів [40]. Ці дані можуть свідчити про те, що норми закону не виконуються у повному обсязі.

Закон також встановлює заборону на продаж і вживання алкоголю (крім пива у пластиковій тарі) в медичних, культурно-освітніх закладах, спортивних об'єктах, у низці інших місць (приміщень та місць просто неба). Відповідно до чинного законодавства, органи місцевого самоврядування можуть видавати розпорядження щодо вирішення проблем споживання алкогольних напоїв на вулицях, площах, парках та інших громадських місцях. За законом, місцеві органи влади також мають право встановлювати обмеження на продаж алкогольних напоїв у нічний час [48].

### **4. Вживання алкоголю та керування транспортним засобом**

Зменшення максимального вмісту алкоголю в крові з 0,5 г/л до 0,2 г/л запроваджено Верховною Радою України у 2020 році та введено в дію з 1 січня 2021 року. Контроль концентрації алкоголю в крові може проводитися на місці поліцією. Крім того, уряд ухвалив Стратегію підвищення безпеки дорожнього руху в Україні до 2024 жовтня 2020 року [49]. У документі наголошується, що понад 3% дорожньо-транспортних пригод трапляються через водіння в нетверезому стані, а також передбачено проведення вибіркового перевірок водіїв на стан алкогольного та наркотичного сп'яніння.

### **5. Доступ до професійної допомоги**

У 2009 році МОЗ України видало протоколи про надання допомоги особам з алкогольною залежністю та різними видами алкогольних розладів. На жаль, з того часу ці документи не переглядалися та не оновлювались. Також не існує єдиного підходу до організації послуг з допомоги у припиненні вживання алкоголю. Наприклад, органи місцевого самоврядування та заклади охорони здоров'я можуть і мають встановлювати певні форми психосоціальних втручань, як-то лінії підтримки та консультаційні центри, але не роблять цього. Такі заходи не є частиною універсального пакету послуг, які гарантує держава в межах реформи системи охорони здоров'я. У той же час лікування алкогольної залежності доступне в спеціалізованих клініках або наркологічних диспансерах, але доступність є різною в залежності від області.

Передбачено, що короткі консультації з питань відмови від вживання алкоголю мають надаватися пацієнтам на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Це означає, що лікарі ПМСД зобов'язані запитувати своїх пацієнтів про вживання алкоголю та коротко консультувати їх у разі потреби. Однак, інформації про те, чи вони дійсно це роблять, немає. У межах вищезгаданого проєкту ВООЗ сімейні лікарі та медичні



сестри з 5 областей (Львівської, Полтавської, Дніпропетровської, Харківської та Київської) пройшли навчання з короткого консультування щодо ключових факторів ризику, зокрема вживання алкоголю. За результатами опитування, проведеного наприкінці проекту, навчені спеціалісти приділяли більше уваги питанню вживання алкоголю та консультували пацієнтів за потреби, але ситуація в інших областях (які не входили до проекту) залишається під питанням.

## **6. Вікові обмеження на продаж алкоголю**

Відповідно до чинного законодавства, продаж алкогольних напоїв особам, які не досягли 18 років, заборонено, а для покупки алкоголю завжди потрібно показувати посвідчення особи [28]. Закон встановлює штрафи за порушення цих вимог, а перевірки можуть проводити поліція та працівники державної фіскальної служби. Крім того, згідно з опитуванням HBSC (2018), 22,8 % школярів (10–17 років) повідомили, що вживали алкоголь протягом останніх 30 днів, тобто вони мали змогу його придбати попри свій вік [40].

### ***Інші заходи та політики у сфері контролю над алкоголем***

Відповідно до чинного законодавства, держава має здійснювати заходи щодо промоції життя без алкоголю серед школярів та інформувати їх про ризики вживання алкоголю. Насправді ця норма реалізується через шкільну програму, яка включає уроки з основ безпеки життєдіяльності.

У 2019 році Уряд також ухвалив Постанову про порядок моніторингу наркологічної та алкогольної ситуації в Україні [50]. Ця регуляторна дія мала б підвищити спроможність відповідальних установ щодо нагляду та покращити якість даних. Однак поки що не зрозуміло, чи була запроваджена нова процедура.

Отже, можна зробити висновки, що Україна впровадила більшість заходів, рекомендованих ВООЗ (підхід SAFER), крім повної заборони реклами алкоголю і коротких втручань та лікування залежностей, спричинених вживанням алкоголю. Однак рейтинг реалізованих заходів слід розглядати з метою подальшого вдосконалення як регуляторних, так і контролюючих заходів у поєднанні з промоцією здорового способу життя.

## **Втручання щодо здорового харчування**

### ***Загальна ситуація на національному рівні***

Загалом в Україні бракує даних про особливості харчування населення. Перше і найбільше дослідження, яке включало це питання, – це ВООЗ STEPS, проведене у 2019 році [2]. Згідно з його результатами, лише 33 % населення мають звичку споживати рекомендовані ВООЗ 5 порцій фруктів і овочів на день. При цьому частка дорослого населення, яке споживало менше 5 порцій фруктів і овочів щодня, становила загалом 66,4 % (73,2 % чоловіків і 59,4 % жінок). Овочі та фрукти в середньому представлені в раціоні населення порівну – тижневе споживання становить 5,2 порції фруктів



і 6,0 порцій овочів. Середня доза споживання фруктів та овочів становила 4,2 порції на добу (чоловіки – 3,8 та жінки – 4,4). Результати дослідження також показали, що жінки частіше їдять фрукти та овочі, ніж чоловіки: 40,6 % проти 26,7 % відповідно. Занепокоєння викликає те, що загалом 34,4 % дорослих заявили, що споживають лише 1–2 порції, а 3,5 % сказали, що взагалі не їдять фрукти та овочі. Ситуація в Україні досить подібна на ситуацію в інших країнах регіону, які проводили STEPS, – схожі результати були отримані в Молдові, Узбекистані та Грузії.

Інформації про особливості харчування дітей також бракує. Доступне опитування (2019 р.) повідомляє, що українські діти різного віку споживають незначну кількість овочів: діти молодшого віку (1–3 роки) – близько 62 грамів на добу; дошкільнята (4–6 років) – 100 грам і діти шкільного віку і підлітки (7–14 років) – 152 грами овочів на добу. Діти різного віку віддають перевагу картоплі серед інших овочів, споживаючи 74, 107 та 155 грамів картоплі на добу у відповідних вікових групах [51].

Опитування також оцінювало рівень споживання вільного цукру серед дітей, який, як повідомлялося, збільшується з віком. Так, в середньому маленькі діти (1–3 роки) споживають 47 грамів цукру на добу; діти дошкільного віку – 56 грам, школярі та підлітки – 67 грам вільного цукру на добу.

У 2016 році Асоціація дієтологів України разом з дослідницькою компанією «Іпсос» вивчала споживання різноманітних напоїв, у тому числі безалкогольних, серед дітей [52]. Опитування показало, що 82 % дітей і підлітків 7–17 років вживають газовані напої з цукром. Також виявлено, що 67 % батьків нормально сприймають той факт, що їхні діти вживають пакетовані соки, а тому купують їх своїм дітям; 49 % дітей купують пакетовані соки самостійно.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, для дорослої людини максимальна кількість вільного цукру на день не має перевищувати 50 грамів. За даними аграрного сектору, за останні 5 років рівень споживання цукру на одну особу в Україні знизився на 19 % і в 2019 році становив 28,8 кг на рік.

Також, виходячи з результатів STEPS, для дорослого населення характерним є високий рівень споживання солі. Так, 44,9 % населення завжди або часто додавали в їжу сіль або солоний соус перед або під час їжі. Дві третини (66,7 %) завжди або часто додавали сіль до страв під час приготування їжі вдома, а 26,9 % завжди або часто вживали оброблену їжу з високим вмістом солі. Під час дослідження також було зроблено заміри для оцінки середнього рівня споживання солі (за допомогою 24-годинного методу виділення сечі). Результат підтвердив високий рівень споживання солі, оскільки воно перевищило максимальний рекомендований ВООЗ рівень 5 г на день більш ніж вдвічі та становило 12,6 г на день. Лише 13 % населення споживало солі менше 5 г на добу. Однак споживання продуктів з високим вмістом солі з віком зменшується, при цьому рівень їх споживання вищий серед молодого населення (18–29 років). Лише 8 % населення перевіряли вміст солі на етикетках продуктів, а 35 % намагалися зменшити споживання обробленої їжі. Опитування STEPS також продемонструвало, що 61 % респондентів сказали, що вони не вживають надмірної кількості солі, а 20 % зізналися, що вживають занадто багато солі [2].





Разом з тим обізнаність опитаних про проблему висока: 50 % населення вважали, що важливо зменшити споживання солі, а 25 % вважали, що це дуже важливо. 51,5 % респондентів заявили, що надмірне споживання солі викликає серйозні проблеми зі здоров'ям. Старші групи населення продемонстрували вищу обізнаність про цю проблему.

Досліджень щодо споживання промислових трансжирів в Україні бракує. Пояснювальна записка до законопроекту про обмеження використання трансжирних кислот у харчових продуктах [53] посилається на результати опитування, які оцінюють споживання жирів серед дорослих як 97 грамів проти рекомендованих 70 грамів на день.

### **Огляд законодавства**

Законодавчих документів, які б регулювали сферу харчування, не так багато, і більшість із них стосується саме шкільного харчування. Важливо згадати декілька політичних документів високого рівня:

- 1) Указ Президента України від 07.12.2019 № 894/2019 «Про невідкладні заходи щодо оздоровлення дітей» [54];
- 2) Указ Президента України «Про затвердження Національної стратегії побудови безпечного та здорового освітнього середовища в Новій українській школі» [55];
- 3) Постанова Уряду України «Про затвердження Плану заходів щодо реалізації Національної стратегії побудови безпечного та здорового освітнього середовища в Новій українській школі на 2021 рік» [56].

У березні 2021 року Кабінет Міністрів України прийняв постанову №305 «Про затвердження норм та порядку організації харчування в закладах оздоровлення та відпочинку, навчальних та дитячих закладах», яка набула чинності у вересні 2021 року [57].

Законопроект, спрямований на ліквідацію промислового використання трансжирів у харчових продуктах, знаходиться у ВРУ з 2017 року і на жаль, його досі не було розглянуто.

Національний план заходів щодо НІЗ [30], серед інших завдань, містить кілька положень, які визначають порядок денний розробки та впровадження політики щодо здорового харчування:

- ▶ удосконалення законодавства щодо інформування споживачів про точну кількість солі, цукру, насичених жирів із зазначенням їх співвідношення з рекомендованими нормами споживання (відповідне маркування харчових продуктів);
- ▶ удосконалення законодавчих актів щодо обмеження реклами харчових продуктів з надмірним вмістом солі, цукру та насичених жирів;
- ▶ розроблення та затвердження основних вимог до продуктів харчування та напоїв, які можуть подаватись у навчальних закладах; недопущення наявності та реалізації в навчальних закладах висококалорійних продуктів харчування та напоїв з високим вмістом насичених жирів, солі та цукру тощо;
- ▶ проведення інформаційних кампаній у ЗМІ для інформування населення про основні фактори ризику НІЗ, пов'язані з харчуванням.

**Таблиця 2.8. Рівень виконання основних втручань щодо здорового харчування на рівні населення**

Інтервенція (втручання)	Рівень виконання	Короткий коментар щодо рівня виконання
1. Зниження рівня вживання солі шляхом зміни складу харчових продуктів у бік зниження вмісту солі та встановлення допустимих рівнів вмісту солі в продуктах харчування і стравах	низький	В Україні немає законодавства чи норм, які обмежують або регулюють кількість солі в продуктах харчування та стравах для населення.
2. Зниження рівня вживання солі шляхом створення сприятливого середовища в державних закладах, таких як лікарні, школи, робочі місця та будинки для людей похилого віку	низький (середній)	Нещодавно уряд прийняв нові правила організації харчування в шкільних та соціальних закладах освіти. Є очікування, що виконання цих норм дозволить зменшити рівень вживання солі і обробленої їжі.
3. Зниження рівня вживання солі шляхом проведення інформаційних кампаній у ЗМІ, спрямованих на зміну поведінки	низький	Не було проведено жодної державної комунікаційної кампанії, яка б сприяла зменшенню споживання солі населенням. На жаль, медичні статті та публікації державних установ охорони здоров'я не можуть змінити поведінку.
4. Зниження рівня споживання солі за допомогою відповідного маркування на упаковці	низький	У країні немає спеціальних вимог щодо маркування лицьового боку упаковки харчових продуктів.
5. Усунення вживання промислових транс-жирів шляхом розробки законодавчого акту про заборону їх використання у системі виробництва та збуту харчових продуктів	низький (середній)	У липні 2020 року наказом МОЗ було затверджено норми для вмісту трансжирних кислот у харчовому продукті. На початку 2021 року у Верховній Раді було зареєстровано проєкт закону про підвищення якості харчових продуктів, що споживаються дітьми. Серед іншого, він спрямований на зменшення кількості трансжирних кислот у харчових продуктах.
6. Зниження рівня споживання цукру шляхом ефективного оподаткування напоїв, підсолоджених цукром	низький	Немає жодного регулювання щодо оподаткування солодких напоїв.

### **Коментарі до показників**

#### **1. Зниження рівня споживання солі (для втручань 1–4).**

В Україні немає жодного нормативного акту, який обмежує або регулює кількість солі, що використовується під час виробництва та приготування їжі. Відповідно до Закону



«Про інформацію для споживачів щодо харчових продуктів», суб'єкти підприємницької діяльності зобов'язані вказувати серед інших інгредієнтів продукту лише сіль без зазначення її фактичного вмісту [47]. Однак деякі виробники все ж вказують фактичний вміст солі у своїй продукції в грамах або порціях, хоча ця інформація не виділена або візуально не відмічена на упаковці. Також поки що немає законодавчих ініціатив, які б вирішували питання зниження рівня споживання солі на національному рівні.

Проте останнім часом Уряд та МОЗ України намагаються врегулювати це питання у дитячих навчальних закладах. Так, постанова №305 від 24.03.2021 року «Про затвердження норм та порядку організації харчування в закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку» спрямована на врегулювання зменшення кількості солі, що використовується в їжі, високообробленої їжі, а також запроваджує рекомендації щодо приготування їжі й обмеження щодо деяких продуктів, які подаються та продаються в шкільних закладах [57]. Постанова №305 набула чинності 1 вересня 2021 року та є обов'язковим для виконання в усіх державних навчальних закладах, дитячих садках, дитячих будинках та санаторіях для дітей різного віку.

Оскільки кошти на інформаційні кампанії щодо профілактики НІЗ з державного бюджету не виділяються, жодних кампаній, спрямованих на зменшення рівня споживання солі, проведено не було. Поодинокі медіа-повідомлення та статті не можуть вплинути на зміну поведінки.

Як зазначено вище, жоден нормативний акт в Україні не вимагає від виробників харчових продуктів наносити маркування щодо вмісту солі в продукті на лицьовій частині упаковки. Це впливає на рівень поінформованості населення про вміст солі, а також на вибір споживачів.

## **2. Виключення промислових транс-жирів зі складу харчових продуктів (втручання 5).**

Законодавче регулювання вмісту транс-жирів у продуктах харчування є одним із найбільш ефективних способів зниження рівня їх споживання. Україна розглядає питання про припинення використання промислових трансжирів у харчових продуктах з 2017 року. Проте до 2020 року особливого прогресу у цьому напрямі не спостерігалось. У липні 2020 року МОЗ прийняло наказ № 1613, яким встановило обмеження рівня трансжирних кислот, що можуть міститися в харчових продуктах [58]. На початку 2021 року у ВРУ було зареєстровано проєкт закону № 5148 «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення якості харчових продуктів, що споживаються дітьми» [59], який передбачає такі норми:

- встановити граничний вміст транс-жирних кислот у харчових продуктах (не більше, ніж 2 грами на 100 грамів загальної кількості всіх жирів, що містяться в харчовому продукті);
- зобов'язати операторів ринку під час постачання продуктів іншим виробникам надавати інформацію про кількість транс-жирних кислот у харчових продуктах;
- запровадити штрафи за порушення.

У вересні 2021 року цей законопроект пройшов перше читання, а у січні 2022 року був підготовлений до другого читання.



Як зазначалося вище, Національний план заходів щодо НІЗ також містить низку зобов'язань щодо встановлення регуляторних обмежень до насичених жирів у їжі. Проте немає інформації щодо зменшення кількості транс-жирів у раціоні.

### **3. Знизити рівень споживання цукру (втручання 6).**

В Україні немає нормативно-правових актів щодо оподаткування солодких напоїв, хоча такий підхід рекомендовано впроваджувати як економічно ефективне втручання [60]. Проблема споживання цукру населенням також недостатньо вивчена, даних бракує.

Серед наявних нормативів споживання цукру дітьми варто відзначити вже згадану постанову №305 від 24.03.2021 року «Про затвердження норм та порядку організації харчування в закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку» [57]. Вона передбачає виконання рекомендацій ВООЗ щодо споживання цукру під час подачі та приготування їжі в школах, яслах, дитячих будинках та санаторіях для дітей. Також Національний план заходів щодо НІЗ містить зобов'язання інформувати споживачів про вміст цукру, обмеження реклами продуктів з високим вмістом цукру та запровадження інших регуляторних заходів. Однак поки що жодних маркетингових обмежень не було впроваджено.

Загалом, питанням профілактики нездорового харчування приділяється не так багато уваги попри те, що це один із найвагоміших факторів ризику НІЗ. Українське населення не споживає достатньої кількості «здорових» продуктів, разом з тим рівні споживання солі, цукру, трансжирів тощо лишаються на досить високому рівні. Однак, можна побачити, що інтерес до питань здорового харчування потроху зростає на політичному рівні. Зокрема, прикладом цього може слугувати активна робота з реформи шкільного харчування протягом останнього часу.

## **Втручання щодо фізичної активності**

### **Загальна ситуація на національному рівні**

Інформації про рівень фізичної активності в Україні мало. Водночас, за даними Інституту метрики та оцінки здоров'я (2019 р.), брак фізичної активності залишається провідним фактором ризику НІЗ [25].

Згідно з опитуванням STEPS, самооцінка часу, який витрачають на фізичну активність дорослі, становила 289,8 хв на добу: у чоловіків – 320,7 хв. а у жінок – 258 хв. на день. Люди у віці 60–69 років витрачали на фізичну активність в середньому на 30 % менше часу – 199 хв. щоденно. Варто зазначити, що понад 50 % часу, витраченого на фізичну активність, було пов'язаною з роботою (151,8 хвилини), трохи більше третини – з транспортом, і лише 13 % – з відпочинком (28,8 хвилин).

При цьому 53,5 % населення не займалися фізичною активністю, пов'язаною з роботою: 60,3 % жінок і 47,0 % чоловіків. Значна частка населення (майже 60 %) не займалася фізичною активністю у вільний час. Молодь (18–29 років) більше займається фізичною активністю, пов'язаною з відпочинком (за кількістю хвилин на день). Інтенсивна фізична



активність також далека від норми, оскільки не займається нею 73 % населення: 86,4 % жінок і 60,6 % чоловіків.

Загалом понад 10 % дорослого населення України не дотримувалися рекомендацій ВООЗ щодо фізичної активності, причому більша частка серед літніх груп. У звіті також підкреслено поширеність малорухливої поведінки серед дорослих, які проводили в середньому 235,4 хвилини щодня сидючи або лежачи. Очікувано, що у сільського населення спостерігається вищий рівень фізичної активності, порівняно з міським, за винятком активного відпочинку.

Спорадичні повідомлення також допомагають зрозуміти поведінку населення. Так, дослідження серед студентів вищих навчальних закладів (2015 р.) показало, що 66 % студентів віком 18 – 21 рік мали низький рівень фізичної активності, 27 % – середній і лише 7 % – достатній. У дослідженні використовувався Міжнародний опитувальник фізичної активності (IPAQ) [61].

Урядові документи також визначають рівень фізичної активності школярів як дуже низький. Так, Міністерство освіти України провело оцінку серед учнів старших класів і виявило, що 65 % з них не мали достатньої кількості фізичних вправ протягом 2018 – 2019 навчального року [62].

### **Огляд законодавства**

У сфері промоції фізичної активності законодавство є неоднорідним і охоплює різні аспекти, починаючи від регулювання будівельних норм і закінчуючи вимогами до консультування на рівні первинної медичної допомоги. Нижче наведено конкретні нормативні акти для кожного втручання. Крім того, Національний план заходів щодо НІЗ також містить окрему частину з фізичної активності з кількома завданнями:

- 1) забезпечити обов'язкове включення до містобудівних планів окремих територій, призначених виключно для фізичної активності громадян (спортивних та фізкультурно-оздоровчих майданчиків), обладнання велосипедних і бігових доріжок на наявних і нових транспортних маршрутах, а також у парках і скверах;
- 2) запровадити податкові пільги та знижки при оренді землі та приміщень, орієнтованих на підтримку фізичної активності;
- 3) забезпечити вільний доступ до місць загального користування для занять фізкультурою та спортом;
- 4) розробити нормативи рухової активності дітей та підлітків, запровадити їх у навчально-виховний процес.

Більше відповідних законодавчих та підзаконних актів згадано нижче у коментарях до системи показників.

**Таблиця 2.9. Рівень виконання основних втручань щодо фізичної активності на рівні населення**

Інтервенція (втручання)	Рівень виконання	Коментар до рівня виконання
1. Проведення в масштабах всього населення інформаційно-роз'яснювальної кампанії з метою просування фізичної активності, що включає кампанію в ЗМІ в поєднанні з іншими просвітницькими, мотиваційними та екологічними програмами на місцях, направлені на сприяння зміні поведінки з точки зору рівня фізичної активності	низький	За державний кошт не було проведено жодної загальнонаціональної інформаційної медіа-кампанії, спрямованої на покращення фізичної активності населення. Громадських ініціатив та фінансування інформаційних кампаній з цього питання також обмаль.
2. Забезпечення консультування щодо фізичної активності та перенаправлення, як частини рутинної медичної допомоги на первинному рівні з використанням методики «короткого втручання»	низький	Відсутня інформація про наявність таких консультацій на рівні первинної медичної допомоги. У межах проєкту ВООЗ з НІЗ були проведені тренінги з консультування щодо факторів ризику НІЗ для спеціалістів із 5 регіонів, які підвищили свою обізнаність та навички консультування, зокрема у питаннях фізичної активності. Ситуація в інших регіонах невідома.
3. Забезпечення того, щоб міським проєктуванням на макрорівні було передбачено основні елементи щільності житлової забудови, пов'язані мережі вулиць, що включають тротуари, легкий доступ до різних пунктів призначення і доступ до громадського транспорту	низький	Необхідне законодавство та нормативні акти існують на національному, регіональному та громадському рівнях. Немає комплексної оцінки чи досліджень для оцінки ефективності міського проєктування на макрорівні щодо фізичної активності громадян.
4. Впровадження загальношкільної програми, яка включає в себе якісне фізичне виховання, наявність належних засобів та програм для підтримки фізичної активності всіх дітей	середній	Шкільна програма включає регулярні заняття з фізичної активності, більшість шкіл мають відповідні приміщення та програми для підтримки фізичної активності дітей. Разом з тим, в будь-якому випадку загальна шкільна освіта призначена для отримання знань, а уроки фізичної активності часто приносяться в жертву цій цілі.



## **Коментарі до показників**

### **1. Інформаційні кампанії з фізичної активності**

Державний бюджет, що виділяється на громадське здоров'я, обмежений. Додаткові потенційні джерела фінансування не використовуються з різних причин. Наприклад, відповідно до Закону України «Про рекламу» (стаття 22), тютюнові та алкогольні компанії мають відраховувати 5 % своїх маркетингових бюджетів до державного бюджету для фінансування заходів зі зміцнення здоров'я [29]. На жаль, ця норма не виконується, а державні кошти не доступні для стратегічних комунікацій щодо важливості фізичної активності. Громадські заклади охорони здоров'я можуть організовувати різноманітні заходи з популяризації спорту та фізичної культури, але це зазвичай підтримується або донорами, або місцевими громадами.

На рівні громади нинішня структура закладів охорони здоров'я не має достатньо кадрових ресурсів для проведення освітніх та мотиваційних кампаній. Цей сектор залишається недостатньо розвиненим з обмеженою інфраструктурою та браком коштів.

### **2. Консультування з питань фізичної активності**

Відповідно до наказу МОЗ № 504 від 19.03.2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», медичні працівники первинної ланки зобов'язані займатися промоцією здоров'я та надавати консультації щодо факторів ризику [63]. На жаль, бракує доступних даних щодо ролі лікарів первинної медичної допомоги у консультуванні пацієнтів щодо фізичних навантажень. У той же час для лікарів ПМСД на регулярній основі не проводиться навчання чи інші заходи, які включають питання надання коротких консультацій щодо факторів ризику НІЗ.

У наказі МОЗ № 504 вимоги щодо консультування з питань зміцнення здоров'я прописані досить розмиті, а фізична активність окремо не згадана. У той же час, це питання було коротко включено в навчальні матеріали, розроблені в рамках вже згаданого проєкту ВООЗ «Неінфекційні захворювання: профілактика та зміцнення здоров'я» (2015 – 2019 рр.). Фахівці з 5 областей (Полтавської, Львівської, Дніпровської, Харківської та Київської) пройшли відповідне навчання та покращили свої знання і навички з питань консультування стосовно факторів ризику, у тому числі і щодо ризиків, пов'язаних з низькою фізичною активністю.

### **3. Міський дизайн, який заохочує фізичну активність**

В Україні діє комплексне містобудівне законодавство, яке регулює щільність забудов, наявність тротуарів, доступ до різноманітних місць призначення та до громадського транспорту. Основним з них є Закон «Про регулювання містобудівної діяльності» [64] та Закон «Про основи містобудування» [65]. Також у квітні 2021 року Уряд України ухвалив Національну стратегію створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року [66]. Численні підзаконні акти регулюють будівельні та експлуатаційні норми, які мають розглядати фізичну активність як пріоритет і стимулювати її, зокрема в освітніх та соціальних закладах. Однак немає вичерпних



національних або регіональних даних оцінки, щоб оцінити, як ці норми дотримуються та контролюються. Насправді, ці норми часто ігноруються та порушуються, щільність житлової забудови є критичною, а інфраструктура для фізичних навантажень обмежена. Однак, щоб підтвердити ці твердження, потрібні додаткові дослідження на рівні громад.

#### **4. Питання фізичної активності у шкільній програмі**

15 лютого 2021 року Міністерство освіти України ухвалило наказ № 194 «Рекомендації щодо стратегічного розвитку фізичного виховання та спортивної підготовки учнівської молоді на період до 2025 року» [62] на виконання Указу Президента «Про Національну стратегію покращення фізичної активності в Україні на період до 2025 року «Фізична активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [67].

Також Уряд України у листопаді 2020 року ухвалив Постанову № 1089 «Про Стратегію розвитку фізичної культури і спорту на період до 2028 року» [68]. Окрім того, є Указ Президента України «Про затвердження Національної стратегії побудови безпечного та здорового освітнього середовища в Новій українській школі» [55] та Постанова Уряду України «Про затвердження Плану заходів щодо реалізації Національної стратегії побудови безпечного та здорового освітнього середовища в Новій українській школі на 2021 рік» [56]. Також в Національному плані заходів щодо НІЗ передбачено заходи щодо зміцнення здоров'я серед усіх вікових груп на національному, регіональному та громадському рівнях. Цей пул стратегічних документів створює високу політичну прихильність до стимулювання фізичної активності в усіх вікових групах дітей, а також передбачає виділення ресурсів на відповідні цілі та завдання.

Також є спроби переглянути програму уроків фізкультури в школі шляхом залучення батьків та оцінки якості цих занять [69]. Однак на цьому етапі результати такої оцінки відсутні.

Підсумовуючи, хоча існує багато різноманітних стратегічних документів щодо регулювання розвитку інфраструктури фізичної активності та підвищення її рівня серед різних вікових груп населення (перш за все, серед дітей), впровадження всіх заходів не є інтенсивним і занадто рано говорити про їх вплив на ситуацію з фізичною активністю. Крім того, на всіх рівнях бракує інформації щодо важливості достатнього рівня фізичної активності для здоров'я.

### **Втручання щодо забруднення атмосферного повітря**

Забруднення атмосферного повітря є досить комплексною темою. Ми розглядаємо її в межах цього звіту через те, що у 2018 році ВООЗ визнала атмосферне повітря одним із вагомих факторів ризику НІЗ, зокрема для розвитку серцево-судинних, респіраторних та онкологічних захворювань. Щорічно понад 9 мільйонів людей в усьому світі передчасно помирає через хвороби, спричинені забрудненим повітрям [70].





## **Загальна ситуація на національному рівні**

За даними World Air Quality Report, у 2021 році Україна посідала 9 місце в Європі та 56 місце серед країн світу за забрудненістю атмосферного повітря [71]. Також варто розуміти, що рівень забруднення повітря відрізняється за регіонами України. В індустріальних районах якість повітря значно гірша, а рівні забруднення можуть в рази перевищувати норму. На жаль, система моніторингу якості повітря в Україні застаріла. Сьогодні неможливо накопичувати дані в єдиному цифровому форматі та переглядати їх в режимі реального часу, а це ускладнює можливість оперативно реагувати на ситуацію. За приблизними розрахунками в Україні близько 17 млн осіб зазнають впливу забрудненого атмосферного повітря. Насамперед, це жителі індустріальних районів.

Основними забруднювачами повітря в Україні є виробники енергії (насамперед, вугільні електростанції), великі промислові підприємства, транспорт. Також суттєво забруднює повітря спалювання побутових відходів та листя. Серед складових забруднення – велика кількість хімічних сполук, особливо важких металів та оксидів, токсичних речовин і аерозолів.

Забруднене повітря може містити зважені часточки, чадний газ, формальдегіди, бензпірен, оксиди сірки, азоту та багато інших речовин, які негативно впливають на організм та потенційно можуть бути причиною різноманітних захворювань.

Максимальні допустимі концентрації забруднюючих речовин, представлені у Глобальних рекомендаціях ВООЗ щодо якості повітря та впливу на здоров'я [72]. Рекомендованими граничними значеннями концентрації дрібнодисперсних зважених частинок (PM<sub>2,5</sub>) для середньодобового значення є 15 мкг/м<sup>3</sup>, а для середньорічного – 5 мкг/м<sup>3</sup>. У Глобальних рекомендаціях ВООЗ містяться також проміжні цільові показники концентрації частинок 10 мкм (мікрометрів) та 2,5 мкм для поетапного зниження їхньої концентрації у повітрі. Тут варто звернути увагу, що зважені часточки діаметром менші ніж 2,5 мікрометрів (мкм) становлять найбільший ризик, адже вони здатні проникати глибоко в легеневі тканини. У ВООЗ зазначають, якщо вдасться досягти проміжних цільових показників забруднення дрібнодисперсними зваженими частинками, то ризики захворіти на хронічні та гострі респіраторні захворювання будуть значно менші [72].

Доведено наявність зв'язку між концентрацією шкідливих речовин в атмосферному повітрі та зростанням рівнів захворюваності населення, зокрема, на хвороби органів дихання, системи кровообігу, підвищенням частоти астматичних нападів та розвитку алергій. У дітей, які дихають забрудненим повітрям, досить часто проявляються респіраторні захворювання, зокрема, астма та хронічна легенева недостатність, а також спостерігається затримка росту, розвиток діабету, дитяче ожиріння і розумова відсталість.

В Україні рівень госпіталізації людей через легеневі хвороби значно вищий, ніж в європейському регіоні [73]. За даними Інституту метрики та оцінки здоров'я (2019 р.), в Україні атмосферне повітря є причиною понад 40 % смертей від ішемічної хвороби серця, 13 % смертей від інсульту, майже 7 % – від раку легень та 6 % через хронічні обструктивні захворювання легень [25].



На жаль, проблема забруднення повітря в Україні не отримує належної уваги ні на національному, ні на міжнародному рівнях.

### **Огляд законодавства**

В сфері контролю забруднення атмосферного повітря в Україні прийнято досить багато нормативно-правових актів, а також ратифіковано міжнародні протоколи.

Розпочати варто з найважливішого міжнародного документу в галузі охорони атмосферного повітря – Конвенції про транскордонне забруднення атмосферного повітря на великі відстані, що була прийнята в м. Женеві (Швейцарія) 1979 року [74]. В Україні Конвенція набула чинності 16 березня 1983 року. Її метою є співпраця держав у боротьбі з перенесенням речовин, що забруднюють повітря, на великі відстані. Держави-учасниці зобов'язалися розробляти ефективну політику і стратегію боротьби із забрудненням повітря, зокрема системи регулювання якості повітря, сумісні із сталим розвитком, зокрема, шляхом використання найкращих з наявних та економічно прийнятних технологій, що ґрунтуються на принципах маловідходності та економічності. Україна ратифікувала три протоколи Конвенції, а також планує подальшу роботу стосовно оцінки потенціалу щодо виконання та ратифікації положень трьох останніх протоколів Конвенції.

Ратифіковані протоколи Конвенції:

- ▶ Про фінансування Спільної програми спостережень та оцінки розповсюдження забруднювачів на великі відстані в Європі (ЕМЕП);
- ▶ Про скорочення викидів сірки або їх трансграничних потоків щонайменше на 30 %;
- ▶ Про обмеження викидів оксидів азоту або їх трансграничних потоків.

Варто зазначити, що однією з найважливіших умов успішної боротьби з транскордонним забрудненням повітря є наявність достовірної і повної інформації про стан навколишнього середовища і руху потоків забруднювачів, з чим в Україні, як вже було сказано вище, є проблеми.

Разом з тим, членство України в Конвенції про транскордонне забруднення забезпечує вивчення досвіду інших країн та проведення роботи щодо гармонізації національного законодавства в сфері охорони атмосферного повітря до законодавства ЄС стосовно скорочення викидів забруднюючих речовин. Протоколи, які Україна має ратифікувати – Гетеборзький Протокол про боротьбу з підкисленням, евтрофікацією та приземним озonom, Протокол по важких металах та Протокол по стійких органічних забруднювачах.

Ще одним стратегічно важливим міжнародним документом є Рамкова Конвенція ООН про зміну клімату, яку Україна підписала в червні 1992 року, ратифікувала в жовтні 1996 року, а в серпні 1997 року стала Стороною Конвенції [75]. У березні 1999 року Україна підписала Кіотський протокол [76], а 4 лютого 2004 року Верховна Рада України ратифікувала його. У квітні 1999 року було створено Міжвідомчу Комісію із забезпечення виконання Рамкової Конвенції ООН про зміну клімату.



Київський протокол – міжнародний договір, який розширює Рамкову конвенцію ООН про зміну клімату та має на меті боротьбу з глобальним потеплінням за рахунок скорочення викидів парникових газів. Відповідно до Київського протоколу Україна зобов'язалася у 2008–2012 роках зберегти середньорічні викиди газів в атмосферу на рівні 1990 року.

Окрім того, Законом України від 16 вересня 2014 року № 1678-VII ратифіковано Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [31]. Відповідно до Угоди, Україна взяла на себе зобов'язання поступово наблизити своє законодавство до законодавства ЄС з питань Управління довкіллям та інтеграції екологічної політики у інші галузеві політики.

Додатком XXX до Угоди, глави 6 «Навколишнє природне середовище» розділу V «Економічне і галузеве співробітництво» визначено перелік Директив у галузі охорони атмосферного повітря, які необхідно адаптувати:

- ▶ Директива № 2008/50/ЄС про якість атмосферного повітря та чистіше повітря для Європи;
- ▶ Директива № 2004/107/ЄС про миш'як, кадмій, ртуть, нікель і поліциклічні ароматичні вуглеводні (бензо(а)пірен) у атмосферному повітрі;
- ▶ Директива № 98/70/ЄС про якість бензину та дизельного палива та внесення змін і доповнень до Директиви № 93/12/ЄЕС, що доповнена Директивами № 2000/71/ЄК, №2003/17/ЄК та 2009/30/ЄК і Регламентом (ЄС) № 1882/2003;
- ▶ Директива № 1999/32/ЄС про зменшення вмісту сірки у деяких видах рідкого палива та внесення змін і доповнень до Директиви № 93/12/ЄС зі змінами і доповненнями, внесеними Регламентом (ЄС) № 1882/2003 та Директивою № 2005/33/ЄС;
- ▶ Директива № 94/63/ЄС про контроль викидів летких органічних сполук (ЛОС), що виникають зі сховищ нафти та при її транспортуванні з терміналів до сервісних станцій зі змінами та доповненнями, внесеними Регламентом (ЄС) № 1882/2003;
- ▶ Директива № 2004/42/ЄС про обмеження викидів летких органічних сполук за рахунок використання органічних розчинників у певних фарбах і лаках та продукції полірування транспортних засобів та внесення змін і доповнень до Директиви № 1999/13/ЄС;
- ▶ Директива № 2010/75/ЄС про промислові викиди (всеохоплююче запобігання і контроль забруднень) (переглянута) стосується промислового забруднення та техногенних загроз.

Якщо подивитися на національне законодавство, то в Україні також є досить багато нормативно-правових актів:

- ▶ Закон України «Про охорону атмосферного повітря» – основоположний документ, прийнятий ще у 1992 році; він спрямований на збереження та відновлення природного стану атмосферного повітря, створення сприятливих умов для життєдіяльності, забезпечення екологічної безпеки та запобігання шкідливому впливу атмосферного повітря на здоров'я людей та навколишнє природне середовище [77];
- ▶ Закон України «Про оцінку впливу на довкілля» від 23.05.2017 № 2059-VIII [78];

- ▶ Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку найбільш поширених і небезпечних забруднюючих речовин, викиди яких в атмосферне повітря підлягають регулюванню» від 29 листопада 2001 року № 1598 [79];
- ▶ Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку ведення державного обліку в галузі охорони атмосферного повітря» від 13 грудня 2001 року № 1655 [80];
- ▶ Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку розроблення та затвердження нормативів граничнодопустимих викидів забруднюючих речовин із стаціонарних джерел» від 28 грудня 2001 року № 1780 [81];
- ▶ Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання здійснення державного моніторингу в галузі охорони атмосферного повітря» від 14 серпня 2019 року № 827 [82];
- ▶ Постанова Кабінету Міністрів України «Про Порядок проведення та оплати робіт, пов'язаних з видачею дозволів на викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами, обліку підприємств, установ, організацій та громадян – підприємців, які отримали такі дозволи» від 13 березня 2002 року № 302 [83].

Також є низка наказів Міністерства екології та природних ресурсів України, Державної служби статистики України, які стосуються регулювання, статистичної звітності та оформлення документів щодо видів та обсягів забрудників, що викидаються в атмосферне повітря.

Окрім того, питання забруднення повітря включено до Національного плану заходів щодо НІЗ і передбачають:

- ▶ забезпечення надання необхідної інформації, організації та проведення інформаційних кампаній для населення щодо негативного впливу забруднення повітря та інших несприятливих факторів навколишнього природного середовища;
- ▶ розроблення та затвердження відповідних стандартів і нормативно-правових актів, гармонізованих зі стратегічними документами ООН та ЄС, з метою зниження негативного впливу забруднення повітря (атмосферного і в приміщеннях), шуму, електромагнітного поля, інших несприятливих факторів навколишнього природного середовища на здоров'я населення;
- ▶ забезпечення профілактики алергічних захворювань, зумовлених забрудненням повітря та іншими несприятливими факторами навколишнього природного середовища;
- ▶ забезпечення створення системи нагляду за наслідками впливу забруднення повітря та інших несприятливих факторів навколишнього природного середовища в приміщеннях та поза ними;
- ▶ проведення моніторингу ефективності заходів зі зменшення шкідливого впливу наслідків небезпечних атмосферних полутантів.

Варто наголосити, що НПЗ щодо НІЗ містить також норму щодо азбесту, радону та інших полутантів і передбачає підвищення рівня обізнаності населення щодо наслідків для здоров'я контакту з ними, а також щодо шляхів мінімізації негативного впливу на здоров'я населення та зниження рівня забруднення закритих приміщень.



## **Прогрес у виконанні вимог чинного законодавства**

Забруднення повітря було офіційно визнано одним із факторів ризику НІЗ лише у 2018 році. На відміну від профілактики та контролю таких факторів ризику, як вживання тютюну та алкоголю, нездорове харчування і брак фізичної активності, для забруднення атмосферного повітря ВООЗ не розробляла переліку ефективних інтервенцій на популяційному рівні. Тому тут ми наведемо оцінку ситуації з виконанням чинного законодавства у сфері охорони атмосферного повітря.

Як було зазначено вище, Конвенція про транскордонне забруднення атмосферного повітря на великі відстані є одним із найважливіших документів до виконання усіма країнами. Три протоколи цієї Конвенції Україна ратифікувала. Три інших (Гетеборзький Протокол про боротьбу з підкисленням, евтрофікацією та приземним озоном, Протокол по важких металах та Протокол по стійких органічних забруднювачах) сьогодні ратифікувати наша держава не може через основні проблемні питання, які виникають на шляху до ратифікації [84], а саме:

- ▶ застаріле обладнання на підприємствах України;
- ▶ на цей час проаналізовано не всі категорії стаціонарних джерел викидів щодо можливості досягнення ними нормативів граничнодопустимих викидів, встановлених у додатках до протоколів та терміни їх досягнення;
- ▶ система регулювання викидів летких органічних сполук зі стаціонарних джерел викидів в Україні не адаптована до положень протоколу;
- ▶ методологія вимірів концентрації викидів забруднюючих речовин не адаптована до вимог європейського законодавства;
- ▶ відсутня база сучасних засобів вимірювальної техніки для контролю та моніторингу за дотриманням зобов'язань по протоколу.

Однією з основних проблем звітування за виконання Конвенції про транскордонне забруднення атмосферного повітря на великі відстані є проблеми зі збором, обробкою та моніторингом даних. Саме тому, для виконання міжнародних зобов'язань, Україна має, насамперед, налагодити систему моніторингу рівня викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря на джерелах викидів та впровадити сучасні систем їх очищення на підприємствах суб`єктів господарювання, наслідком виробничої діяльності яких є викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря.

Підписавши Рамкову Конвенцію ООН про зміни клімату та ратифікувавши Кіотський протокол, Україна взяла на себе певні зобов'язання, але разом з тим отримала можливість залучення додаткових коштів на виконання проєктів зі зниження викидів парникових газів.

Україна одна з небагатьох країн світу, яка з 1990 по 2000 рік різко скоротила викиди парникових газів, але відбулося це виключно за рахунок спаду та реструктуризації економіки після 1990 року. Ратифікувавши Кіотський протокол у 2004 році, Україна отримала можливість реалізувати невикористані нею квоти на викид вуглекислого газу. Згідно з даними Національного екологічного центру (НЕЦ), протягом 2009 – 2010 років державний бюджет України отримав близько 470 млн євро у результаті продажу надлишку квот за Кіотським протоколом [85]. При цьому Україна взяла на себе зобов'язання реалізувати на ці кошти проєкти зі скорочення викидів парникових газів.



Отже, частково Кіотський протокол просто перетворився на механізм для отримання прибутків від торгівлі квотами, адже якщо країна перевиконала свої зобов'язання за Кіотським протоколом і досягла більшого зниження викидів, то вона може продати їх іншій країні. Через продаж квот офіційна мета Протоколу недосяжна і фактично означає тільки ріст викидів парникових газів.

Ратифікувавши Угоду про асоціацію ЄС, Україна взяла на себе зобов'язання поступово наблизити своє законодавство до законодавства ЄС з питань Управління довкіллям та інтеграції екологічної політики у інші галузеві політики. Насправді, було розроблено та прийнято досить багато нормативно-правових актів на національному рівні, однак варто розуміти, що визначальним є все ж виконання прийнятих норм, а для цього в Україні зараз бракує потенціалу.

Для управління таким складним природним ресурсом, як атмосферне повітря, необхідні кваліфіковані кадри, сучасні програмні продукти для створення якісних кадастрів викидів, програм з моделювання прогнозів викидів, регіональні та національна системи моніторингу викидів з обов'язковою мережею міжнародних фонових станцій моніторингу. Також кожне місто необхідно обладнати міськими станціями моніторингу, які в режимі онлайн фіксували би рівні забруднення найбільш поширених забруднюючих речовин [86].

Отже, питання захисту атмосферного повітря від забруднення – це комплексна проблема, яку можна розв'язати тільки шляхом консолідації зусиль уряду, центральних органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, суб'єктів господарювання та громадянського суспільства за умови забезпечення відповідного фінансування.

## **Втручання щодо безпеки дорожнього руху\***

Травматизм на дорогах офіційно не відносять до факторів ризику НІЗ, але розглядають як одну із вагомих причин смертності та інвалідності, яким можна запобігти. Сьогодні багато країн працюють у цій сфері, аби знизити тягар травматизму. Україна не є виключенням. Тому питання безпеки дорожнього руху включено до цього звіту.

Відповідно до даних ВООЗ, кількість смертей на дорогах по всьому світу щороку сягає понад 1,35 мільйони осіб [87]. Травми внаслідок дорожньо-транспортних пригод входять в 10 основних причин смертності в усьому світі для всіх вікових груп і є основною причиною смерті дітей і молоді у віці 5 до 29 років [88]. За оцінками дослідників, у 2015–2030 роках дорожній травматизм обійдеться світовій економіці в 1,8 трильйонів доларів США через видатки на охорону здоров'я, які в іншому випадку були б використані для заощаджень чи інвестицій, і через втрати робочих місць внаслідок смертності та травматизму [89].

---

\* За матеріалами Центру демократії та верховенства права



Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) виділяє зазначені нижче поведінкові фактори ризику, які призводять до високого рівня смертності та травматизму на дорогах [90]:

- ▶ надмірна швидкість;
- ▶ нехтування ременями безпеки, дитячими утримуючими системами та шоломами;
- ▶ використання телефону за кермом;
- ▶ керування напідпитку.

Усі з цих факторів впливають на рівень безпеки дорожнього руху і на теренах нашої країни.

За офіційними даними, з 2010 по 2020 рік внаслідок ДТП в Україні загинуло понад 45 тисяч осіб, а 380 тисяч – травмувалися [91]. Протягом цих 10 років щорічна динаміка кількості постраждалих на дорогах йшла на зниження, водночас, з 2018 по 2020 роки трагічна статистика демонструє тенденцію до зросту. Надмірна швидкість залишається головною причиною ДТП з постраждалими в Україні – понад 50 % загиблих у 2020 році припадає на дорожньо-транспортні пригоди, які сталися внаслідок перевищення встановленої або безпечної швидкості.

Статистика щодо нехтування Правилами дорожнього руху в Україні невтішна: за період з червня 2020 по вересень 2021 року система автоматичної фотовідеофіксації порушень ПДР зафіксувала перевищення швидкості понад 2 мільйони разів [92]. Звичка пристібатися в авто відсутня майже в 75 % водіїв [93], а кожен п'ятий водій користується телефоном за кермом [94]. За 2021 рік на території країни Патрульна поліція зафіксувала 5 019 ДТП, в яких водії керували автомобілями в стані сп'яніння, в яких 113 осіб загинуло та 1 072 особи травмовано [95].

Усі з перелічених вище факторів носять поведінковий характер та піддаються корекції. Зокрема, ВООЗ наголошує на необхідності створення належної системи законодавчої регуляції та контролю безпеки дорожнього руху і підвищення рівня обізнаності громадськості щодо факторів ризику та наслідків небезпечної поведінки [87].

### **Огляд законодавства**

Задля попередження високого рівня смертності та травматизму на дорогах в Україні було запроваджено як низку законодавчих змін, так і прийняття важливих підзаконних актів. Зокрема, в 2017 році Урядом було ухвалено Стратегію підвищення рівня безпеки дорожнього руху в Україні до 2020 року і план заходів з її реалізації, а в 2020 році було розроблено стратегічний документ щодо підвищення рівня безпеки дорожнього руху до 2024 року [49].

Питання безпеки дорожнього руху також включено до Національного плану заходів щодо НІЗ. У плані передбачено:

- ▶ підвищення рівня обізнаності населення щодо соціальної та економічної важливості безпеки дорожнього руху, причин і наслідків травматизму в дорожньо-транспортних пригодах та сприяння усвідомленню суспільством значення таких

ризиків для здоров'я населення; підтримка громадських організацій, які опікуються безпекою на дорогах; залучення до формування практики безпеки на дорогах представників страхових компаній, розробників обладнання для безпечного перевезення (дитячих крісел, шоломів), організацій автомобілістів та медичних асоціацій;

- забезпечення включення навчальних матеріалів з безпеки дорожнього руху до програм навчання лікарів, медичних сестер; залучення офіцерів поліції на місцевому рівні для навчання стосовно ключових факторів поведінки;
- проведення моніторингу безпеки дорожнього руху, а саме:
  - забезпечення створення національної системи нагляду за дорожнім рухом, реєстрації дорожньо-транспортних пригод, загиблих в них і тих, хто отримав ушкодження;
  - забезпечення організації регулярного збору об'єктивних і достовірних даних щодо ключових порушень безпеки дорожнього руху (перевищення швидкості, невикористання/неналежне використання ременів безпеки, дитячих крісел, шоломів, вплив факторів, що відволікають від керування транспортом);
  - забезпечення перегляду індикаторів моніторингу порушень безпеки дорожнього руху на національному та регіональному рівні для проведення поточної оцінки стану безпеки на дорогах.

### **Прогрес у виконанні чинного законодавства**

У 2020 році розпочала роботу система автоматичної фотовідеофіксації порушень Правил дорожнього руху. За результатами першого року роботи системи, кількість порушень на ділянках, де встановлені комплекси фіксації, зменшилася у вісім разів, а кількість смертельних та травматичних ДТП зменшилася на 17 % та на 14 % відповідно [96]. Також в 2021 році було підвищено штрафи за невикористання ременів безпеки, перевищення швидкості, та керування транспортними засобами напідпитку [97].

Під час пандемії COVID-19, кількість ДТП у світі значно зменшилася, проте спостерігалось збільшення кількості важко травмованих [98]. Дослідники пояснюють це меншою щільністю трафіку, яка супроводжувалася більшою кількістю випадків перевищення швидкості. Водночас, у порівнянні з 2019 роком, у 2020 році кількість ДТП, а також загиблих і травмованих на дорогах України збільшилась.

Загалом Стратегія підвищення рівня безпеки дорожнього руху в Україні – ефективний інструмент за умови реалізації положень, які там прописані, а також контролю за виконанням чинного законодавства – обмеження швидкості, носіння шоломів та використання дитячих крісел, користування пасками безпеки, водіння виключно в тверезому стані та заборони на використання мобільних телефонів під час руху.





## 2.2. ОЦІНКА ЩОДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Міжнародний досвід показує, що втручання щодо профілактики факторів ризику (прийняття законів, підвищення податків, організація професійних послуг, підвищення податків, проведення інформаційних кампаній тощо) на національному рівні є досить ефективними і дозволяють покрити одразу територію усієї країни. Разом з тим, робота на регіональному рівні та на рівні громад також є важливою. Йдеться здебільшого про точкові інформаційні кампанії, запровадження додаткових обмежень в межах повноважень органів місцевого самоврядування, організацію професійних послуг, створення необхідної інфраструктури тощо).

Нижче наведено аналіз ситуації за вказаними факторами ризику НІЗ у п'яти регіонах України з акцентом на ті інтервенції, які є можливими та доцільними на регіональному рівні.

Варто зазначити, що в Україні бракує інформації щодо поширеності факторів ризику на регіональному рівні, оскільки більшість національних досліджень не дозволяють дезагрегувати дані за областями. Тож основне джерело даних щодо факторів ризику – дані Держстату, а також результати досліджень, що були проведені на місцях. Разом з тим, оцінка основних «рішень, оптимальних за витратами» для кожного регіону передбачала не лише опитування регіональних експертів, але й отримання інформації через офіційні запити до державних органів, які здійснюють контроль за виконанням чинного законодавства у сфері тютюну, алкоголю, безпеки на дорогах тощо.

### Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення в Дніпропетровській області

#### **Загальна інформація**

Неінфекційні захворювання мають значний вплив на здоров'я населення Дніпропетровської області, зокрема в Регіональному профілі здоров'я (2021 р.) [99] до пріоритетів віднесено захворюваність на вперше виявлені злоякісні новоутворення шийки матки та передчасну смертність населення віком 30–70 років від серцево-судинних захворювань. Аварії та травми також мають значний вплив на здоров'я населення Дніпропетровської області. За даними Національної поліції Дніпропетровської області, кількість дорожньо-транспортних пригод у 2020 році зросла на 13 % у порівнянні з 2019 роком. Також різко зросла кількість дорожньо-транспортних пригод зі смертельним наслідком (61,9 %). Разом з тим, в Дніпропетровському регіоні відсоток водіїв, які користуються ременями безпеки, був одним із найвищих в країні – 33,2 %, порівняно з національним значенням в 26,04 %.

За результатами дослідження «Стан медичної сфери у Дніпропетровській області», що було проведено групою Рейтинг у березні 2019 року [100], 58 % опитаних вказали, що вони ведуть здоровий спосіб життя: не мають шкідливих звичок, правильно харчуються і є фізично активними.



Третина опитаних курить, а 16 % були колишніми курцями. У тому ж 2019 році, за даними Держстату [101], поширеність куріння серед населення віком 12+ років становила 25 %, що є найвищим показником серед усіх регіонів України станом на той рік. Понад 30 % курців мали стаж куріння понад 20 років, а близько 40 % викурювали майже пачку сигарет щоденно.

У Дніпропетровській області у 2016 році частка осіб, які вживають алкоголь, становила понад 50 %. Найпоширеніший «тип вживання» алкоголю – епізодичне вживання. При цьому практично всі опитані (95,1 %) обізнані з впливом надмірного вживання алкоголю на розвиток серцево-судинних захворювань. [102].

Щодо харчування та фізичної активності, 85 % респондентів вказали, що вживають свіжі овочі та фрукти щодня або кілька разів на тиждень; 53 % вживають кондитерські вироби та випічку, 41 % – смажену та жирну їжу, а 24 % – безалкогольні газовані напої. Вживання кондитерських виробів та випічки, а також смаженої, жирної їжі та безалкогольних газованих напоїв частіше прослідковується серед більш молодшої аудиторії. Натомість фізичними вправами кілька разів на тиждень займаються 40 %. Третина – взагалі ніколи не займається спортом [101].

Дніпропетровська область має досвід тривалої та успішної співпраці з багатьма міжнародними проєктами та донорами, у тому числі з ВООЗ та Світовим Банком. Багато ініціатив вже було реалізовано в області, у тому числі й щодо профілактики НІЗ.

### **Втручання щодо НІЗ**

У 2019 році Дніпропетровська обласна рада розробила та прийняла цільову програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020–2024 роки» [103]. Метою програми є покращення демографічної ситуації, збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом підвищення якості та ефективності медичної допомоги з пріоритетом на лікування хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань. Проте програма зосереджена на покращенні якості надання медичних послуг і фактично не передбачає завдань з профілактики НІЗ. Підзавданням є «створення та функціонування інформаційно-комунікаційної системи стратегічного управління системою охорони здоров'я Дніпропетровської області шляхом збору статистичної інформації для формування діяльності у сфері охорони здоров'я, проведення інформаційних кампаній, створення та поширення фото, відео, аудіо та друкованої продукції, спрямованої на профілактику захворювань, пропаганду здоров'я та здорового способу життя, реформу охорони здоров'я». Фінансовий план цього підзавдання складає 221 320 825 грн., тобто приблизно 40 млн. грн. щорічно. Основним виконавцем програми є обласний Центр громадського здоров'я. Звіт про моніторинг програми буде доступний лише у 2025 році, відповідно до положень програми.

На веб-сайті обласного Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації міститься деяка інформація про здоров'я, яка регулярно оновлюється [104]. Окрім того, інформація щодо профілактики НІЗ активно поширюється через сайт та Фейсбук-сторінку Центру громадського здоров'я Дніпропетровської облради.



Що стосується деяких інтервенцій щодо НІЗ, передбачених ВООЗ в підході «Рішення, оптимальні за витратами», то, за інформацією фахівців центру громадського здоров'я, у всіх містах області заборонили нічний продаж алкогольних напоїв (з 22:00 до 10:00). Влада м. Дніпро запровадила таку заборону у місті в 2020 році.

Управління Національної поліції області повідомляє про здійснення контролю за дотримання законодавства про вживання тютюну та алкоголю. Так, у 2020 році було складено 2 048 протоколів про куріння в громадських місцях (ст. 175–1 КпАП) (у 2019 році – 23 882 протоколи) та 870 протоколів про порушення правил продажу тютюнових виробів, електронних сигарет та алкогольних напоїв (стаття 156 цього Кодексу) (за 2019 рік – 570). Така різниця у кількості протоколів за порушення заборони куріння у громадських місцях, швидше за все, пов'язана з пандемією COVID-19.

Нижче наведено ключові особливості Дніпропетровської області в контексті профілактики та контролю факторів ризику НІЗ:

- ▶ У 2019 році обласна рада прийняла програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020 – 2024 роки». Закладено фінансування.
- ▶ Створено обласну міжсекторальну групу, яка опікується питаннями профілактики та контролю НІЗ.
- ▶ Проводиться моніторинг виконання антитютюнового законодавства – накладено низку штрафів за нелегальну торгівлю тютюном та куріння у заборонених місцях.
- ▶ Низка населених пунктів впровадила заборону на нічний продаж алкоголю.

## **Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення у Львівській області**

### **Загальна інформація**

На основі регіонального профілю охорони здоров'я, можна зробити висновок, що неінфекційні захворювання мають значний вплив на здоров'я населення Львівської області [105]. Одне із важливих питань, виділених у профілі, – показник передчасної смертності від цукрового діабету, який серед дорослих 30–70 років становив 14,5 смертей на 100 000 населення (2020 рік). Це один з найвищих рівнів в країні, порівняно з 5,2 смертельних випадків на 100 тис. в середньому в Україні.

Інформації щодо поширеності факторів ризику у Львівській області бракує. Дані щодо поширеності куріння надає Держстат [101], відповідно до якого у 2019 році 18,3 % населення Львівської області курило. Близько 40 % курців вживають тютюн понад 20 років, а 34 % курців викурюють понад півпачки сигарет на добу.

За результатами опитування, проведеного у Львівській області у 2019 році [106], було виявлено, що більшість осіб (84,7 %) є споживачами алкогольних виробів (пили хоча б раз протягом останніх 12 місяців, що передували опитуванню). Надмірне вживання алкоголю траплялося принаймні один раз протягом останніх 12 місяців майже у половини респондентів. Для більшості з них це було випадковим вживанням, однак майже 7 % пили таким чином принаймні раз на тиждень.



Львівська область має досвід тривалої та успішної співпраці з багатьма міжнародними проектами та донорами, у тому числі з ВООЗ та Світовим Банком. Багато ініціатив вже було реалізовано в області, у тому числі й щодо профілактики НІЗ.

### **Втручання щодо НІЗ**

У регіоні прийнято та реалізовано комплексну програму надання медичної допомоги жителям Львівської області на 2017 – 2020 роки [107]. Програма була, насамперед, зосереджена на покращенні медичної допомоги при різних захворюваннях і станах здоров'я, включаючи ССЗ, цукровий діабет, захворювання нирок та рак як пріоритетні. Серед ключових завдань до профілактики НІЗ можна віднести лише розширення доступу до діагностики онкологічних захворювань. Попри те, що критерії оцінки програми включають зниження поширеності НІЗ, збільшення очікуваної тривалості життя та якості життя, наявні моніторингові звіти представляли лише кількісні та фінансові дані щодо виконання програми [108].

На сайті Львівського обласного центру громадського здоров'я (обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики) розміщено широкий спектр інформаційних матеріалів про НІЗ [109]. Львівська область також характеризується відносно низьким рівнем охоплення населення медичними послугами. Це пов'язано з тим, що пацієнти не звертаються по медичну допомогу: 69 % пацієнтів, які захворіли, не думають про звернення до лікаря, а це може погіршити хронічні стани НІЗ.

У березні 2021 року Львівська ОДА повідомила про створення координаційної ради з НІЗ [110]. Рада обговорила необхідність розробки та ухвалення регіональної програми з профілактики НІЗ на 2021–2027 роки, яка також буде мати фінансову підтримку.

Що стосується впровадження рекомендованих ВООЗ інтервенцій щодо профілактики і контролю НІЗ, можна зазначити таке. Під час виконання законодавства про заборону реклами, просування та спонсорства тютюнових виробів було проведено декілька перевірок бізнесу: у 2019 році – 26 планових, у 2020 році – 4 планових та 1 позапланова, фактів порушення не було підтверджено в обидва роки. Щодо виконання законодавства про заборону на куріння у громадських місцях, то у 2019 році Держпродспоживслужба провела 15 планових перевірок, а у 2020 році – лише 1 позапланову, фактів порушення також не підтверджено. Всього у Львівській області працює 5 685 кафе, барів і ресторанів. Тобто можна сказати, що в області є проблеми з контролем за виконанням антитютюнового законодавства. Хоча значний вплив на ситуацію могла мати пандемія COVID-19, в період якої заклади не працювали або працювали з обмеженнями. Також є певні проблеми з процедурами проведення перевірок.

Держпродспоживслужба також повідомляє про заходи контролю за виконанням норм чинного законодавства щодо обмежень реклами алкоголю. Так, у 2019 та 2020 роках було перевірено 616 та 369 зразків зовнішньої реклами, 14 та 6 – внутрішньої реклами відповідно, та один випадок телереклами, однак фактів порушення не підтверджено. Обмеження на продаж алкоголю в нічний час, з 22:00 до 10:00 у роздрібній торгівлі, було введено у Львові з 2010 року. У 2019 році це рішення відновлено у зв'язку зі змінами в законодавстві.



Нижче наведено ключові особливості Львівської області в контексті профілактики та контролю факторів ризику НІЗ:

- ▶ Прийнято та реалізовано комплексну програму надання медичної допомоги жителям Львівщини на 2017 – 2020 роки (фокус на покращенні медичної допомоги при різних захворюваннях і станах здоров'я, включаючи ССЗ, діабетиків, захворювань нирок, рак) – розширено доступ до діагностики онкологічних захворювань.
- ▶ Створено обласну міжсекторальну групу з НІЗ. Розроблено та затверджено регіональний план заходів щодо НІЗ, але він потребує оновлення.
- ▶ Затверджена обласна комунікаційна стратегія щодо НІЗ.
- ▶ Моніторинг виконання антитютюнового законодавства не проводиться систематично. Найбільша кількість перевірок була здійснена щодо реклами тютюну.
- ▶ У Львові заборонено нічний продаж алкоголю.

## **Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення у Полтавській області**

### **Загальна інформація**

Профіль здоров'я Полтавської області висвітлює декілька проблем у сфері НІЗ [111]. Йдеться про рівень передчасної смертності від раку серед дорослого населення 30–70 років (233 померлих на 100 тис. населення у 2019 р.), що є одним із найвищих показників у країні, а також про рівень смертності від ішемічної хвороби серця (820 смертей на 100 000 населення при національному показнику – 641 на 100 000). Полтава «лідирує» і за сукупністю причин смертності, посідаючи 3-тє місце в країні після Чернігівської та Кіровоградської областей.

Інформації щодо поширеності факторів ризику у Полтавській області бракує. Дані щодо поширеності куріння надає Держстат [101], відповідно до якого у 2019 році 19,9 % населення Полтавської області курило. Близько 55 % курців вживають тютюн понад 20 років, а 47 % курців викурюють понад півпачки сигарет на добу.

Полтавська область має досвід тривалої та успішної співпраці з багатьма міжнародними проектами та донорами, у тому числі з ВООЗ та Світовим Банком. Багато ініціатив вже було реалізовано в області, у тому числі й щодо профілактики НІЗ.

### **Втручання щодо НІЗ**

На момент проведення оцінки серед 41 регіональної програми, які реалізує обласна адміністрація, на жаль, не було жодної, пов'язаної безпосередньо з НІЗ [112]. Разом з тим, Полтавський обласний центр громадського здоров'я представив на своєму вебсайті комунікаційну стратегію громадського здоров'я на 2020–2023 роки, підписану начальником Полтавського управління охорони здоров'я у лютому 2020 року. Документ повністю включав комплексний підхід до зміцнення здоров'я та комунікації щодо факторів ризику НІЗ [113]. У Стратегії пріоритетними є 4 сфери охорони здоров'я:

1) НІЗ, 2) ВІЛ/СНІД, туберкульоз та гепатит, 3) імунізація та 4) стійкість до антимікробних препаратів. Щодо НІЗ, то стратегія ставить такі завдання:

- ▶ зменшити загальну поширеність куріння (усіх тютюнових та нових виробів для куріння), особливо серед жінок і молоді;
- ▶ зменшити тягар захворювань, пов'язаних з вживанням алкоголю, та соціальних наслідків вживання алкоголю;
- ▶ забезпечити промоцію здорового харчування;
- ▶ забезпечити промоцію фізичної активності серед широких верств населення.

Документ є гарним прикладом комунікаційної стратегії для регіонального рівня. Окрім того, на сайті Полтавського обласного центру громадського здоров'я та на сторінці у Фейсбук представлено досить багато матеріалів та інформації щодо профілактики і контролю НІЗ.

Нижче наведено ключові особливості Полтавської області в контексті профілактики та контролю факторів ризику НІЗ:

- ▶ Створено обласну міжсекторальну групу з НІЗ. Розроблено та затверджено регіональний план заходів щодо НІЗ.
- ▶ Затверджена комунікаційна стратегія громадського здоров'я на 2020–2023 роки.
- ▶ Проводиться моніторинг виконання законодавства щодо тютюну та алкоголю. За 2019 та 2020 рр. здійснено перевірки та накладено штрафи за порушення закону про заборону реклами тютюну/алкоголю, куріння у недозволених місцях.
- ▶ Розроблено обласну програму розвитку фізичної культури і спорту на 2021–2024 роки. Є ініціативи щодо розвитку спортивної інфраструктури.
- ▶ Проводяться інформаційні кампанії щодо профілактики вживання тютюну та алкоголю, зокрема, щодо керування транспортними засобами у стані алкогольного сп'яніння.
- ▶ Є центри, де можна отримати допомогу у відмові від вживання тютюну, а також у разі алкогольної залежності.

## **Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення у Рівненській області**

### **Загальна інформація**

Відповідно до регіонального профілю охорони здоров'я (2019 р.), неінфекційні захворювання мають значний вплив на здоров'я населення Рівненської області [114]. Також профіль показує, що деякі види раку спричиняють вищий рівень захворюваності в регіоні. Так, Рівненська область має один із найвищих показників захворюваності на рак серед молодого населення 15–19 років (185 випадків на 100 тис. населення проти 156 випадків на 100 тис. населення у країні в середньому). Це один із найвищих показників в Україні. Також для області характерний високий рівень вперше виявлених онкологічних захворювань сечового міхура на IV стадії (15,2 % проти 8,8 % в середньому по країні).

Даних щодо поширеності НІЗ в області бракує. Є дані щодо куріння серед населення 12 років і старше. Відповідно до звітів Держстату, у 2019 поширеність куріння становила

16,1%. З них 32,6% курять понад 20 років, а 53% викурюють більше, як півпачки сигарет протягом доби [101].

### **Втручання щодо НІЗ**

Перш за все, варто відзначити, що Рівненська ОДА оприлюднила проєкт комплексної обласної програми охорони здоров'я на 2021–2024 роки [115]. Документ охоплює різноманітні заходи щодо створення та розвитку системи охорони здоров'я та включає заходи з боротьби з НІЗ, відповідно до рекомендацій ВООЗ [14]. Це один із найкращих національних прикладів таких документів, однак станом на липень 2021 року документ залишився неприйнятним.

Існує кілька нещодавно прийнятих місцевих програм, які можуть бути пов'язані з втручанням щодо НІЗ:

- ▶ Про план заходів щодо виконання в Рівненській області Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» на 2020–2022 роки [116].
- ▶ Про затвердження Стратегії боротьби проти тютюну на 2021–2025 роки в Рівненській області [117];
- ▶ Про Обласну цільову програму підвищення рівня безпеки дорожнього руху в Рівненській області на період до 2023 року [118].

На офіційній сторінці Рівненського обласного центру громадського здоров'я у Facebook розміщено деякі інформаційні матеріали про НІЗ, проте більшість інформації стосується заходів з пандемії COVID-19 [119].

Що стосується впровадження рекомендованих ВООЗ «рішень, оптимальних за витратами», по Рівненській області доступна детальна інформація про регіональні правоохоронні заходи у сфері боротьби з алкоголем та тютюном. Для виконання законодавства про заборону реклами, просування та спонсорства тютюнових виробів було проведено кілька перевірок:

- ▶ у 2019 році в результаті 6 планових перевірок накладено штрафів на 4300 грн.;
- ▶ у 2020 році – проведено 4 планові перевірки та накладено штрафів на 3167 грн.

Щодо дотримання заборони на рекламу алкоголю, Держпродспоживслужба повідомила про те, що було проведено перевірки і виявлено 31 випадок порушення у 2019 році та 16 порушень у 2020 році. За результатами було накладено штрафів на суму 30 520 грн у 2019 році та 13 947 грн у 2020 році.

Щодо виконання законодавства про заборону куріння у громадських місцях, то у 2019 році Держпродспоживслужба провела 18 із 60 запланованих перевірок, за результатами яких було виявлено 1 випадок порушення (накладено штраф у розмірі 1000 грн).

У Нацполіції також повідомили про заходи щодо запобігання незаконному обігу тютюну: складено 7 протоколів у 2019 році та 5 протоколів у 2020 році, за якими сплачено 8,5 тис. та 10 тис. 540 грн відповідно.

Обмеження продажу алкоголю в нічний час з 22:00 до 08:00 в роздрібній торгівлі запроваджено з 2015 року рішенням Рівненської міської ради № 5677. Іншим рішенням



міської ради (№ 907 від 2011 року) запроваджено заходи обмеження продажу алкоголю на свята (відповідно до визначеного переліку).

Ювенальна поліція повідомляє про регулярні інформаційно-профілактичні заходи для підлітків щодо запобігання зловживанню алкоголем у громадських місцях. Також регулярно проводилися рейди в популярних серед молоді місцях (наприклад, у 2020 році було проведено 3 212 рейдів). Правоохоронці повідомили, що у 2020 році на неповнолітніх складено 3 459 протоколів за вживання алкоголю. Також ця робота підкріплена інформаційною кампанією щодо запобігання розповсюдженню вживання тютюну та алкоголю.

Управління Національної поліції в Рівненській області повідомило про збільшення кількості випадків водіння в стані алкогольного сп'яніння: з 1 954 випадків у 2017 році до 2 686 у 2020 році. Через водіння у нетверезому стані у 2017 році сталося 94 аварії, у 2020 – 115. Показово, що попри жорсткі карантинні заходи, які знизили активність громадян у 2020 році, кількість дорожньо-транспортних пригод, спричинених алкоголем, зросла.

Рівненський обласний центр громадського здоров'я та обласне управління охорони здоров'я повідомили про інформаційні кампанії зі зміцнення здоров'я, які проводилися за сприяння ГО «Життя» до Всесвітнього дня без тютюну у 2020 році. Також відомо, що послуги з відмови від куріння в області відсутні, а лікування від алкогольної залежності доступне в обласному центрі психічного здоров'я та в кількох інших медичних закладах.

У Всеукраїнському центрі фізичного здоров'я «Спорт для всіх» повідомили, що в Рівненській області регулярно проводяться заходи з популяризації фізичної активності:

- ✦ у 2018 році проведено 765 заходів, в яких взяли участь понад 24 тисячі учасників;
- ✦ у 2019 році – 192 заходи з понад 32 тис. учасників;
- ✦ у 2020 році – 123 заходи з понад 48 тис. учасників.

Нижче наведено ключові особливості Рівненської області в контексті профілактики та контролю факторів ризику НІЗ:

- ✦ Створено обласну міжсекторальну групу з НІЗ. Розроблено та затверджено регіональний план заходів щодо НІЗ, але він потребує оновлення.
- ✦ На сайті Рівненської ОДА розміщено проєкт комплексної обласної програми охорони здоров'я на 2021–2024 роки, однак вона не була прийнята. Є компонент НІЗ.
- ✦ Затверджено обласну Стратегію боротьби проти тютюну на 2021–2025 роки.
- ✦ Є обласна цільова програма підвищення рівня безпеки дорожнього руху до 2023 року.
- ✦ Проводиться моніторинг виконання антитютюнового та антиалкогольного законодавства. За 2019 та 2020 рр. здійснено перевірки та накладено штрафи за порушення закону про заборону реклами тютюну/ алкоголю, куріння у недозволених місцях, нелегальний продаж тютюну.
- ✦ У Рівному заборонено нічний продаж алкоголю. Проводяться рейди щодо виявлення фактів вживання алкоголю серед підлітків.



- ▶ Проводяться інформаційні кампанії щодо шкоди вживання тютюну та алкоголю, для профілактики водіння у нетверезому стані.
- ▶ Проводяться заходи для популяризації фізичної активності.

## **Втручання щодо факторів ризику НІЗ на рівні населення у Херсонській області**

### **Загальна інформація**

Відповідно до профілю громадського здоров'я [120], в Херсонській області спостерігається досить висока поширеність куріння. Дані взято з Держстату [101], відповідно до яких рівень поширеності куріння серед осіб віком 12+ років становить 22,2 %. При цьому третина курців має стаж куріння понад 20 років, а 6,3 % викурюють більше пачки сигарет на добу.

Окрім того, в області слід виокремити суттєвий приріст (на 31,2 %) кількості ДТП між 2019 та 2020 роками.

### **Втручання щодо НІЗ**

У 2019 році Херсонська обласна державна адміністрація прийняла розпорядження про Координаційну раду з виконання Національного плану дій щодо неінфекційних захворювань. Окрім того, моніторинг Херсонської ОДА виявив дві цільові регіональні програми, пов'язані з НІЗ:

- ▶ Комплексна програма розвитку фізичної культури і спорту Херсонської області на 2019 – 2023 роки [121].
- ▶ Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2019 – 2023 роки [122].

Згідно з анотацією, наданою до програми про онкологічні захворювання, деякі дані є. Рівень смертності від раку, на жаль, в області залишається дуже високим: рак є причиною 15 % смертей в загальній структурі смертності населення і займає друге місце після ССЗ. Частка раку як причини смерті серед населення працездатного віку становить 14 % серед чоловіків і 29 % серед жінок.

У 2018 році в обласному онкологічному реєстрі зареєстровано 29 659 онкологічних хворих. Щорічно в Херсонській області виявляють понад 4 тис. нових випадків злоякісних новоутворень і більше 2 тис. осіб помирають від онкологічних захворювань, у тому числі близько 30 % людей працездатного віку. Серед чоловіків провідними видами раку були рак легенів, простати, шлунка, товстої та прямої кишки. Серед жінок – рак грудей, шкіри, шийки матки, прямої та товстої кишки.

За 25 років спостерігається зростання захворюваності на рак з 322,0 випадків на 100 000 населення до 400,2 випадків на 100 000 населення у 2018 році (тобто на 24,3 %). Профілактичним оглядом охоплено 515 834 мешканців області, з них 344 285 жінок (94,4 % річного плану) та 161579 чоловіків (89,1 % річного плану). При цьому скринінгові програми не фінансуються з бюджету.



Що стосується імплементації рекомендованих ВООЗ «рішень, оптимальних за витратами», є відомості про регіональні правоохоронні заходи у сфері боротьби з алкоголем та тютюном [14]. Так, на дотримання законодавства про заборону реклами, просування та спонсорства тютюнових виробів у 2019–2020 роках було проведено 2 перевірки, за результатами яких було накладено штраф на 700 грн.

Щодо дотримання законодавства про заборону куріння у громадських місцях, то у 2019 році Держпродспоживслужба не проводила перевірок, тоді як у 2020 році проведено 21 перевірку та підтверджено 9 випадків порушення закону. За результатами було сплачено 5 тис. грн штрафів.

У 2019 році Нацполіція також зареєструвала 746 порушень законодавства про заборону куріння у громадських місцях та виписала штрафи на 76 602 грн. У 2020 році зареєстровано 4 259 порушень із загальною сумою штрафів понад 100 000 грн. У Національній поліції в Херсонській області також повідомили про результати заходів із застосування вимог законодавства про правила торгівлі алкогольними та тютюновими виробами:

- ✦ у 2019 році складено 11 протоколів на суму 64 600 грн штрафів;
- ✦ у 2020 році зафіксовано 11 порушень із накладенням штрафів на суму 34 тис. грн.

У 2019–2020 рр. Херсонський обласний центр громадського здоров'я спільно з ГО «Життя» проводив локальну інформаційну кампанію щодо шкідливого вживання тютюнових виробів.

На обласному рівні послуги з відмови від куріння відсутні. Медичні послуги щодо відмови від куріння надаються в обласному наркологічному диспансері (117 звернень за 3 місяці 2021 року). Ситуація з медичною допомогою у випадках алкоголізму схожа на ситуацію з відмовою від куріння. Немає доступної інформації про частку сімейних лікарів, які проводять короткі консультації щодо відмови від вживання тютюну та алкоголю.

Водночас Херсонський обласний центр громадського здоров'я регулярно проводить тренінги з промоції здоров'я для працівників первинної медико-санітарної допомоги: у 2020 році для лікарів ПМСД було проведено 1 073 лекції та 5 200 консультацій з питань профілактики вживання тютюну та відмови від куріння.

Обмеження щодо продажу алкоголю в нічний час запровадила лише Каховська районна адміністрація (з 23:00 до 06:00). Інформації про те, чи виконувались подібні рішення в інших громадах, немає.

Національна поліція Херсонської області повідомила про постійне зростання кількості випадків водіння в нетверезому стані: з 1 055 випадків у 2016 році до 2 669 випадків у 2020 році. За цей же період водіння в нетверезому стані спричинило 31 аварію у 2016 році та 105 у 2020 році. Правоохоронці проводили рекламні кампанії безпеки на дорогах, зокрема розповсюджували друковані матеріали та зовнішню рекламу.

Нацполіція та Державна фіскальна служба проводять спільні рейди щодо контролю законодавства про обмеження продажу алкоголю та тютюнових виробів неповнолітнім. Так, у 2019 році було проведено 130 рейдерських обшуків та складено 149 адміністративних протоколів. У 2020 році – 149 рейдів та 169 протоколів.



Нижче наведено ключові особливості Херсонської області в контексті профілактики та контролю факторів ризику НІЗ:

- ▶ Створено обласну міжсекторальну групу з НІЗ. Розроблено та затверджено регіональний план заходів щодо НІЗ, але він потребує оновлення.
- ▶ Затверджена комунікаційна стратегія щодо НІЗ.
- ▶ Затверджена комплексна програма розвитку фізичної культури і спорту Херсонської області на 2019 – 2023 роки.
- ▶ Затверджено обласну Стратегію боротьби проти тютюну на 2021–2025 роки.
- ▶ Проводиться моніторинг виконання законодавства щодо тютюну та алкоголю. За 2019 та 2020 рр. здійснено перевірки та накладено штрафи за порушення закону про заборону реклами тютюну/ алкоголю, куріння у недозволених місцях, нелегальний продаж тютюну.
- ▶ Херсонський обласний центр громадського здоров'я регулярно проводить тренінги зі зміцнення здоров'я для працівників ПМСД.
- ▶ Проводяться рейди для виявлення фактів продажу тютюну та алкоголю неповнолітнім.

### **2.3. ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОСЛУГ**

Індивідуальні послуги спрямовані, насамперед, на раннє виявлення захворювань, що передують веденню та вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, онкологічних захворювань, хронічних захворювань легень, а також психічних розладів. У цьому підрозділі описано результати оцінки таких послуг в Україні. Розбивка за регіонами не надається, оскільки суттєвих міжрегіональних відмінностей знайдено не було, але інформація про регіональний контекст згадана там, де важливо на цьому зробити акцент.

До кожного типу захворювання є перелік інтервенцій (втручань) з доведеною ефективністю. Вони рекомендовані ВООЗ як «рішення, оптимальні за витратами». Наведено оцінку рівня виконання кожного із цих критеріїв за рейтингом «високий рівень», «середній рівень» та «низький рівень». До кожного критерія надано відповідні коментарі, щоб пояснити, чому обрано саме такий рівень виконання.

### **Надання послуг пацієнтам з серцево-судинними захворюваннями**

#### **Загальна інформація**

В Україні серцево-судинні захворювання (ССЗ) є головною причиною смертності населення. У національному масштабі смертність від серцево-судинних захворювань за останні 29 років зросла майже на 8 % – з 350 605 смертей у 1990 році до 449 376 смертей у 2019 році – й складає 64,3 % у структурі загальної смертності. Найпоширенішими захворюваннями серцево-судинної системи в Україні є ішемічна хвороба серця та інсульт, які є основною причиною втрати здоров'я українців та інвалідності.

Детальну статистику щодо серцево-судинних захворювань та тенденцій за останні роки наведено у Розділі 1 цього звіту. У цьому розділі вважаємо за доцільне навести



деякі дані, отримані в результаті опитування STEPS (2019 р.) [2], які свідчать про «самооцінку» населенням свого стану здоров'я в контексті ССЗ та показники, які були отримані в ході біометричних обстежень.

Тож, відповідно до результатів дослідження STEPS, про ССЗ в анамнезі, що визначались як серцевий напад, біль у грудях через серцеву хворобу (стенокардію) або інсульт, повідомили 14 % населення. Загалом, 7,8 % населення регулярно приймали аспірин для профілактики ССЗ, і його прийом спостерігався майже вдвічі частіше серед жінок (10,3 %), ніж серед чоловіків (5,5 %); 4,4 % від загального населення повідомили про регулярний прийом статинів для профілактики або лікування ССЗ.

Загальну поширеність ризику виникнення ССЗ  $\geq 30$  % (високий і дуже високий ризик) у 10-річний період в популяції було визначено на рівні 23,4 %, без значущої різниці за статтю. Лише одна третина (36,6 %) населення віком 40–69 років з 10-річним ризиком ССЗ  $\geq 30$  % або наявним ССЗ отримувала ліки та консультації для запобігання інфарктів та інсультів.

Факторами ризику виникнення ССЗ, виявленими в дослідженні STEPS, було щоденне куріння; недостатнє щоденне споживання фруктів та/або овочів; брак фізичної активності; надмірна вага ( $IMT \geq 25 \text{ кг/м}^2$ ); підвищений рівень АТ (САТ  $> 140$  мм рт. ст. та/або ДАТ  $> 90$  мм рт. ст. або в цей момент приймали препарати для зниження підвищеного АТ).

### ***Механізм отримання послуг з профілактики та лікування серцево-судинних захворювань***

Зараз в Україні питання протидії ССЗ є одними з пріоритетних: розвивається відповідна медична інфраструктура та забезпечується цільове фінансування для вчасної діагностики та ведення пацієнтів з ССЗ, але смертність від цієї патології залишається стало високою. Це вказує на системний злам у системі ведення пацієнтів з ССЗ.

Оскільки серцево-судинні захворювання є основними чинниками захворюваності, смертності та інвалідності наших громадян, цій групі захворювань приділяється багато уваги в системі охорони здоров'я на усіх її рівнях (від первинної та екстреної медичної допомоги до реабілітації).

### ***Надання допомоги на первинній ланці***

Відповідно до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [63] до пакету безоплатних послуг на рівні первинної медичної допомоги, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування серцево-судинних захворювань, включено:

- ▶ регулярне вимірювання артеріального тиску;
- ▶ оцінку загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE;
- ▶ вимірювання індексу маси тіла;
- ▶ аналіз на загальний холестерин;
- ▶ консультацію щодо здорового способу життя;
- ▶ електрокардіограму;

- ▶ експрес-тест на тропоніни;
- ▶ направлення на інші аналізи, огляд у вузьких спеціалістів та призначення ліків для лікування серцево-судинних захворювань за програмою «Доступні ліки» [123].

Усі ці обстеження і виписка медикаментів проводяться безкоштовно для пацієнтів і входять у вартість капітаційної ставки для медичних установ, які мають договір з Національною службою здоров'я України. Сімейний лікар може виписати електронний рецепт на препарати для лікування серцево-судинних захворювань, що входять до програми «Доступні ліки». Станом на 2021 рік в програму включено 229 торговельних найменувань препаратів для лікування цих захворювань. У 2021 році для лікування серцево-судинних захворювань лікарі виписали понад 3,9 млн е-рецептів. А для вторинної профілактики інфарктів та інсультів – понад 392 тисячі е-рецептів.

Сімейний лікар призначає і виписує людям з серцево-судинними захворюваннями препарати для контролю рівня артеріального тиску, статини, антикоагулянти і антиагреганти. Рецепти виписують у електронному вигляді (е-рецепт) в межах програми «Доступні ліки». Отримати препарати можна в аптеці безкоштовно або з незначною доплатою, відповідно до електронного рецепта сімейного лікаря. Участь у програмі зараз бере кожна третя аптека в Україні [124].

### **Надання спеціалізованої медичної допомоги**

В Україні в цілому створена медична інфраструктура для надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ССЗ.

Скерування до кардіолога та / або інших фахівців є доступним і відбувається шляхом виписки електронного направлення від сімейного лікаря, в тому числі й дистанційно.

Сімейний лікар за потреби виписує електронне направлення на консультацію до кардіолога, а також на проведення додаткових досліджень та аналізів, зокрема на УЗД серця. Ці медичні послуги для пацієнта є безоплатними.

Національна служба здоров'я України визначила лікування інсультів та інфарктів пріоритетними напрямками у Програмі медичних гарантій [125]. За лікування інфаркту та інсульту медичні заклади отримують кошти від НСЗУ за вищими тарифами.

До безоплатного пакету медичних послуг з лікування інфаркту та інсульту у закладі, що законтракований з НСЗУ, включено:

- ▶ діагностику (КТ, МРТ, ангиографія, екстрені лабораторні дослідження);
- ▶ стентування – при інфаркті; тромболізис, тромбоекстракцію – при інсульті;
- ▶ цілодобовий моніторинг стану пацієнта;
- ▶ медичну реабілітація в гострому періоді;
- ▶ харчування в умовах стаціонару.

Кількість стентів, закуплених державним коштом, місцеві департаменти охорони здоров'я розподіляють відповідно до середньорічних потреб кожного реперфузійного центру.



Людина з симптомами гострого інфаркту міокарду має звернутись за номером швидкої допомоги, зателефонувавши 103. Якщо лікар підтвердив діагноз, пацієнта мають доставити в кардіоцентр впродовж перших 2 годин від першого контакту з медичним персоналом. Пацієнтам з гострим ішемічним інсультом та гострим геморагічним інсультом, в залежності від встановленого діагнозу, проводиться або тромболітична терапія – терапія, направлена на розчинення тромбу всередині судини за допомогою лікарських засобів, або механічна тромбектомія – видалення тромбу в кардіоцентрах.

Регіональні кардіоцентри розташовуються на території України так, щоб була можливість своєчасно доставити пацієнта до центру в автомобілі екстреної медичної допомоги впродовж 2 годин. Всього в Україні є 44 клініки, де можуть бути проведені процедури стентування.

### **Нормативні документи у сфері профілактики та лікування серцево-судинних захворювань**

В Україні створено належну нормативно-правову базу, яка регламентує надання медичних послуг пацієнтам з ССЗ у відповідності до кращих міжнародних практик та доказової медицини, зокрема розроблено та затверджено уніфіковані клінічні протоколи майже з усіх захворювань цієї групи:

- ▶ Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з «Профілактика серцево-судинних захворювань» від 13.06.2016 р. № 564;
- ▶ Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST» (затверджено наказом МОЗ України від 02.07.2014 р. № 455);
- ▶ Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті»;
- ▶ Наказ МОЗ України від 25.09.2020 р. № 2203 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою на гострий мозковий інсульт у системі екстреної медичної допомоги»;
- ▶ Наказ МОЗ України від 19.07.2005 № 362 «Про затвердження Протоколів діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей»;
- ▶ Наказ від 12.10.2006 № 676 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія».

28 квітня 2017 набув чинності Наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи. Деякі медики користуються українським перекладом клінічних настанов на засадах доказової медицини, наданих МОЗ України фінським медично-науковим товариством Duodecim Medical Publications Ltd.

## Джерела фінансування заходів у забезпеченні послугами та медикаментами хворих з серцево-судинними захворюваннями

Передусім варто зазначити, що фінансування програм протидії ССЗ в Україні відбувається як на державному, так і на регіональному рівнях.

На державному рівні фінансування відбувається у відповідності до Державного бюджету України, який затверджується щорічно [126] та окремих цільових програм (Наказ МОЗ України від 18.01.2021 № 66 «Про внесення змін до Розподілу медичних виробів для стентування коронарних судин для надання медичної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда та повторним інфарктом»).

Окрім цього, на регіональному рівні, обласна рада своїми рішеннями приймає регіональні програми лікування ССЗ з відповідним фінансуванням з обласного або міського бюджетів.

У таблиці нижче наведено результати аналізу основних втручань щодо серцево-судинних захворювань на індивідуальному рівні.

**Таблиця 2.10. Рівень виконання основних втручань на індивідуальному рівні: серцево-судинні захворювання**

Інтервенція (втручання)	Рівень виконання	Коментар до рівня виконання
Лікування нових випадків гострого інфаркту міокарда ацетилсаліциловою кислотою або ацетилсаліциловою кислотою та клопідогрелем, або тромболізісом, або первинними черезшкірними коронарними втручаннями (ЧКВ)	середній	Послуга є доступною і безкоштовною, виписка аспірину і клопідогрелю відбувається на первинній і вторинній ланках. Обмеження полягають в тому, що мережа реперфузійних центрів покриває не всі регіони, тому послугу стентування отримують не всі люди з гострим інфарктом з причини затримки звернень і транспортування пацієнтів.
Лікування нових випадків гострого інфаркту міокарда аспірином, проведене в лікарні з подальшим спостереженням у закладах первинної медико-санітарної допомоги (в 95% випадках)	високий	Послуга є доступною і безкоштовною, виписка аспірину відбувається на первинній і вторинній ланках. Лікування нових випадків гострого інфаркту міокарда відбувається в усіх регіонах на рівні стаціонарів, подальше спостереження у закладах первинної медико-санітарної допомоги є безкоштовним і доступним за умови наявності підписаної з сімейним лікарем декларації.

<p>Лікування нових випадків гострого інфаркту міокарда за допомогою аспірину та тромболізису, проведене в лікарні з подальшим спостереженням у закладах первинної медико-санітарної допомоги (в 95% випадках)</p>	<p>середній</p>	<p>Послуга є доступною і безкоштовною, виписка аспірину відбувається на первинній і вторинній ланках. Обмеження полягають в тому, що мережа реперфузійних центрів не включає всі регіони, тому послугу тромболізису отримують не всі люди з гострим інфарктом з причини затримки звернень і транспортування пацієнтів. Подальше спостереження у закладах первинної медико-санітарної допомоги є безкоштовним і доступним за умови підписаної декларації з сімейним лікарем.</p>
<p>Лікування нових випадків інфаркту міокарда за допомогою первинних черезшкірних коронарних втручань (ЧКВ), аспірину та клопідогрелю, проведене в лікарні з подальшим спостереженням у закладах первинної медико-санітарної допомоги (в 95% випадках)</p>	<p>середній</p>	<p>Послуга є доступною і безкоштовною, виписка аспірину і клопідогрелю відбувається на первинній і вторинній ланках. Обмеження полягають в тому, що мережа реперфузійних центрів не включає всі регіони, тому послугу стентування отримують не всі люди з гострим інфарктом з причини затримки звернень і транспортування пацієнтів. Подальше спостереження у закладах первинної медико-санітарної допомоги є безкоштовним і доступним за умови підписання декларації з сімейним лікарем.</p>
<p>Лікування гострого ішемічного інсульту внутрішньовенною тромболітичною терапією</p>	<p>середній</p>	<p>Лікування шляхом тромболізису є доступним і безоплатним. Обмеження виникають при несвоєчасному виклику екстреної медичної допомоги і пізній госпіталізації в стаціонари. Не кожна лікарня має відповідний пакет з НСЗУ, тому у віддалених регіонах доступність послуги є обмеженою.</p>
<p>Проведення первинної профілактики ревматичної лихоманки та ревматичних захворювань серця шляхом посилення відповідного лікування стрептококового фарингіту на рівні первинної медичної допомоги</p>	<p>середній</p>	<p>Послуга є доступною на рівні ПМД, призначення діагностичних обстежень і лікування стрептококового фарингіту є безкоштовним, обстеження (стрептатест, бактеріологічне обстеження тощо) та ліки (антибіотики) пацієнт купує за власний кошт в аптеці.</p>





## **Підсумки**

Серцево-судинні захворювання, зокрема, інфаркт та інсульт, є основною причиною смертності населення в Україні. Саме тому цій групі захворювань приділяють особливу увагу: розбудовується система реперфузійних центрів, оновлюється парк автомобілів екстреної медичної допомоги категорії А, держава гарантує безоплатну допомогу пацієнтам з гострим інфарктом міокарда та інсультом, пацієнти у критичному стані отримують безкоштовне невідкладне стентування та тромболізис в одному із центрів реперфузійної мережі з можливістю спостерігатись в подальшому на рівні первинної ланки і отримувати безкоштовно або з незначною доплатою аспірин і клопідогрель.

Разом з тим, профілактичній роботі приділяється не достатньо ані уваги, ані фінансування. Як наслідок – в Україні поширена практика нездорового способу життя, що призводить до високого рівня поширеності ССЗ.

Залишається проблемою також нерівномірність кадрового забезпечення та доступності аптек. Як наслідок – в деяких регіонах (в основному сільські місцевості) немає ані лікаря ПМД, ані аптеки, де б хворі ССЗ могли реалізувати е-рецепти на доступні ліки.

## **Надання послуг пацієнтам з цукровим діабетом**

### **Загальна інформація**

Цукровий діабет – одне з найбільш поширених захворювань у світі. Оціночна кількість хворих на діабет в Україні становить 3,5 млн. осіб, серед яких діагностовано лише 1,2 млн. 35 %). Відсоток недиагностованого діабету складає близько 65 %, що в 2 рази вищий, ніж, наприклад, у Великій Британії 33 %) та Польщі 31 %) [127]. Разом з тим, варто зазначити, що достеменно дослідити тенденції захворюваності та смертності на цукровий діабет в Україні неможливо адже починаючи з 2017 р., Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) скасувало статистику щодо смертей від цукрового діабету, так само як з 2014 р. відсутня статистика про рівень смертності, захворюваності та поширеності хвороби на окупованих територіях.

Часто діабет має важкі ускладнення, що призводять до передчасної смерті, інвалідизації та вибування хворих на діабет з категорії економічно-активного населення. Основними ускладненнями діабету є серцево-судинні, вазопатії, нефропатії та ретинопатії. В Україні поширеність ускладнень діабету вища, ніж в країнах Європи (Велика Британія, Польща) [127, 128].

Загальні втрати економіки (economic burden) від діабету та його ускладнень в Україні складають від 36 до 104 млрд. грн. на рік (від 1 до 2,5 % ВВП) [129].

Цукровий діабет поділяється на 2 типи: діабет 1 типу характеризується абсолютним дефіцитом інсуліну в організмі, викликаний генетичними чинниками та дебютує у ранньому віці; діабет 2 типу зазвичай настає у зрілому віці та пов'язаний з порушеннями в продукуванні інсуліну підшлунковою залозою та/або неможливістю повністю засвоїти глюкозу. Пацієнти з діабетом 1 типу потребують постійного введення



інсуліну, натомість лікування діабету 2 типу є стадійним: зміна дієти та впровадження здорового способу життя, прийом неінсулінових цукрознижуючих препаратів, а також прийом інсулінових або комбінованих препаратів. За даними міжнародної діабетичної фундації (IDF – International diabetes foundation), поширеність діабету 2 типу в 10 разів вища, ніж діабету 1 типу. Так, 91 % – 96 % пацієнтів з цукровим діабетом мають діабет саме 2 типу [130].

### **Механізм отримання послуг з профілактики та лікування діабету**

Зараз в Україні ніби створено умови для вчасної діагностики та ведення пацієнтів з ЦД, але з іншого боку кількість занедбаних випадків ЦД, ускладнень, викликаних неконтрольованим перебігом ЦД та низький рівень діагностування вказує на системний злам у механізмах надання медичних послуг пацієнтам з ЦД. Йдеться про те, що [127]

- ▶ в Україні дуже низька частка пацієнтів з діабетом, що досягають контролю всіх трьох показників (HbA1c, артеріальний тиск, LDL-C – ліпопротеїни низької щільності) (0,5 % діабетиків в Україні, 8,2 % – в Польщі, 41 % – у Великій Британії) або основного цільового показника (HbA1c) (12,8 % діабетиків в Україні, 40 % – в Польщі, 67 % – у Великій Британії) в менеджменті діабету;
- ▶ з усіх діагностованих пацієнтів з ЦД 2 типу в Україні 11,3 % (138 990) приймають препарати інсуліну, що на 25 % нижче відповідного показника в Польщі (14,1 %). В Україні є необхідність раніше починати інсулінотерапію при ЦД 2 типу. За оцінками Київської школи економіки, потреба українських пацієнтів в інсуліні покрита лише на 70 %, а доступ до аналогових інсулінів мають лише близько 20 % хворих.
- ▶ низький рівень регулярного контролю рівня глюкози та/або глікованого гемоглобіну – в Україні лише 30 % пацієнтів з діабетом регулярно проводять контроль глюкози декілька разів на тиждень.

Спостерігається також високий рівень госпіталізації пацієнтів з ЦД: загалом, 77 % пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу (і 85 % пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу) повідомили про те, що вони перебували в стаціонарі на лікуванні принаймні один раз протягом останніх 12 місяців. Витрати на лікування діабету високі та постійно зростають; нещодавно проведене дослідження вартості фармацевтичного ринку України показало, що річні витрати лише на оральні протидіабетичні препарати склали 22,6 млн. дол. США у 2014 році та 56,1 млн. дол. США у 2016 році. Сукупні річні витрати на діабет в Україні складають майже 460 млн. дол. США [127].

### **Надання допомоги на первинній ланці**

Відповідно до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» до пакету безоплатних послуг на рівні первинної медичної допомоги, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування діабету, включено:

- ▶ вимірювання рівня цукру в крові,
- ▶ регулярне вимірювання артеріального тиску,
- ▶ оцінку загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE,
- ▶ вимірювання індексу маси тіла,
- ▶ аналіз на загальний холестерин,
- ▶ консультацію щодо здорового способу життя,

- ▶ направлення на інші аналізи та дослідження у вузьких спеціалістів та призначення ліків з програми «Доступні ліки».

Усі ці обстеження і виписка медикаментів проводяться безкоштовно для пацієнтів і входять у вартість капітаційної ставки для медичних установ, які мають договір з Національною службою здоров'я України.

Скерування до ендокринолога та / або інших фахівців відбувається шляхом створення електронного направлення від сімейного лікаря.

Сімейний лікар призначає і виписує людям з діабетом II типу препарати для контролю рівня глюкози в крові, а також лікування діабету. Рецепти виписують у електронному вигляді (е-рецепт) в межах програми «Доступні ліки».

Пацієнт може отримати необхідні ліки за програмою – безоплатно або з незначною доплатою. На сьогодні в оновленому Реєстрі ліків – 48 лікарських засобів для лікування діабету II типу. З них – 23 безоплатні, решта – з незначною доплатою. У програмі беруть участь лише монопрепарати (містять лише одну діючу речовину). Повний список препаратів наведено у чинному Реєстрі [131].

У 2020 році лікарі виписали понад 2 млн 400 тис. е-рецептів на ліки проти діабету II типу за програмою «Доступні ліки», майже 487 тис пацієнтів з діабетом II типу отримали необхідні їм ліки в аптечних закладах у межах програми реімбурсації [132, 133].

### **Інсулінотерапія**

З 2016 року в Україні запроваджено програму реімбурсації препаратів інсуліну та впроваджений Державний реєстр пацієнтів, що потребують інсулінотерапії. Станом на 2019 рік в Україні зареєстровано 207 383 пацієнти з цукровим діабетом, що приймають препарати інсуліну (58 954 – цукровий діабет 1 типу, 138 563 – цукровий діабет 2 типу, 9 886 – педіатричні пацієнти) [134]. Пацієнти отримували потрібний їм інсулін безоплатно або з незначною доплатою – у аптеці за рецептом лікаря [135].

При цьому ринкове споживання інсуліну в 2019 році склало: за даними реєстру пацієнтів, що потребують інсулінотерапії (рецепти) – 2,81 млрд. МО (міжнародних одиниць), за даними Morion (загальні ринкові продажі) – 3,51 млрд. МО. Таким чином, покриття потреби в препаратах інсуліну в 2019 році склало: за кошт державної та регіональних програм (рецепти з державного реєстру) – 69 %, з урахуванням out-of-pocket продажів (оплата з кишень пацієнтів) – 87 % [133].

З 1 жовтня 2021 року забезпечення інсулінами перейшло під адміністрування НСЗУ. Це означає, що пацієнти з цукровим діабетом зможуть безоплатно або з доплатою отримати препарати інсуліну у будь-якій аптеці, яка працює за договором з НСЗУ. А Національна служба здоров'я відшкодує цим аптекам вартість препаратів. З 1 жовтня і до кінця року на програму було виділено 660 млн грн. Цього достатньо, щоби забезпечити всіх пацієнтів інсуліном безоплатно – за умови запровадження та дотримання певних чітких правил. Програма реімбурсації інсулінів відкриває доступ до ліків для всіх громадян.



Щоб отримати інсуліни за програмою «Доступні ліки», пацієнту потрібно:

- ▶ відвідати ендокринолога;
- ▶ мати складений ендокринологом індивідуальний план лікування, де лікар призначає тип та дозування інсуліну, і вносить ці дані в електронну систему охорони здоров'я;
- ▶ отримати електронний рецепт у ендокринолога або свого сімейного лікаря;
- ▶ прийти та отримати інсуліни у будь-якій аптеці у будь-якому населеному пункті, без прив'язки до місця реєстрації пацієнта та місця роботи лікаря, який видав електронний рецепт [134].

Усі розрахунки у потребі в інсуліні в масштабах країни та окремих областей здійснюють згідно з даними електронного реєстру.

### **Нормативні документи у сфері профілактики та лікування діабету**

В Україні медичні послуги з профілактики та лікування цукрового діабету 1 типу та цукрового діабету 2 типу регламентовані відповідними уніфікованими протоколами:

- ▶ уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при цукровому діабеті 1 типу у молодих людей та дорослих [135];
- ▶ уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу [136].

28 квітня 2017 року набув чинності Наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р. [137], який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи. Деякі медики користуються українським перекладом клінічних настанов на засадах доказової медицини, наданих МОЗ України фінським медично-науковим товариством Duodecim Medical Publications Ltd.

На відшкодування інсулінів у межах урядової програми «Доступні ліки» у 2022 році в держбюджеті передбачено 1,9 млрд грн [138].

Також, за даними МОЗ України з 2023 року планується розширити реімбурсацію для хворих на цукровий діабет в частині забезпечення тест-смужками для глюкометрів.

### **Підсумки**

Діабет є одним з найпоширеніших захворювань в Україні, на лікування якого йдуть суттєві економічні витрати на тлі з недостатнім рівнем охоплення своєчасною діагностикою та скринінгу осіб з груп ризику, а також недостатнім контролем за профілактикою ускладнень діабету. Тож очевидним є посилення уваги держави до проблеми цукрового діабету в Україні: вдосконалення як діагностики, так і лікування та реабілітації хворих на цукровий діабет 1-го та 2-го типів.

Зараз в Україні з одного боку, створено умови для вчасної діагностики та ведення пацієнтів з ЦД, а з іншого – кількість занедбаних випадків ЦД, ускладнень, викликаних

**Таблиця 2.11. Рівень виконання основних втручань на індивідуальному рівні: цукровий діабет**

Інтервенція (втручання)	Рівень виконання	Коментар щодо рівня виконання
Медикаментозна терапія (включаючи глікемічний контроль цукрового діабету) та консультування осіб з груп ризику	середній	<p>Понад чверть (27,4%) населення України зазначили, що медперсонал ніколи не вимірював їм рівень глюкози в крові*.</p> <p>Загалом 5,9% населення були поінформовані медичним працівником про підвищений рівень глюкози в крові або діабет.</p> <p>Менше ніж половина (44,3%) населення з груп ризику знали про підвищений рівень глюкози в крові або діабет, приймали пероральні препарати для лікування діабету; ця частка зростала з віком, досягаючи 63,9% осіб у віковій групі 60–69 років.</p> <p>Крім того, менше ніж одна п'ята (19,3%) осіб, які знали про підвищений рівень глюкози в крові або діабет, приймали інсулін [2].</p>
Забезпечення ефективного контролю глікемії для хворих на ЦД, а також стандартного домашнього моніторингу глюкози для людей, які отримують інсулін, для зменшення вірогідності ускладнення діабету	середній	<p>В Україні препарати інсуліну отримують лише 15% із 204,4 тис. інсулінозалежних хворих.</p> <p>Ефективно контролюють глікемію лише 10% українських хворих, які отримують інсулін.</p> <p>Більша частина пацієнтів із ЦД 2 типу – 51%, які отримують інсулін, взагалі не контролюють свій рівень гліколізованого гемоглобіну HbA1c.</p> <p>Пацієнти мають економічні (витрати на лікарські засоби/ вимірювання глюкози в крові), когнітивні (знання, сприйняття ризику), психологічні (страхи, стигматизація), поведінкові (харчові звички) та медичні бар'єри до стійкого дотримання режиму лікування та тривалого контролю глюкози [139, 140, 141].</p>
Проведення контролю діабетичної ретинопатії для всіх хворих на ЦД та лазерної фотокоагуляції для профілактики сліпоти	низький	<p>Такі послуги надають переважно офтальмологи. Дані щодо контролю діабетичної ретинопатії є поодинокими та несистематизованими, статистика відсутня, відповідних державних і регіональних програм немає.</p>
Проведення профілактичного догляду за стопами для людей з діабетом (включаючи освітні програми, доступ до відповідного взуття, багатопрофільні клініки)	низький	<p>Послуги з консультування надають сімейні лікарі і ендокринологи. Водночас дані щодо профілактики «діабетичної стопи» є поодинокими, несистематизованими, статистика відсутня, державних і регіональних програм офіційно не зареєстровано.</p>



неконтрольованим перебігом ЦД та низький рівень діагностування вказують на системний злам у механізмах надання медичних послуг пацієнтам з ЦД.

Потребують оновлення уніфіковані клінічні протоколи лікування діабету. Адже сучасні міжнародні протоколи передбачають використання препаратів, що знижують кардіоваскулярні, ренальні ризики та ризики гіпоглікемії, що вкрай актуально для України, адже майже 3 % первинної інвалідності дорослого населення в Україні є наслідком захворювання на діабет.

Необхідно забезпечити реімбурсацією тест-смужок для контролю глюкози. Адже зараз лише 30 % пацієнтів на інсулінотерапії регулярно вимірюють рівень глюкози. Важливо також передбачити можливість хворим регулярно проходити тест на глікований гемоглобін (HbA1c).

Лише комплексний підхід у забезпеченні пацієнтів з цукровим діабетом доступною медичною допомогою на усіх рівнях (первинною, спеціалізованою та послугами з реабілітації) дозволить знизити загрозливі тенденції щодо захворюваності, смертності та інвалідизації, які зараз спостерігаються в Україні.

## Надання послуг пацієнтам з онкологічними захворюваннями

### **Рак молочної (грудної) залози, рак шийки матки, колоректальний рак, паліативна допомога**

#### **Загальна інформація**

Серед причин смертності в Україні онкологічні захворювання посідають друге місце.

У розділі 1 вже було детально описано ситуацію з онкологічними захворюваннями в Україні. Тут хочемо наголосити на найважливіших аспектах. За даними Національного канцер-реєстру України впродовж 2014 – 2018 років в середньому щорічно реєструвалося 136 тис. нових випадків онкозахворювань (65,3 тис. серед чоловіків, та 70,7 тис. серед жінок) [142]. За даними МОЗ України, на початок 2021 року на обліку в медичних закладах України перебувало 1 млн 187 тисяч 600 пацієнтів з онкозахворюваннями [142]. Середній щорічний приріст онкологічної захворюваності складає 0,3–0,9 %, при цьому темп зростання захворюваності серед молодих груп населення вищий, ніж серед населення інших вікових категорій.

В Україні, на відміну від розвинутих держав, у половині випадків пацієнтів починають лікувати на пізніх стадіях хвороби, коли шанси на одужання значно менші. Відповідно до даних за 2020 рік, лише у 46 % випадків (від усіх захворювань) злоякісні новоутворення були виявлені на I-II стадії; 18 % та 20 % були виявлені на III та IV стадії відповідно. Кожен третій пацієнт дізнається про рак, коли лікування є вкрай дорогим, складним і менш ефективним.

Щороку понад 80 тисяч людей помирає від раку. Основними причинами смертності серед чоловіків 56 % усіх випадків) є рак прямої кишки, рак легень, рак шлунка, передмі-



хурової залози, ободової кишки, серед жінок 57 % усіх випадків) – рак молочної залози, рак шийки матки, рак шлунка, колоректальний рак, рак яєчників, а серед дітей – лейкемії, рак головного мозку та нервової системи, злоякісні новоутворення кісток, м'яких тканин та нирок у хлопчиків (76,6 % всіх випадків); рак головного мозку та нервової системи, лейкемії, злоякісні новоутворення заочеревинного простору, м'яких тканин та кісток у дівчаток (85,3 % всіх випадків). Окрім цього, українці втрачають понад 2,6 млн років здорового життя через новоутворення. Цей показник досить високий, порівняно з сусідніми країнами [143].

Така ситуація, передусім, обумовлена відсутністю цілісної стратегії протидії онкологічним захворюванням в Україні, відсутністю сучасної системи профілактики та раннього виявлення раку, низьким рівнем обізнаності про симптоми злоякісних новоутворень серед населення.

Щоправда в Україні розроблено Національну стратегію контролю онкологічних захворювань до 2030 року, метою якої є зниження рівня захворюваності та смертності від онкології, покращення якості життя пацієнтів та забезпечення їх фінансового захисту. Проте реалізувати її ближчим часом навряд чи вдасться через низку причин.

Нижче деталізовано інформацію про найбільш поширені типи раку в Україні – рак молочної залози та шийки матки, рак товстої кишки. Саме цим типам раку приділено найбільше уваги з боку ВООЗ, вони ж включені до «рішень, оптимальних за витратами».

### **Рак молочної залози**

Захворюваність на рак молочної залози (РМЗ) та смертність від цієї патології в Україні постійно займає перше місце за частотою випадків і складає близько 20 % в структурі як загальної захворюваності на рак жіночого населення України, так і смертності від раку. РМЗ був причиною понад 20 % випадків смерті від раку серед жінок репродуктивного віку та 24 % випадків смерті від раку серед жінок працездатного віку [143].

За результатами дослідження «Індекс здоров'я», у 2019 році понад 50 % жінок відвідували гінеколога з профілактичною метою впродовж останніх 12 місяців, однак лише 40 % з них здавали мазок на цитологічне дослідження і 22 % робили мамографічне обстеження [144].

Відповідно до результатів STEPS (2019 р.) [2], трохи менше половини (44,3 %) жінок коли-небудь проходили обстеження на рак молочної залози. Частка була нижчою (30,5 %) серед жінок віком 18–29 років, ніж серед жінок старшого віку. Серед жінок, які пройшли обстеження на рак молочної залози, 99,1 % пройшли клінічний огляд молочної залози та 64 % – мамографію. Частка жінок, які пройшли останнє обстеження на рак молочної залози більше ніж п'ять років тому, була вищою серед жінок віком 60–69 років, ніж серед молодих жінок.



## **Рак шийки матки**

Рак шийки матки (РШМ) займає 3-є місце за смертністю серед злоякісних новоутворень у жінок [145]. В усьому світі від раку шийки матки померло більше 280 тисяч жінок, а в Україні – понад 2 тисячі [25].

Майже кожна третя українська жінка, що захворіла на рак шийки матки (29–35 %), перебувала у репродуктивному віці й майже кожна п'ята хвора на РШМ (18–21 %) померла у репродуктивному віці.

За уточненими даними Національного канцер-реєстру, в 2018 р. в Україні було зареєстровано 4 096 випадків раку шийки матки (з них 1 196 у жінок репродуктивного віку і 2 820 – у жінок працездатного віку) [142].

Аналіз показника виживання за стадією захворювання у хворих на РШМ, зареєстрованих за період 2003–2005 рр. показав, що рівень виживання при I стадії становив 86,1 %; при II стадії – 50,7 %; при III стадії – 29,8 %; при IV стадії – 7,8 %. Кумулятивне 5-річне виживання становило 56,9 %.

Заперсоніфікованими даними Національного канцер-реєстру України, із застосуванням методів дескриптивної епідеміології, медичної та математичної статистики встановлено, що віковий пік при карциномі *in situ* шийки матки припадає на жінок віком 30–34 років, а захворюваності на інвазійний РШМ – 45–49 років [142].

Тривале інфікування певними типами вірусу папіломи людини (ВПЛ) є основною причиною раку шийки матки. ВПЛ – це поширений вірус, який передається від однієї людини іншій статевим шляхом. Попередити інфікування вірусом папіломи людини можна щепленням. Вакцина проти ВПЛ – первинна профілактика РШМ. Доведена ефективність профілактичної вакцинації проти інфікування ВПЛ та раку шийки матки. Вона на 90 % зменшує ймовірність розвитку новоутворень.

В Україні вакцинація проти ВПЛ зараз не входить до Календаря профілактичних щеплень, але є рекомендованою (Наказ №408 МОЗ України) [146].

Окрім того, розвитку раку шийки матки можна запобігти і завдяки вторинній профілактиці, а саме – ефективному скринінгу та лікуванню передракових станів у жінок, особливо у віці 30 років і старше.

Питання щодо раку молочної залози та раку шийки матки також було включено до дослідження STEPS (2019 р.) [2]. Відповідно до отриманих результатів, було виявлено, що понад половину (53,1 %) жінок віком 18–69 років щонайменше один раз у житті проходили скринінг на рак шийки матки (рис. 29). Серед жінок, які повідомили про проходження скринінгу на рак шийки матки, час від останнього скринінгу був таким: 32,3 % проходили протягом останніх 12 місяців, 24,7 % – 1–2 роки тому, 15,2 % – 3–5 років тому, і 26 % – більше ніж п'ять років тому. Більше жінок молодшого віку проходили скринінг протягом останнього року, порівняно з жінками старшого віку. Хорошим результатом стало те, що понад половина жінок, які проходили скринінг, пройшли його як частину планового обстеження.





Серед жінок, які проходили тест на рак шийки матки, результати були такими: 87,4 % – негативний/нормальний, 6,2 % – позитивний/аномальний, 1,4 % – підозра на онкологію, 1,6 % – невизначений, 1,2 % результати тесту не отримали. Серед жінок, які отримали аномальний/позитивний результат, підозру на онкологію або невизначені результати, три чверті (75,6 %) мали наступний контрольний візит, 19,3 % – не мали візиту, 3,4 % – відмовилися від подальшого відвідування, а 1,7 % – не отримали інформацію щодо наступного візиту.

Серед 46,9 % жінок, які не проходили скринінг на рак шийки матки, причини непроходження були такі: недостатні знання про процедуру (як та/або де пройти обстеження) – 48,7 %; нерішучість (страх перед розкриттям інформації про візит, соціальна стигма) – 7,8 %; недостатньо часу для проходження обстеження – 26,5 %; клініка була занадто далеко – 7,8 %; страх (боялися процедури) – 9,2 %.

### **Рак товстої кишки**

Злоякісні новоутворення товстої кишки посідають четверте місце в структурі загальної онкологічної захворюваності серед жінок та п'яте серед чоловіків в Україні. У структурі смертності внаслідок злоякісних новоутворень колоректальний рак (КРР) займає 2-ге місце. У 2018 р. смертність від КРР становила 13,2 % серед злоякісних новоутворень у чоловіків після раку трахеї, бронху та легені та 15,3 % у жінок після онкопатології грудної залози. У чоловіків та жінок віком понад 75 років у 2018 р. КРР виходять на 1-ше місце серед причин смерті від усіх онкологічних захворювань. Окрім цього КРР характеризується високим відсотком хворих, що не прожили 1 року після встановлення діагнозу, що свідчить про високий рівень занедбаних випадків, навіть раку прямої кишки, локалізації, що може бути виявлена візуально [147].

### **Механізм отримання послуг щодо профілактики та лікування онкологічних захворювань**

В Україні в цілому створено мережу закладів, в яких надається медична допомога пацієнтам з онкологічними захворюваннями. Станом на 2020 рік Національна служба здоров'я України законтрактувала 118 закладів на надання послуг з діагностики та лікування онкозахворювань. Загалом у сфері онкології передбачено такі пакети медичних послуг, як пріоритетна діагностика для раннього виявлення новоутворень, амбулаторна діагностика та пакети лікування, зокрема хірургічна допомога, хімієтерапія, променеве й онкогематологічне лікування, а також 2 пакети зі стаціонарної та мобільної паліативної допомоги. З них 33 заклади – на надання послуг з діагностики та радіологічного лікування, 117 закладів – на послуги з діагностики та хімієтерапевтичного лікування. В цілому діагностичні послуги з інструментальних досліджень, спрямованих на ранню діагностику найпоширеніших в країні онкозахворювань, в межах програми медичних гарантій у 2020 році надавали 683 заклади. На надання паліативної медичної допомоги було законтрактовано 485 закладів охорони здоров'я, з них: 431 заклад надає паліативну медичну допомогу пацієнтам в стаціонарних умовах, 203 заклади – мобільну паліативну медичну допомогу.

Онкологічну допомогу населенню України надають 1 673 лікарів-онкологів. За 10 місяців дії Програми медичних гарантій, понад 192 тисячі пацієнтів безоплатно пройшли ранню діагностику онкологічних хвороб.



Завдяки організаційним заходам, спрямованим на поліпшення профілактики, діагностики та лікування онкологічних хворих, в Україні за останнє десятиріччя вдалося досягти деяких успіхів в організації онкологічної допомоги населенню, найбільш значущими з яких є зменшення смертності на 3,4 %, летальності хворих до року на 5 %, збільшення охоплення спеціальним лікуванням хворих на рак до 68,0 %. У 2020 році рання діагностика новоутворень для українців – безоплатна. До таких методів діагностики відносять: мамографію, гістероскопію, езофагогастродуоденоскопію, колоскопію, цистоскопію та бронхоскопію. У 2020 році на це виділено близько 1 мільярда гривень.

Разом з тим, незважаючи на ніби універсальне охоплення безоплатним медичним обслуговуванням онкопацієнтів відповідно до законодавства, на практиці доступ пацієнтів з онкозахворюваннями до медичних послуг все ще має низку перешкод (як структурно-організаційних, так і фінансових): відсутня налагоджена система координації медичної допомоги пацієнтам зі злоякісними новоутвореннями. Як наслідок, рівень онкологічної допомоги в нашій країні ще не відповідає реальним потребам населення і сучасному рівню розвитку онкологічної науки. Так, загалом лише 68,0 % первинних хворих в країні охоплені спеціальним лікуванням, 30,5 % пацієнтів помирають протягом першого року, і 40 % хворих живуть п'ять років після встановлення діагнозу. Значна кількість пацієнтів проходить діагностику, отримує лікування та подальше спостереження у різних закладах, які не мають мультидисциплінарних команд або здатності повноцінно забезпечувати оптимальне лікування. Існує дефіцит медичних кадрів (як лікарів, так і медсестер, а також соціальних працівників, психологів, спеціалістів з паліативної медичної допомоги, спеціалістів з реабілітації та інших). Відсутня або недостатньо розвинута система надання психологічної, реабілітаційної та паліативної медичної допомоги онкохворим пацієнтам.

### **Рак молочної залози**

Мамографія виділена як окремий пріоритетний пакет у державній програмі медичних гарантій для ранньої діагностики РМЗ. Щоб пройти мамографію жінка повинна мати направлення від свого сімейного або лікуючого лікаря. До безоплатної послуги входить консультація лікаря, проєкційне дослідження на цифровому мамографі, а також опис результатів досліджень лікаря-рентгенолога.

Щоправда, жінка може самостійно (за власний кошт) звернутися до діагностичного центру та пройти мамографію.

Разом з тим, попри доступність послуги, рівень охоплення мамографічним скринінгом є низьким, що спричинено браком цільових скринінгових програм, а також недостатнім рівнем обізнаності жіночого населення про важливість проходження цієї процедури.

Лікування раку молочної залози хірургічним втручанням проводять, переважно, лікарі-онкологи в онкологічних диспансерах.

Програма медичних гарантій забезпечує безкоштовне хірургічне втручання і базову хіміє- і радіотерапію шляхом відшкодування витрат медичному закладу, який має пакет надання медичної допомоги онкологічним хворим [148].



Психотерапія під час лікування раку системно не проводиться. Дані щодо охоплення психотерапією хворих на РМЗ станом на 2021 рік відсутні, але показники охоплення психотерапевтичними втручаннями виглядають досить низькими.

### **Рак шийки матки**

Згідно з Наказом МОЗ України від 19.03.2018 №504 [63], послуги з вакцинації (у тому числі, й від ВПЛ) надаються на первинному рівні медичної допомоги. Оскільки вакцинація від ВПЛ зараз не входить до Календаря профілактичних щеплень, але є рекомендованою, пацієнт має купити вакцину за власний кошт, якщо не передбачені інші механізми (наприклад, цільові програми за кошти місцевих бюджетів).

Доступність цервікального скринінгу для жінок в Україні сьогодні важко оцінити. В Україні існує відповідна інфраструктура – мережа жіночих консультацій, кабінетів патології шийки матки, приватних медичних центрів, фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП) або амбулаторій медико-соціальної допомоги та сімейної медицини, де проводять цитологічне обстеження на РШМ. Існує мережа цитологічних лабораторій, де цей матеріал може бути опрацьовано.

На цей час, у відповідності до Наказу МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» і його наступних редакцій, для діагностики РШМ в системі охорони здоров'я України застосовують рутинну цитологію на атипів клітини (мазок на склі). Цей метод є не скринінговим, а діагностичним, тому варто залучати в процес цитологічну експертизу. Відтак, цей метод є недоступним для проведення в умовах ПМД і проводиться виключно лікарем-гінекологом в жіночих консультаціях. Ступінь охоплення жіночого населення цим діагностичним обстеженням досить низький – частка не перевищує 30 % жіночого населення.

Фактично зараз в Україні немає законодавчого визначення поняття скринінгу РШМ і його основних термінів, складових компонентів і кола завдань. Методики самого процесу цитологічного скринінгу від моменту залучення жінок до первинного відвідування, забору, фіксації, транспортування, фарбування, оцінювання, опису результату та до видання висновку не узгоджені, не описані й законодавчо не затверджені.

Послугу з проведення цитологічного дослідження можна також отримати за власний кошт у мережі цитологічних лабораторій.

### **Лікування онкологічних захворювань**

Національна служба здоров'я України забезпечує безкоштовне хірургічне втручання, а також хіміє- і радіотерапію шляхом реімбурсації медичному закладу, який має пакет надання медичної допомоги онкологічним хворим [148].

Пакет «Діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей» передбачає:

- ▶ консультування у лікарів різних спеціальностей;
- ▶ діагностику новоутворень та передпухлинних патологій;

- ▶ проведення досліджень та магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії;
- ▶ забезпечення лікування (хімієтерапія, імунотерапія, тощо);
- ▶ цілодобовий догляд, знеболення, проведення медичної реабілітації;
- ▶ направлення в інші заклади у разі потреби.

Пакет «Діагностика та радіологічне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей» включає консультації лікарів різних спеціальностей, діагностику новоутворень та передпухлинних патологій, проведення МРТ та/або КТ, забезпечення лікування.

Як і в пакеті хімієтерапевтичного лікування, для онкологічних хворих передбачено цілодобовий догляд, знеболення, медичну реабілітацію, а також можливість переведення до інших підрозділів/ закладів для отримання спеціалізованої допомоги.

### **Нормативні документи**

В Україні створена належна нормативно-правова база, що регламентує організацію та надання медичної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями. Зокрема медичні послуги регламентовані відповідними уніфікованими протоколами:

- ▶ Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Рак молочної залози» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 30.06.2015 № 396).

- ▶ Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Дисплазія шийки матки. Рак шийки матки» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 02 квітня 2014 року № 236), у якому передбачений «обов'язковий профілактичний гінекологічний огляд пацієнток віком від 18 років (або з початком статевого життя) до 60 років не рідше одного разу на рік і цитологічний скринінг на РШМ не рідше одного разу на три роки».

Відповідно до наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» рекомендується «забір вагінальних мазків для онкоцитологічного (за відсутності патології 1 раз на 3 роки) і бактеріоскопічного дослідження (за показами)».

- ▶ Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та реабілітації «Колоректальний рак» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 12.07.2016 № 703).

Наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі» затверджено Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю».

Також наказом МОЗ України №1422 від 29 грудня 2016 року законодавчо закріплена можливість українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи. Деякі медики користуються українським перекладом клінічних настанов на засадах доказової медицини, наданих МОЗ України фінським медично-науковим товариством Duodecim Medical Publications Ltd.



## **Базове паліативне лікування при онкологічних захворюваннях**

За оцінкою Українського центру суспільних даних, паліативної допомоги у нашій країні потребують понад 320 тисяч пацієнтів. Паліативна допомога спрямована на полегшення симптомів й зменшення страждань важкохворих пацієнтів.

З 1 квітня 2020 року послуга з надання паліативної допомоги увійшла до Програми медичних гарантій в межах таких пакетів:

Пакет «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям» включає безкоштовні медичні послуги людям із серйозними хворобами, які пацієнти отримують при госпіталізації. Пакет передбачає надання таких послуг:

- цілодобова паліативна медична допомога і лікарський догляд;
- лікування хронічного болю;
- психологічна допомога;
- нутритивна підтримка у разі наявності проблем з харчування;
- симптоматичне лікування;
- респіраторна підтримка;
- фізична терапія та медична реабілітація;
- консультації лікарів різних спеціальностей, зокрема з різних закладів;
- навчання членів родин пацієнта навичкам догляду за важкохворими.

Також пацієнти можуть отримати безкоштовну паліативну допомогу вдома. Для цього передбачений пакет «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям» з такими послугами:

- паліативна допомога за місцем перебування з можливістю створення стаціонару та/або з використанням засобів телекомунікації цілодобово;
- психологічна допомога;
- консультування з нутритивної підтримки;
- лікування хронічного болю наркотичними та ненаркотичними засобами;
- лікування симптоматичних проявів хвороби;
- респіраторна підтримка;
- забезпечення обладнання для пересування пацієнтів та здійснення туалету;
- консультації лікарів різних спеціальностей, у тому числі з різних закладів;
- направлення пацієнтів до медичних закладів для надання спеціальної та високоспеціалізованої медичної допомоги.

У 2021 за мобільну паліативну допомогу одному пацієнту заклад отримував від НСЗУ 14 066 грн, а за стаціонарну – 13 129 грн.

НСЗУ оплачує саме медичну складову паліативної допомоги. Згідно з визначенням ВООЗ, медична складова у паліативній допомозі – це симптоматична терапія, полегшення болю та інша допомога. І така допомога спрямована на підтримку чи поліпшення якості життя.

Щоб отримати паліативну допомогу безоплатно, пацієнт має звернутися до свого сімейного або лікуючого лікаря. Він випише направлення на отримання мобільної чи стаціонарної допомоги [149].

Оскільки пакети надання паліативної допомоги існують в Україні відносно недавно, зараз немає можливості реально оцінити їх ефективність і рівень охоплення.

### **Джерела фінансування заходів у забезпеченні профілактики та лікування онкологічних захворювань**

1. Реалізація Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року здійснюється за кошт Державного бюджету України, а також з інших джерел, не заборонених законом.
2. Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» був прийнятий ВРУ 19 жовтня 2017 року. Він запроваджує в Україні практику встановлення гарантій з медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) – перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. В міжнародній практиці усталеним терміном для позначення гарантій держави щодо надання медичної допомоги є «державний гарантований пакет». У Програмі медичних гарантій рання діагностика онкозахворювань визначена як пріоритетний напрямок. Пацієнти з підозрою або підтвердженим онкозахворюванням можуть отримувати безоплатну медичну допомогу за пакетами: амбулаторна допомога, хірургічні операції, а також рання діагностика щодо розвитку новоутворень. Медичний заклад, де можна отримати консультацію лікаря-онколога, пацієнт обирає самостійно. У разі потреби онколог скерує пацієнта на додаткові аналізи чи обстеження. Маючи електронне направлення, пацієнт проходить обстеження безоплатно. Лікар-онколог після консультації та діагностики може призначити пацієнту або хіміотерапію, або радіотерапію, або хірургічне втручання.
3. Щодо паліативної підтримки, то в Програмі медичних гарантій є два пакети послуг – «Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям» та «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям».

У межах Програми медичних гарантій є пріоритетні послуги, які дозволяють діагностувати новоутворення на ранніх стадіях. НСЗУ платить за проведення маммографії, гістероскопії, езофагогастродуоденоскопії, колоноскопії, цистоскопії та бронхоскопії за підвищеним тарифом.

Програма медичних гарантій передбачає надання безоплатних для пацієнта медичних послуг за такими пакетами:

- ▶ Пакет «Маммографія грудних залоз» включає консультацію лікаря перед дослідженням, проведення проєкційного рентгенографічного дослідження молочних залоз у двох проєкціях, а також аналіз та опис результатів досліджень лікарем-рентгенологом.
- ▶ Пакет «Гістероскопія (діагностична / з ендоскопічною маніпуляцією)» передбачає консультацію лікаря перед дослідженням, обстеження порожнини матки з маніпуляціями чи без, забезпечення знеболення, проведення дослідження взятого матеріалу, аналіз та опис результатів.
- ▶ Пакет «Езофагогастродуоденоскопія (діагностична / з ендоскопічною маніпуляцією)» забезпечує консультування лікаря, ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки крізь ротову порожнину, знеболення, взяття матеріалу під час процедури та аналіз результатів дослідження.

- ▶ Пакет «Колоноскопія (діагностична / з ендоскопічною маніпуляцією)» включає попередню консультацію лікаря, ендоскопічне обстеження прямої кишки, товстої й тонкої кишки, діагностику утворень, знеболення процедури, проведення дослідження взятого матеріалу, аналіз та опис результатів.
- ▶ Пакет «Цистоскопія (діагностична / з ендоскопічною маніпуляцією)» передбачає консультацію лікаря перед дослідженням, діагностику стінок уретри, сечового міхура, вічок сечоводів з маніпуляцією та без неї, місцеве знеболення процедури, проведення дослідження взятого матеріалу, аналіз та опис результатів.
- ▶ Пакет «Бронхоскопія (діагностична / з ендоскопічною маніпуляцією)» містить консультацію лікаря, візуальний огляд дихальних шляхів з або без проведення ендоскопічних маніпуляцій, оцінювання стану органів дихання, знеболення під час процедури, дослідження взятого матеріалу, аналіз та опис результатів обстеження.

**Таблиця 2.12. Рівень виконання основних втручань на індивідуальному рівні: мамографічний скринінг, рак молочної (грудної) залози, колоректальний рак, паліативна допомога**

Інтервенція (втручання)	Рівень виконання	Коментар до рівня виконання
Мамографічний скринінг (один раз на 2 роки для жінок у віці 50-69 років) у поєднанні зі своєчасною діагностикою та лікуванням раку молочної залози	середній (обмежено-середній)	Попри доступність послуги, рівень охоплення мамографічним скринінгом є низьким (22,2%), що спричинено недостатньою обізнаністю населення щодо необхідності регулярно проходити обстеження, недостатньою роботою лікарів ПМД щодо інформування жінок про скринінгову програму, а також обмеженістю сучасного діагностичного обладнання.
Вакцинація проти вірусу папіломи людини (2 дози) дівчат у віці 9-13 років	низький	В Україні вакцинація від ВПЛ зараз не входить до Календаря профілактичних щеплень, але є рекомендованою. Отримати реальні дані щодо охоплення щепленнями від ВПЛ неможливо, оскільки Центр громадського здоров'я МОЗ України моніторить лише показники з вакцинації, які входять в календар щеплень. Втім, можна припустити, що показники охоплення щепленням є вкрай низькі. Цільових державних програм з вакцинації від ВПЛ в Україні немає. За винятком точкових програм за кошти місцевих бюджетів, пацієнти самі купують вакцини у дистриб'юторів і отримують послугу вакцинації на первинній ланці. Лікарі ПМД майже не проводять інформаційної роботи в цьому напрямі.

<p>Профілактика раку шийки матки шляхом скринінгу жінок у віці 30-49 років: Візуальна оцінка за допомогою оцтової кислоти пов'язана зі своєчасним лікуванням передракових уражень; Мазок за Папаніколау (онкоцитологія) кожні 3-5 років у поєднанні зі своєчасним лікуванням передракових уражень; Тест на вірус папіломи людини кожні 5 років у поєднанні зі своєчасним лікуванням передракових уражень.</p>	<p>середній (обмежено-середній)</p>	<p>Фактично зараз в Україні немає законодавчого визначення поняття скринінгу РШМ і його основних термінів, складових компонентів і кола завдань. Методики самого процесу цитологічного скринінгу від моменту залучення жінок до первинного відвідування, забору, фіксації, транспортування, фарбування, оцінювання, опису результату та до видання висновку не узгоджені, не описані й законодавчо не затверджені.</p> <p>На цей час для діагностики РШМ в системі охорони здоров'я України застосовують рутинну цитологію на атипів клітини (мазок на склі). Цей метод є недоступним для проведення в умовах ПМД і проводиться виключно лікарем-гінекологом в жіночих консультаціях.</p> <p>Послугу з проведення ПАП-тесту можна отримати за власний кошт в мережі цитологічних лабораторій.</p>
<p>Лікування раку молочних залоз I і II стадій хірургічним шляхом +/- системна психотерапія</p>	<p>середній</p>	<p>Послуги з лікування раку молочних залоз є доступними в онкологічних диспансерах. Пацієнти з підтвердженим онкозахворюванням можуть отримувати безоплатну медичну допомогу в межах програми медичних гарантій, втім часто пацієнтам пропонують самостійно оплачувати хімієтерапію та хірургічні втручання. Такі послуги надають переважно хірурги-онкологи, які пройшли відповідне навчання. Хімієтерапію призначають лікарі-онкологи.</p> <p>Психотерапія системно не проводиться під час лікування раку. Дані щодо охоплення психотерапією серед хворих з РМЗ станом на 2021 рік відсутні, але охоплення психотерапевтичними втручаннями виглядає низьким.</p>
<p>Лікування колоректального раку I і II стадій хірургічним шляхом +/- хімієтерапія та радіотерапія</p>	<p>середній</p>	<p>Послуги з лікування колоректального раку є доступними в онкологічних диспансерах. Пацієнти з підтвердженим онкозахворюванням можуть отримувати безоплатну медичну допомогу в межах програми медичних гарантій, втім часто пацієнтам пропонують самостійно оплачувати хімієтерапію та хірургічні послуги. Такі послуги надаються переважно хірургами-онкологами, які пройшли відповідне навчання. Хіміє- і радіотерапію призначають лікарі-онкологи.</p>





Базове паліативне лікування при ракових захворюваннях: домашня та лікарняна допомога багатопрофільної команди та доступ до опіатів і необхідних допоміжних ліків	середній (обмежено-середній)	В Україні паліативна допомога надається переважно в стаціонарних закладах медичного профілю, вона не є комплексною; допомога пацієнтам вдома нерозвинена. Існує проблема обмеженого доступу до знеболюючих засобів. В Програмі медичних гарантій є два пакети послуг – «Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям» та «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям». Оскільки пакети надання допомоги існують відносно недавно, зараз немає можливості оцінити їх ефективність і рівень охоплення.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Підсумки**

Онкологічні захворювання є досить поширеними, і посідають друге місце серед причин смертності в Україні, на лікування яких йдуть суттєві витрати як державного бюджету, так і особистих коштів пацієнтів.

Негативними тенденціями є велика частка занедбаних випадків навіть серед молодших вікових груп, що свідчить про недостатній рівень охоплення своєчасною діагностикою та скринінгу осіб з груп ризику.

В Україні з одного боку, створено умови для ранньої діагностики та ведення пацієнтів з онкологічними захворюваннями: Програми медичних гарантій дозволяють діагностувати новоутворення на ранніх стадіях безоплатно для пацієнтів. А з іншого – кількість занедбаних випадків та низький рівень діагностування онкологічних захворювань на ранніх стадіях показує системний злам у механізмах надання медичних послуг та маршрутизації пацієнтів.

Така ситуація, передусім, обумовлена відсутністю цілісної стратегії протидії онкологічним захворюванням, а також сучасної системи профілактики та раннього виявлення раку, низьким рівнем обізнаності про симптоми злякисних новоутворень серед населення.

Відсутня або недостатньо розвинута система надання психологічної, реабілітаційної та паліативної медичної допомоги онкохворим пацієнтам. Паліативна допомога надається переважно в стаціонарах; паліативна допомога вдома – нерозвинена. Залишається гострою проблема обмеженого доступу до знеболюючих засобів.

Тож, рівень онкологічної допомоги в Україні ще не відповідає реальним потребам населення і сучасному рівню розвитку онкологічної науки. Очевидним є посилення уваги держави до проблеми онкологічних захворювань в Україні: вдосконалення надання медичної допомоги на всіх рівнях – від первинної профілактики до реабілітації.



## Надання послуг пацієнтам з хронічними респіраторними захворюваннями

### **Загальна інформація**

Хвороби органів дихання залишаються найбільш розповсюдженою патологією в структурі захворюваності населення України та є глобальною проблемою охорони здоров'я, насамперед внаслідок їх значної поширеності серед працездатного населення, постійного прогресування, частого поєднання різних патологій легень та обтяжливого впливу на супутні захворювання. Найбільш поширеними типами хвороб органів дихання є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальна астма. Рідше можна зустріти гострий і хронічний бронхіт, пневмонію, бронхоектатичну хворобу, інтерстиціальні захворювання легень, респіраторний дистрес-синдром, плеврит і тромбоемболію легеневої артерії.

В Україні щонайменше 4 % населення мають хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), а близько 2 % смертей українців зумовлено цією хворобою, за даними Міністерства охорони здоров'я України. Найчастіше на ХОЗЛ страждають люди віком від 40 років, більшість з яких курці [150]. Однак захворювання «молодшає», частково через зростання популярності електронних сигарет та кальяну серед молоді.

В Україні ХОЗЛ належать до недодіагностованої категорії хвороб. Наприклад, за оцінками експертів, реальний показник поширеності бронхіальної астми може досягати 7–8 %, ХОЗЛ – 20–30 % [151]. Частково це можна пояснити недосконалістю медичної статистичної звітності в Україні, але головна проблема – гіподіагностика астми і ХОЗЛ в Україні.

При ХОЗЛ поєднана патологія зустрічається в 90 % випадків. Половина хворих на ХОЗЛ мають додатково 4 і більше захворювань, оскільки поліморбідність пов'язана з віком [150]. У дорослих і осіб літнього віку найчастішими супутніми захворюваннями при бронхіальній астмі є артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, діабет, депресія і артрит, тому часто увага приділяється не респіраторній патології, а іншій хворобі.

### **Механізм отримання послуг з лікування хронічних респіраторних захворювань**

В Україні до Державної програми реімбурсації включено 18 препаратів для лікування бронхіальної астми, а от препарати для базового лікування ХОЗЛ будуть включені лише з 2022 року [150].

Препарати для лікування астми пацієнти можуть отримувати за програмою реімбурсації – безоплатно або з незначною доплатою в аптеках, які співпрацюють з НСЗУ, за електронним рецептом від сімейного лікаря.

У 2020 році програмою скористалися понад 800 тисяч пацієнтів з бронхіальною астмою. Національна служба здоров'я України виплатила аптечним закладам за ліки від бронхіальної астми понад 214 млн грн. Найчастіше пацієнтам виписували ліки,

що містять діючі речовини сальбутамол та будесонід [132]. Лікар в електронному рецепті вказує назву діючої речовини, а не торгову назву ліків. Лікарський засіб від певного виробника пацієнт може обрати сам.

### **Лікування хронічних респіраторних захворювань**

На первинній ланці для пацієнта з підозрою або підтвердженим діагнозом бронхіальна астма і ХОЗЛ безоплатними є такі послуги:

- ▶ супровід та спостереження;
- ▶ консультація щодо профілактики;
- ▶ направлення до вузького спеціаліста – пульмонолога, алерголога – за потреби;
- ▶ направлення на проведення лабораторних досліджень та інструментальних обстежень (бронхоскопії, спірометрії, аналізу мокротиння, рентгенографії) – за потреби;
- ▶ призначення лікарських засобів за програмою реімбурсації «Доступні ліки» – для лікування бронхіальної астми.

Якщо у пацієнта вже встановлено діагноз ХОЗЛ і призначено лікування, сімейний лікар спостерігатиме перебіг супутніх хвороб, які часто є у людей з ХОЗЛ: серцево-судинних, цукрового діабету, астми та інших.

Діагностування ХОЗЛ здійснюється, зокрема, за допомогою спірометрії. За програмою медичних гарантій ця процедура є безоплатною. За понад 7 місяців роботи Програми медичних гарантій у 2021 році створено 9 284 направлень на спірометрію. З них – 3 887 виконано. За 2020 рік станом на 10 грудня вже виписано 419 276 електронних рецептів на ліки від бронхіальної астми [132].

У разі загострення ХОЗЛ або астми, за потреби пацієнта скеровують на стаціонарне лікування за електронним направленням від сімейного лікаря або ургентно. Допомога надається безоплатно в межах пакету медичних гарантій «Стаціонарна медична допомога».

### **Нормативні документи у сфері профілактики та лікування хронічних респіраторних захворювань**

В Україні медичні послуги з профілактики та лікування хронічних респіраторних захворювань регламентовані відповідними уніфікованими протоколами:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічне обструктивне захворювання легень» – наказ МОЗ від 27.06.2013 року № 555.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма» 08 жовтня 2013 року № 868.
3. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічне обструктивне захворювання легень» – Київ, Національна академія медичних наук України, 2020 р.

**Таблиця 2.13. Рівень виконання основних втручань на індивідуальному рівні: хронічні респіраторні захворювання**

Інтервенція (втручання)	Рівень виконання	Коментар щодо рівня виконання
Симптоматичне лікування пацієнтів з астмою сальбутамолом для інгаляцій	високий	Завдяки включенню сальбутамолу в програму реімбурсації, пацієнти безперешкодно отримують рецепт у сімейного лікаря і безоплатно або з незначною доплатою (5-10% від вартості) отримують препарат в аптеці.
Симптоматичне лікування пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень сальбутамолом для інгаляцій	середній	Станом на 2021 рік для пацієнтів з ХОЗЛ сальбутамол не відшкодовується. Відшкодування включено до програми медичних гарантій з 2022 року. Пацієнти купують препарат в аптеці за повну вартість. Препарат можна купити без рецепта.
Лікування астми малими дозами беклометазону для інгаляцій та бета-агоністом короткої дії	середній	Завдяки включенню сальбутамолу в програму реімбурсації, пацієнти безперешкодно отримують рецепт у сімейного лікаря і безоплатно або з незначною доплатою (5-20% від вартості) отримують препарат в аптеці. Рівень обізнаності пацієнтів і медиків первинної ланки щодо лікування астми потребує покращення. Сьогодні не всі пацієнти отримують базисну терапію у вигляді інгаляційних кортикостероїдів та бета-агоністів короткої дії.

## Підсумки

В Україні існує проблема гіподіагностики бронхіальної астми і ХОЗЛ. Включення базисної терапії та діагностики в державну програму медичних гарантій поліпшило доступ пацієнтів до якісного лікування, втім варто застосовувати системний підхід до пацієнтів, щоб уникнути фрагментації медичної допомоги.

## Надання послуг пацієнтам з психічними розладами

### Загальна інформація

Психічне здоров'я та благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дозволяють людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства.

В результаті російської агресії і війни на Сході України, анексії Автономної Республіки Крим населення України масово потрапило під вплив потенційно травматичних подій. В результаті цих подій величезна кількість українців залишилися без житла, отримали



фізичні та психічні травми, позбулися засобів до існування і, нерідко, доступу до медичної допомоги. Пандемія Covid-19 поглибила гуманітарну кризу, що позначилось на психічному здоров'ї населення України.

Згідно з дослідженнями, близько 30 % людей в Україні страждають на психічний розлад впродовж життя. Розлад, спричинений вживанням алкоголю, є найбільш поширеним розладом серед чоловіків, тоді як депресія та тривожність є більш поширеними серед жінок [152]. Так, за даними дослідження STEPS (2019 р.) в Україні кожен восьмий дорослий (12,4 %) мав симптоми, що відповідають клінічному діагнозу депресії. При цьому, поширеність депресії майже вдвічі більша серед жінок (16,2 %), ніж серед чоловіків (8,7 %). Водночас лише кожна четверта особа з імовірною депресією (3,0 % від загальної кількості населення) була про це поінформована лікарем чи медичним працівником. Лише 0,4 % населення пройшли лікування антидепресантами або ходили на сеанси психотерапії [2].

Окрім цього, прослідковується тісний взаємозв'язок між погіршенням психічного здоров'я населення України та бідністю, безробіттям, що підсилюється впливом конфлікту. При цьому, особливо вразливими групами є: учасники бойових дій та люди, що проживають на Сході України, внутрішньоопереміщені особи, а також люди похилого віку.

Окремою проблемою є вплив на психічне здоров'я вживання алкоголю. Численні міжнародні дослідження та українські дані свідчать, що вживання алкоголю має широкий спектр негативних впливів та наслідків, а саме:

- ▶ погіршення загального стану здоров'я, розвиток неінфекційних захворювань, передчасну смертність тощо;
- ▶ поглиблення соціально-економічних проблем (зубожіння, розлучення, сирітство тощо);
- ▶ стигматизацію та дискредитацію.

Останні дві групи, у свою чергу, також негативно впливають на стан здоров'я населення, посилюючи проблеми негативного впливу алкоголю на здоров'я.

Наступною, не менш важливою, проблемою в царині ментального здоров'я в Україні, є самогубства, які є досить поширеною причиною передчасної смерті. Так, у 2018 році частота суїцидів склала 21,2 на 100 тис. населення [153].

Прогалина у діагностиці та лікуванні психічних розладів та розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин (ПАР) в Україні, як і в інших країнах з низьким рівнем доходу, становить від 70 до 90 % [154].

Дослідження показують, що більшість людей (до 75 %) з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, в Україні не мають доступу до допомоги [154, 155]. При цьому перешкоди для отримання фахової допомоги лежать в декількох площинах [156]:

- ▶ стигматизації та відчутті сорому: страх перед психіатричною допомогою та відсутністю довіри до системи охорони здоров'я, страх перед отриманням запису в особисту справу про виявлення психічного захворювання;

- ▶ браку інформації та обізнаності щодо психічного здоров'я;
- ▶ високої вартості лікування – лише 2,5 % загального бюджету, виділеного на охорону здоров'я, припадає на психічне здоров'я, і більша частина (89 %) фінансування спрямована на стаціонарне лікування у сфері психічного здоров'я;
- ▶ географічної недоступності кваліфікованої допомоги.

Зростання глобального тягаря психічних захворювань та розладів, а також розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, спонукало міжнародну спільноту до перегляду підходів ведення таких пацієнтів. Сьогодні загальносвітовою тенденцією є глобальний рух з інтеграцією психічного здоров'я у первинну медичну допомогу та деінституалізацію лікування цих захворювань. Сам такий підхід розглядається як найефективніший спосіб зменшити прогалини в лікуванні людей з психічними розладами в умовах обмежених ресурсів, а також забезпечити швидкий доступ до послуг з охорони психічного здоров'я та мінімізувати стигму і дискримінацію. Подібні тенденції відбуваються і в Україні.

Якщо говорити про стан психічного здоров'я підлітків, то насамперед, варто подивитися на результати двох опитувань – «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD)» (2019 р.) та «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC), (2018 р.). Відповідно до них, за останні 12 місяців четверта частина всіх опитаних у віці 10–17 років (кожна третя дівчина (31,1 %) та кожен п'ятий хлопець 21 %) відчували такий щоденний смуток або безнадійність, що переставали займатися звичними справами. Кожен десятий підліток (10,1 %) протягом останнього місяця «дуже часто» або «досить часто» відчував, що не в змозі контролювати важливе у своєму житті, а кожен шостий (16,6 %) – що труднощів накопичилося так багато, що їх неможливо було подолати [40].

Кожен четвертий підліток (25,4 %) повідомив, що зазнавав емоційного насильства впродовж життя, причому дівчата про це зазначали частіше, ніж юнаки (27,6 % та 23,2 % відповідно). У підлітковому середовищі досить поширене таке явище, як булінг (цькування). Дійсних «жертв» булінгу є більше, ніж тих, хто себе такими визнає. Протягом останніх двох місяців з більшою чи меншою частотою переживання булінгу визнали себе 37,9 % серед усіх опитаних підлітків 10–17 років. З більшістю такі випадки траплялися один-два рази. Окрім того, все більшого поширення набуває таке явище, як кібербулінг (булінг в інтернеті). Відповідно до результатів опитування, майже кожен п'ятий підліток (21,1 %) відзначив, що ображав у такий спосіб своїх колег по навчанню, так само як визнавав себе «жертвами» он-лайн знущань (також п'ята частина опитаних (21,5 %)) [40].

Згідно з результатами дослідження ESPAD [157], 13,5 % закладів освіти не мають психолога в педагогічному колективі. Керівники кожного другого закладу освіти зазначили, що мають потребу у додатковій підготовці членів педагогічних колективів з питань медіації, вирішення конфліктів, запобігання булінгу, інтернет-залежності та безпечної поведінки в інтернет-просторі, статевого виховання та сексуальної поведінки.

Система вищої та післядипломної освіти в галузі охорони психічного здоров'я потребує системного та диференційованого вдосконалення як щодо змісту освітніх програм, так і методології навчання та оцінювання компетентностей.



В Україні зараз простежується проблема кадрового забезпечення системи охорони психічного здоров'я, що визначає необхідність змін для забезпечення населення якісною допомогою відповідно до протоколів лікування (зокрема посилення ролі соціальних працівників, ерготерапевтів, психологів і психотерапевтів у наданні допомоги, упровадження спеціалізації медичних сестер у сфері психічного здоров'я тощо).

### **Механізм отримання послуг та лікування психічних захворювань**

Організація психіатричної допомоги в Україні здійснюється відповідно до Закону України від 22.02.2000 року №1489-III «Про психіатричну допомогу». Законом визначено установи та осіб, які надають психіатричну допомогу, а також права та обов'язки медичних працівників, правове регулювання діяльності психіатричної служби, правовий захист громадян, які страждають психічними розладами. Зазначений Закон регламентує необхідність отримувати згоду особи, яка страждає на психічний розлад, на лікування, за винятком випадків застосування примусових заходів медичного характеру за постановою суду та примусовою госпіталізацією.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р було затверджено «Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року». А Міністерство охорони здоров'я створило План заходів реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, де акцентовано шляхи покращення психічного здоров'я і підвищення якості життя осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями. План заходів ґрунтується на принципах доказовості, поваги до гідності людини, дотримання основоположних прав людини та громадянина, застосування мультидисциплінарного підходу, сприяння підвищенню рівня життєдіяльності осіб із психічними та інтелектуальними порушеннями, включення їх до соціальних спільнот, здійснення профілактики ускладнень та доступності [158].

Система ментального здоров'я в Україні успадкувала організаційну структуру, стратегії та практики радянської доби і суттєво не змінилася з часів набуття Україною незалежності. Систему сучасної психіатрії в Україні можна описати як централізовану систему з біомедичними підходами, ізоляцією людей з психічними розладами в психіатричних лікарнях, «закритими» від пацієнта діагнозами та медичними записами, відсутність співпраці між різними ланками надання медичної допомоги.

Несфокусованість на профілактиці психічних розладів з боку системи охорони здоров'я України та недостатня обізнаність людей про ментальне здоров'я є одними з причин стигми та дискримінації тих, хто має проблеми з ментальним здоров'ям.

В Україні не розвинена система, за якої громада залучається до надання психологічної допомоги. Але згідно з Планом, до 2030 року в Україні буде створено єдиний медичний простір у галузі психічного здоров'я завдяки координації діяльності всіх задіяних відомств [159]. Тобто українці матимуть чітку карту послуг, сервісів, служб, що будуть підлаштовані під їхні потреби. Велика увага приділятиметься профілактиці розладів, руйнуванню табуованого ставлення до проблем із психічним здоров'ям у суспільстві.

Варто наголосити на тому, що встановлення діагнозу психічного розладу, прийняття рішення про надання психіатричної допомоги (у тому числі й в примусовому порядку),



є виключним правом лікаря-психіатра або лікаря-нарколога. Діапазон лікування та діагностики (обстеження) визначається стандартами, встановленими Міністерством охорони здоров'я України.

### **Надання допомоги на первинній ланці**

Відповідно до наказу МОЗ України від 19.03.2018 №504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», на рівні первинної ланки медичної допомоги передбачено спостереження за пацієнтом, його фізичним та психічним станом. Сімейний лікар може:

- ▶ Скерувати пацієнта на консультацію до психіатра або психолога, якщо підозрює в нього психічний розлад. Для цього сімейний лікар має виписати електронне направлення (у тому числі й дистанційно). Окрім того пацієнт має право звернутись по допомогу до психіатра напряду, без направлення від сімейного лікаря;
- ▶ Виписати електронний рецепт на препарати для лікування психічних розладів, що входять до програми «Доступні ліки». З 1 жовтня 2021 року особи з розладами психіки та поведінки – посттравматичним стресовим розладом, шизофренією, афективними розладами, депресією та невротичними розладами – можуть отримувати лікарські засоби безоплатно або з незначною доплатою, у межах програми реімбурсації «Доступні ліки» (з 30 торговельних назв препаратів – 13 є повністю безоплатними) [134].

Проте поки сімейні лікарі не мають достатньо знань та навичок для того, щоб надавати першу психологічну та психіатричну допомогу й розпізнавати ментальні проблеми.

Для підвищення компетентностей лікарів ПМД у питаннях ментального здоров'я протягом 2019–2021 років українських сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів навчали за програмою mhGAP, розробленою ВООЗ та успішно апробованою у 90 країнах світу. Окрім медичних працівників, навчання проходять і соціальні працівники, поліцейські, волонтери, вчителі та інші.

### **Надання амбулаторної і невідкладної психіатричної допомоги**

З 2021 року Національна служба здоров'я України ввела новий пакет послуг – «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами» [160]. До складу мобільної мультидисциплінарної команди входить психіатр, лікар-психолог чи лікар-психотерапевт, медична сестра та соціальний працівник. Увесь перелік послуг, які надає мобільна мультидисциплінарна команда, оплачує Національна служба здоров'я. Щоб отримати послуги за цим пакетом, необхідно мати направлення лікаря первинної медичної допомоги (ПМД), з яким укладена декларація, або ж направлення психіатра.

Станом на грудень 2021 року договір за цим пакетом мав 61 медичний заклад. Заклади, які утворили мобільні команди, є у кожній області України. Найбільше їх у Сумській області (сім команд). По чотири – у Дніпропетровській та Запорізькій областях. По три у Волинській, Донецькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Черкаській областях та в місті Києві.





Пакет із психіатричної допомоги, яку надають мобільні мультидисциплінарні команди, розрахований на пацієнта, що після лікування у психіатричній лікарні та стабілізації стану повертається додому і там продовжує отримувати медичний супровід. Мобільна команда приїжджає до такого пацієнта і надає йому допомогу за місцем його перебування. Команда забезпечує психіатричний огляд та визначає вид медичного супроводу. Разом з пацієнтом чи його законними представниками члени мобільної команди складають індивідуальну програму лікування і графік візитів, який залежить від потреб пацієнта. Психіатрична мобільна команда відвідує пацієнта до досягнення поставлених в індивідуальному плані цілей. Така послуга допомагає людям з розладами поведінки і психіки адаптуватися до життя в соціумі.

### **Надання психіатричної допомоги на стаціонарному етапі**

У 2021 році 95 медичних закладів уклали договір з НСЗУ щодо надання стаціонарної психіатричної допомоги. З них 36 закладів – це спеціалізовані психіатричні та психоневрологічні лікарні. Інші – багатопрофільні лікарні [160]. Лікування пацієнтів із розладами психіки у багатопрофільних медзакладах сприяє зменшенню стигматизації пацієнтів та розширює їх доступ до необхідної медичної допомоги.

Нижче наведено умови закупівлі медичних послуг за напрямом «Стаціонарна психіатрична допомога»

#### *Підстави надання послуги:*

- ▶ направлення лікаря ПМД, з яким підписано декларацію;
- ▶ направлення лікуючого лікаря-спеціаліста;
- ▶ самозвернення;
- ▶ доставлення бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- ▶ доставлення поліцейськими в межах положення про поліцейське піклування, відповідно до статті 41 Закону України «Про національну поліцію»;
- ▶ переведення з іншого закладу та/або клінічного підрозділу закладу;
- ▶ за рішенням суду, у випадку, якщо пацієнт/пацієнтка не дає згоди на госпіталізацію відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу».

#### *Вимоги до організації надання послуги:*

- ▶ Наявність можливості психіатричного огляду та госпіталізації пацієнта/пацієнтки у відповідності до встановленого лікарем-психіатром (лікарем-психіатром дитячим за умови надання допомоги дітям) індивідуальної програми лікування і реабілітації.
- ▶ Наявність палат для ізоляції пацієнтів з розладами психіки та поведінки, які перебувають в психомоторному збудженні, із дотриманням прав людини.
- ▶ Дотримання прав і основоположних свобод людини у закладі охорони здоров'я.
- ▶ Забезпечення можливості проведення лабораторних та інструментальних досліджень.
- ▶ Залучення щонайменше одного фахівця з соціальної роботи та/або соціального працівника, в тому числі за кошт місцевих бюджетів та коштів інших програм центрального бюджету.
- ▶ Забезпечення інфекційного контролю та заходів із запобігання інфекціям, пов'язаним з наданням медичної допомоги, у відповідності до чинного законодавства.

- ▶ Наявність затвердженої внутрішньої системи управління і контролю якості та безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації і проведення відповідно до чинного законодавства.
- ▶ Забезпечення комплексного спостереження, лікування та реабілітації пацієнта/пацієнтки з розладами психіки та поведінки, у тому числі іншими надавачами медичних послуг, центрами соціальних служб, службами у справах дітей, тощо.
- ▶ Забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами, необхідними для надання медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів.
- ▶ Додаткові вимоги до організації надання послуги:
- ▶ Наявність відділення/палати інтенсивної терапії, обладнаних відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення.
- ▶ Забезпечення права пацієнта/пацієнтки, який/яка перебуває на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, на допуск до нього/неї відвідувачів 24 год на добу в будь-який день тижня згідно з правилами, визначеними у наказі МОЗ України від 15.06.2016 р. № 592 «Порядок допуску відвідувачів до пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні у відділенні інтенсивної терапії».

### **Участь громадських організацій в профілактиці кризових станів і психологічної підтримки**

В Україні спостерігається збільшення кількості громадських організацій та НУО, які проводять інтервенції у сфері психічного здоров'я, проте їхні дії не завжди скоординовані та відповідають кращим практикам. Окрім того, вони переважно займаються певними групами населення (наприклад, ВПО та ветерани), тоді як сталість та загальна охопленість залишаються проблемними питаннями.

Станом на 2021 рік працює цілодобовий «Телефон довіри» Центру медико-психологічної допомоги та профілактики кризових станів, а також цілодобово працює «гаряча лінія» з попередження суїцидів та психологічної підтримки Lifeline Ukraine для ветеранів.

### **Нормативні документи у сфері психічного здоров'я**

Забезпечення медичних послуг у сфері психічного здоров'я в Україні регламентується низкою нормативно-правових документів, які можна поділити на дві основні групи:

1. *Нормативні документи у сфері профілактики та лікування психічних захворювань:*
  - ▶ Закон України «Про психіатричну допомогу» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143);
  - ▶ Наказ МОЗ України від 09.11.2020 № 2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»;
  - ▶ Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003.



## 2. Нормативні заборони високонебезпечних речовин, що можуть провокувати самогубства:

- ▶ Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1995, № 10, ст.62.
- ▶ Стаття 44 Кодексу України про адміністративні правопорушення регламентує адміністративну відповідальність за незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту.
- ▶ Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333.
- ▶ Наказ МОЗ України «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків» 19.07.2005 № 360.

### **Підсумки**

В цілому, системі охорони психічного здоров'я в Україні бракує безперервності та системності надання послуг з причини обмеженої комунікації між надавачами послуг різних професій, у тому числі, між різними агенціями та організаціями. Крім того, спостерігаються настороженість та недовіра населення щодо збереження таємниці про їхній статус, що призводить до небажання звертатися по допомогу за місцем проживання.

Необхідно адаптувати послуги з охорони психічного здоров'я до потреб різних груп (наприклад, осіб похилого віку, ветеранів), при цьому – забезпечувати доступність послуг для всіх сегментів населення. Важливо забезпечити наявність професійних психологів у школах, а також розробити і впровадити спеціалізовані шкільні соціально-психологічні програми для поліпшення психічного здоров'я та запобігання самогубствам у підлітків. Окрім того, варто працювати з вчителями, навчаючи їх основам психологічної підтримки, а також з батьками з точку зору важливості привернути їхню увагу до психічного здоров'я їхніх дітей.

Існує нагальна потреба у розбудові спроможності психіатричної служби в Україні, шляхом створення навчальних програм, які б давали необхідну кваліфікацію з використання науково-доказових інтервенцій, видачі офіційних ліцензій, сертифікації та забезпечення моніторингу якості надання психіатричної та психологічної допомоги, розбудови спроможностей для ідентифікації, лікування та перенаправлення осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, серед надавачів послуг з первинної медичної допомоги.



Необхідно посилити роль соціальних працівників та інших, неспеціалізованих та громадських надавачів послуг. А також створити адвокаційні групи, націлені на потреби споживача, та підсилити залученість осіб, які пережили психічне захворювання, і членів їхніх сімей.

Важливо підвищити рівень обізнаності населення у питаннях психічного здоров'я, у тому числі у таких питаннях, як вибір кваліфікованих надавачів послуг з охорони психічного здоров'я.

# РОЗДІЛ 3.

---

**ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ СИСТЕМИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПРОФІЛАКТИЦІ  
ТА КОНТРОЛІ НЕІНФЕКЦІЙНИХ  
ЗАХВОРЮВАНЬ**





В Україні впроваджуються системні зміни: реформування ключових сфер суспільної діяльності відбуваються на тлі децентралізації. Тому, розкриваючи аспекти політики протидії неінфекційних захворювань важливо показувати не лише загальнонаціональні тенденції (бар'єри) але й розкривати їх в регіональному аспекті.

Більшість країн стикаються з труднощами під час розширення охоплення основними втручаннями та послугами щодо протидії НІЗ. У цьому розділі розглянуто особливості системи охорони здоров'я, які впливають на ефективність підходів та заходів щодо профілактики та контролю НІЗ. У таблиці 3.1 наведено п'ятнадцять аспектів системи охорони здоров'я, які можуть бути або бар'єром (перешкодою), або можливістю для покращення надання основних послуг і втручань у сфері НІЗ. Кожен із цих аспектів детально розглянутий та проаналізований далі у цьому розділі.

**Таблиця 3.1. Аспекти системи охорони здоров'я, які можуть бути або бар'єром (перешкодою), або можливістю для покращення надання основних послуг і втручань у сфері НІЗ**

Посилення політичної підтримки для покращення профілактики та контролю НІЗ	Формування чітких підходів до встановлення пріоритетів та обмежень	Посилення міжвідомчої співпраці	Розширення прав та можливостей для населення
Створення ефективних моделей надання послуг	Покращення координації роботи між постачальниками послуг	Заощадження ресурсів шляхом правильної регіоналізації та спеціалізації надаваної допомоги	Створення правильних систем стимулювання
Інтеграція доказових даних у клінічну практику	Вирішення проблем людських ресурсів	Покращення доступу до якісних ліків від НІЗ	Посилення управління системою охорони здоров'я
Створення адекватних інформаційних систем	Подолання опору змінам	Забезпечення доступу до медичної допомоги та зменшення фінансового навантаження	

### **БАР'ЄР 1. ПОСИЛЕННЯ ПОЛІТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НІЗ**

Розкриваючи питання політичної прихильності у питаннях протидії НІЗ, варто розглядати їх трьома блоками: загальнополітичне розуміння важливості цього питання; період до пандемії і сучасний період – за поширення COVID-19.

Загалом, запобігання та протидію НІЗ визнано пріоритетним напрямом у політиці реформування системи охорони здоров'я в Україні. Так, у серпні 2014 року Україна



поставила перед собою амбітну мету – провести системне реформування охорони здоров'я, спрямоване на збереження здоров'я населення, створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта, взявши на себе зобов'язання у виконанні двосторонньої Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [31], та заклавши дані зміни у Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» [161], а згодом – у Стратегію сталого розвитку України до 2030 року [162]. На виконання цих зобов'язань Міністерство охорони здоров'я України ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я [163] з метою поліпшити стан здоров'я населення, підвищити якість та доступність медичної допомоги та зменшити фінансові ризики для пацієнтів. І хоча ця Стратегія не набула чинності, все ж вона започаткувала системні зміни, що розпочалися в СОЗ України з 2016 року. У жовтні 2017 року ВРУ ухвалила новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [164] та пакет відповідних підзаконних нормативно-правових актів, які регулюють фінансування системи охорони здоров'я в Україні, зокрема:

- ▶ Постанову Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» [165], що дало можливість створення фінансових гарантій надання безоплатної медичної допомоги, у тому числі й пацієнтам з НІЗ;
- ▶ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» №504 [63], яким врегульовано діяльність ПМД. На первинну ланку було покладено завдання «забезпечити населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя», «надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (вживання тютюну та алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя» тощо.

Також був прийнятий Закон України від 14.11.2017 року №2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», який створив законодавчі передумови для розвитку політики на місцевому рівні: «сприяння дієвій просвітницькій роботі серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижності здоров'я, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття».

У відповідності до виконання Угоди про Асоціацію України та ЄС у напрямку реформи системи громадського здоров'я, у 2018 році було розроблено та затверджено Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку [30], який мав сприяти:

- ▶ формуванню та розвитку системи громадського здоров'я;
- ▶ посиленню санітарно-просвітницької роботи в початкових та середніх навчальних закладах;
- ▶ підвищенню обізнаності населення щодо факторів ризику неінфекційних захворювань, шляхів їх зменшення;

- ▶ зниженню передчасної смертності від неінфекційних захворювань;
- ▶ створенню реальних передумов для покращення медико-демографічної ситуації в країні.

План – комплексний та міжсекторальний, тобто передбачає залучення не лише МОЗ, але й виконавців з інших секторів, які дотичні до сфери профілактики та контролю НІЗ. Відповідно до постанови КМУ, цей План має бути адаптований та впроваджений також і на регіональному рівні, за що несуть відповідальність місцеві органи виконавчої влади. Вони ж зобов'язані щороку до 15 лютого звітувати МОЗ про виконання цього Плану.

Фінансування виконання Національного плану заходів було покладено на відповідні центральні та місцеві органи виконавчої влади, за рахунок та у межах видатків, передбачених у державному та місцевих бюджетах на відповідний рік, що, на жаль, при дефіциті державного бюджету «відсовує» пріоритетність виконання закладених положень на залишковий принцип фінансування.

У 2015 році Наказом МОЗ України (№ 604 від 18.09.2015) [166] було створено ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (ЦГЗ). Центр – науково-практична установа, яка здійснює функції із

- ▶ забезпечення збереження і укріплення здоров'я населення,
- ▶ проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки,
- ▶ здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності,
- ▶ боротьби з епідеміями,
- ▶ стратегічного управління з питань громадського здоров'я тощо.

ЦГЗ розробляє інструкції з охорони здоров'я, бере участь у розробці стратегій, програм та законодавства і координує діяльність у сфері громадського здоров'я, яка реалізується через мережу регіональних центрів громадського здоров'я. Також відповідає за моніторинг та нагляд, розробку методологій та підготовку звітів щодо різних аспектів здоров'я населення, у тому числі й НІЗ. Зокрема, у 2019 році ЦГЗ та ВООЗ ініціювали проведення Дослідження STEPS, яке показало реальну картину поширеності факторів ризику НІЗ в Україні.

Восени 2019 року в програмі діяльності Кабінету Міністрів України було задекларовано досягнення трьох ключових цілей: «Ціль 2.1. Люди менше хворіють»; «Ціль 2.2. Люди, які захворіли, швидше одужують»; «Ціль 2.3. Люди довше живуть» – з відповідними показниками ефективності [167]. Однак уже на початку березня 2020 року Уряд Олексія Гончарука пішов у відставку, відповідно, ці амбітні плани так і не були реалізовані.

В останні роки часто відбувалися зміни парадигм у політиці розбудови ГЗ в Україні: від повної децентралізації системи до вибудування чіткої вертикалі управління. Як наслідок – відсутність законодавчої бази, яка б регламентувала розбудову системи громадського здоров'я в Україні. У лютому 2021 року ВРУ було прийнято за основу проєкт Закону «Про систему громадського здоров'я» [168], який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні, зокрема має



- ▶ законодавчо закріпити поняття «громадське здоров'я» як сферу знань та організовану діяльність суб'єктів у системі громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя;
- ▶ визначити суб'єктів правовідносин у системі громадського здоров'я та забезпечити міжгалузеву та міжвідомчу взаємодію в системі громадського здоров'я, а також
- ▶ передбачає створення Координаційної ради з питань громадського здоров'я як постійного консультативно-дорадчого органу МОЗ України щодо питань громадського здоров'я.

Очікувалось, що ВРУ прийме його у 1-му кварталі 2022 року але, на жаль, цього досі не сталося.

З 1 липня 2021 року розпочато розбудову централізованої системи громадського здоров'я шляхом створення в усіх областях України центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ). Передбачається що фахівці регіональних центрів громадського здоров'я будуть переведені до ЦКПХ, щоби посилити потенціал у напрямках комунікації, профілактики й контролю неінфекційних захворювань. ЦКПХ мають стати потужними центрами на обласному рівні. Окрім розробки аналітики та рекомендацій, вони будуть опікуватися питаннями комунікації, а також адекватно і швидко реагуватимуть на загрози громадському здоров'ю.

Окрім цього за цей період (починаючи з 2014 року) розроблено та прийнято низку інших законів та підзаконних актів, які регулюють питання, пов'язані з НІЗ: це і низка антиютюнових законів, Закон України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів», Розпорядження КМУ «Про ліквідацію державної корпорації «Українське державне об'єднання «Радон»», Проєкт Закону про внесення змін до деяких законів України щодо обмеження вмісту транс-жирних кислот у харчових продуктах та інші.

Перераховані нормативно-правові документи не лише створили підвалини для реформування СОЗ в Україні, але й посприяли пріоритизації політики профілактичного напрямку медицини, у тому числі й охопленню населення з НІЗ та підвищенню прихильності до лікування найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань, що мають вагомий економічний тягар: серцево-судинні та онкологічні захворювання, хронічні захворювання органів дихання, цукровий діабет.

На жаль, після оголошення пандемії COVID-19 пріоритети Уряду змінилися. Про це може свідчити і той факт, що кошти державного бюджету (понад 20 млн. грн.), які вперше були закладені на напрямок профілактики та контролю НІЗ на 2020 рік, були перепрофільовані на боротьбу з коронавірусом.

У червні 2020 року Уряд України затвердив нову програму діяльності КМУ [169], яка у частині охорони здоров'я складається з трьох блоків:

- 1) першочергові заходи, спрямовані на подолання пандемії COVID-19,
- 2) заходи з реформування системи охорони здоров'я та
- 3) забезпечення рівного доступу громадян з хронічними неінфекційними захворюваннями до якісної медичної допомоги.



Тож світова пандемія COVID-19 внесла свої корективи в розбудову системи громадського здоров'я. Відповідно, більшість як організаційних, так і фінансових заходів у 2020–2021 рр. було перерозподілено на подолання пандемії та розбудову протиепідемічних організаційних структур.

Таким чином, основні нормативні документи та плани щодо протидії НІЗ в Україні були прийняті, але загальний прогрес у їх реалізації вкрай повільний. Це може бути пов'язано як з браком ресурсів (фінансових та людських), так і з відсутністю компетенцій у сфері профілактики та контролю НІЗ. Окрім того, на усіх рівнях (національному, регіональному та місцевому) бракує чітких планів та розподілу відповідальності для того, щоб робити нехай невеликі, але систематичні кроки у боротьбі з НІЗ. А відсутність належного контролю зі сторони уповноважених органів, не дозволяє відслідкувати ефективність реалізації тих, чи інших інтервенцій. Наприклад, незважаючи на прийняття низки нормативних актів, що стосуються тютюну та алкоголю, включаючи оподаткування та заборону на рекламу, їх загальна реалізація є незадовільною, головним чином через неналежне виконання та контроль з боку відповідних органів.

Часті зміни політичних сил, а також епідемія COVID – 19 є суттєвими бар'єрами для посилення впровадження ключових заходів протидії НІЗ на усіх рівнях. Керівництво МОЗ України визнає, що НІЗ – найважчий компонент в реалізації політики розбудови системи громадського здоров'я в Україні. Зараз програма реформування системи ГЗ фокусується на розбудові вертикалі епідемічного контролю, розподілі повноважень і створенні законодавчого підґрунтя. Відділи контролю за НІЗ на регіональному рівні будуть створюватися дещо пізніше.

Часта зміна бачення вектору розвитку системи громадського здоров'я на центральному рівні, у поєднанні з процесами децентралізації, призвели до того, що на регіональному рівні одностайності в контексті політичної підтримки для покращення профілактики та контролю НІЗ немає. Якщо в Полтавській, Херсонській, Рівненській, Львівській областях експерти вказують на підтримку регіональною владою питань політики протидії НІЗ, то в Дніпропетровській – відсутність сфокусованості на НІЗ в контексті розвитку СОЗ в цілому і ГЗ зокрема. Останні роки керівництво області не дуже приділяє увагу НІЗ, навіть у питаннях протидії серцево-судинним захворюванням. Ймовірно, це пов'язано з фокусованістю на питаннях протидії пандемії COVID-19.

## **БАР'ЄР 2. ФОРМУВАННЯ ЧІТКИХ ПІДХОДІВ ДО ВСТАНОВЛЕННЯ ПРІОРИТЕТІВ ТА ОБМЕЖЕНЬ**

Передусім варто сказати, що ситуація зі встановленням пріоритетів неоднозначна: з одного боку простежується пріоритизація питань збереження здоров'я населення, підвищення доступності медичної допомоги, а з іншого боку, присутня невизначеність в напрямках реформування, відсутність єдиного бачення розбудови системи охорони здоров'я, а пріоритизація НІЗ в реформуванні системи громадського здоров'я не виглядає першочерговою.



Сьогодні стратегія (і навіть не одна) запровадження «системних» змін є, але системності у впровадженні цих змін, критеріїв вибору пріоритетів або їх зважування щодо інших, в переважній більшості немає.

В Україні тривалий час був жорстко регламентований механізм фінансування системи охорони здоров'я (постатейне фінансування), який не давав можливості для перерозподілу коштів за потребами і був прив'язаний у госпітальному сегменті виключно до ліжок-місць, а в амбулаторному – до кількості населення на дільниці. Формування бюджету йшло з орієнтацією на попередній рік. Реформа фінансування системи охорони здоров'я у 2017 дала можливість запровадити в Україні програмно-цільовий принцип фінансування [164]. Він передбачає, що головний розпорядник бюджетних коштів (МОЗ України), за погодженням з Міністерством фінансів, визначає результативні показники. Це дозволяє розподіляти всі видатки, виходячи з результатів, а не очікуваних ресурсів.

Створення єдиного державного закупівельника (НСЗУ) [165], а також Закон України про автономізацію медичних закладів [170] дозволило більш ефективно використовувати фінансування, виходячи з наявних викликів. Сьогодні НСЗУ розробила пакети медичної допомоги, згідно з якими з 2020 року держава в особі єдиної державної закупівельної інституції (НСЗУ) закуповує послуги у надавачів, на основі договорів про медичне обслуговування. Розроблення програми медичних гарантій (ПМГ) – це, по суті, перша спроба прив'язати фінансування охорони здоров'я до чітко окреслених пріоритетів в охорони здоров'я, у тому числі й тягаря хвороб, а також розподілити на первинну, спеціалізовану та екстрену допомогу [171].

Разом з тим, варто зазначити, що ефективне функціонування Програми медичних гарантій, яка б в повній мірі враховувала тягар захворювань при плануванні стратегічних закупівель, потребує якісних, своєчасних та достовірних статистичних даних. В Україні ж це чи ненайслабша ланка в процесі планування видатків на охорону здоров'я: збір статистичної інформації не має єдиної методології, подекуди дані все ще збираються на паперових носіях. Це затримує процес узагальнення статистичної інформації на кілька років, що є критичним у контексті запровадження середньострокового бюджетного планування, як базового для підготовки річних бюджетів.

Таким чином, видатки на охорону здоров'я номінально ніби зросли (на 20 % з 2015 до 2020 року), але фактично – ні. Це збільшення частково можна пояснити зниженням чисельності населення (на 2,9 % за аналізований період – і частка НІЗ в причинах скорочення населення вагома) [172, 173, 174], а також значним скороченням консолідованих видатків на охорону здоров'я у відсотках від ВВП (з 3,6 % до 3,0 %, тобто майже на 15 %). Тож державні видатки на охорону здоров'я зростають набагато повільніше, ніж економіка. (Таблиця 3.2).

**Таблиця 3.2. Зміни у фінансуванні охорони здоров'я у 2015–2020 роках\***

	2015	2016	2017	2018	2019	2020 план	2021 прог- ноз	Різни- ця у % 2020 до 2015	Різни- ця у % 2020 до 2015
<b>Консолідовані бюджетні видатки на охорону здоров'я</b>									
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (2015 р., грн)	1 657	1 553	1850	1 897	1 959	1 988	1 848	20.2	-8.4
Реальні видатки на охорону здоров'я (2015 р., млрд грн)	71.0	66.3	78.6	80.2	82.3	83.2	77.0	17.1	-8.7
Видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	3.6	3.2	3.4	3.3	3.2	3.0	3.0	-14.8	0
Частка видатків на охорону здоров'я у консолідованих видатках	10.4	9.0	9.7	9.3	9.4	9.2		-11.5	

Варто зазначити, що інтерв'ю з регіональними експертами показало, що загальний процес визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я базується на запропонованих пріоритетах НСЗУ (ПМГ). Те, що в пакетах медичних гарантій не виокремлюється загальнопрофілактична складова та розвиток громадського здоров'я в частині протидії НІЗ, створює серйозні обмеження для фінансування цих напрямів. Як показує досвід з пандемією COVID-19, фінансування заходів для подолання пандемії стає пріоритетним в розподілі видатків, перекладаючи фінансування профілактики НІЗ та промоції здоров'я на плечі місцевої влади.

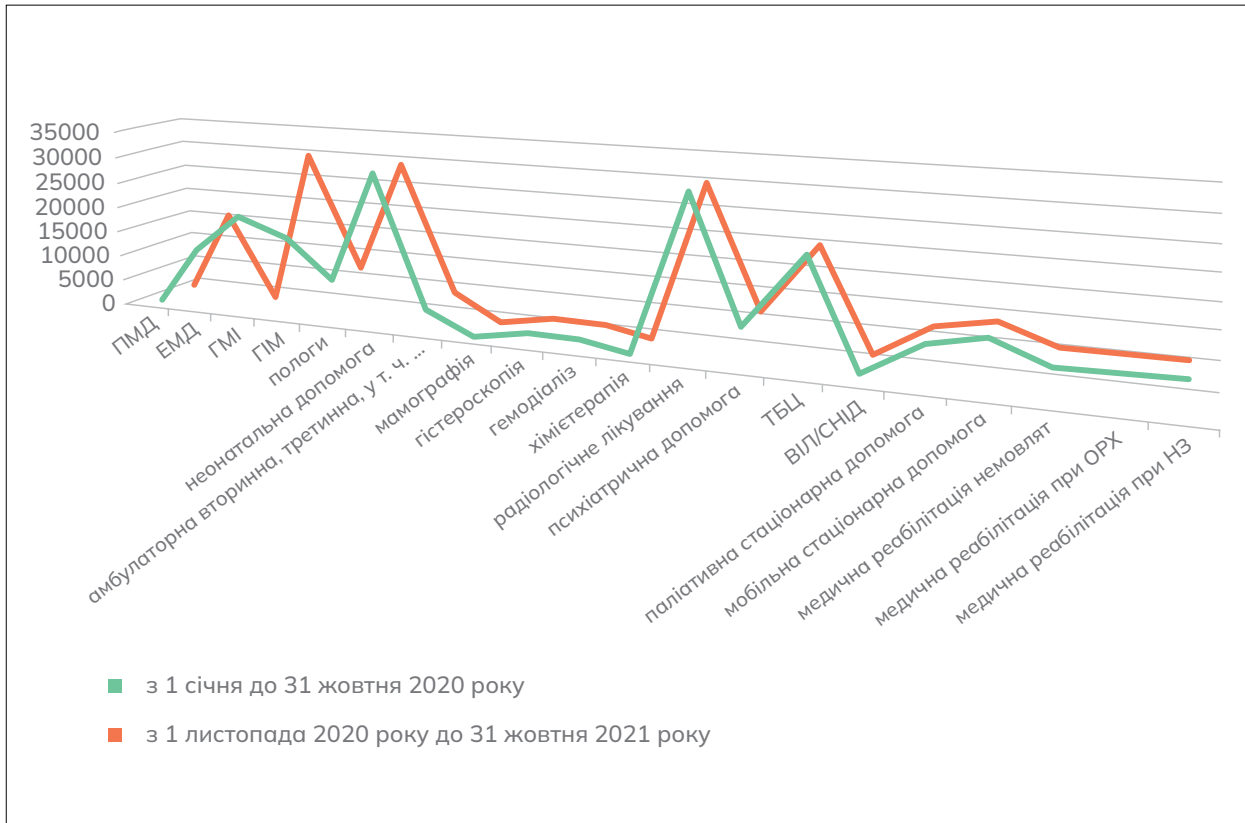
Як видно з рис. 3.1, в програмах медичних гарантій розвиток системи громадського здоров'я, особливо в частині профілактичної та промоційної діяльності, не виокремлено.

Фінансування розвитку громадського здоров'я закладено у загальний бюджет на охорону здоров'я (див Рис.3.1). Однак, в бюджеті вказані видатки на «громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями», що також створює ризики перерозподілу фінансування на користь інфекційної компоненти громадського здоров'я.

Таким чином, маємо задеклароване розуміння пріоритетів НІЗ як на центральному, так і регіональному рівнях. Однак часті зміни політичних лідерів (що призводить до зміни пріоритетів розвитку СОЗ), а також пандемія COVID-19 створюють виклики для сталого розвитку реалізації програм протидії НІЗ. Як наслідок, немає оцінки програми медичних гарантій, що закінчилася, та плану дій щодо неінфекційних захворювань. А це було б

\*Таблиця створена за даними з офіційних бюджетних обрахунків [175].

**Рис.3.1. Перелік програм медичних гарантій (динаміка фінансування 2020–2021 рр.) [176]**



**Рис. 3.2. Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я (в динаміці за 2019–2022 (план) рр.) [177]**





важливим під час розробки інших політичних рішень та концептуальних документів, таких як нова стратегія та план дій щодо реалізації стратегії розвитку системи охорони здоров'я, прийняття яких очікується.

Разом з тим, маємо показати і позитивні тенденції, які при системному впровадженні суттєво знівелюють вищезазначені ризики та бар'єри. Зокрема, йдеться про таке:

- ▶ Реформа системи охорони здоров'я передбачає, що НСЗУ повністю перейде до використання електронних даних (даних електронної системи охорони здоров'я e-Health) і відійде від необхідності спиратися на дані, зібрані за допомогою паперових носіїв. Це суттєво підвищить ефективність планування видатків на основі очікуваних об'ємів використання послуг.
- ▶ Регіональні експерти підтвердили розуміння та готовність місцевої влади фінансувати заходи, спрямовані на протидію хронічним неінфекційним захворюванням, заходи з промоції здоров'я.
- ▶ Наказом МОЗ України №2071 від 27.09.2021 р. утворено міжсекторальну робочу групу з питань розробки Стратегії розвитку СОЗ до 2030 року. Це дозволяє очікувати, що буде напрацьовано системне бачення розвитку СОЗ в Україні, у тому числі у напрямі посилення політики протидії НІЗ.
- ▶ В Україні в цілому є доказове підґрунтя, яке можна використовувати під час розробки політики: з 2016 року в Україні проводиться репрезентативне дослідження «Індекс здоров'я. Україна», яке створює доказову базу щодо ставлення, досвіду і поведінки користувачів медичної допомоги та тих, хто нею не користується, а також ілюструє, яким чином імплементація медичної реформи у різних регіонах позначається на споживачах медичної допомоги [144].

Щодо регіональних аспектів встановлення пріоритетів, то результати оцінки показують, що в цілому майже у всіх регіонах є розуміння пріоритетності НІЗ в програмах розвитку та діяльності СОЗ. Так, наприклад, в усіх регіонах є обласні плани протидії НІЗ, які затверджують голови ОДА. Однак не у кожному регіоні виділяється фінансування на виконання плану. Позитивні результати спостерігаються у тих регіонах, в яких поряд із затвердженим планом протидії НІЗ діють спеціалізовані програми. Так, наприклад, в Рівненській області питання НІЗ входять в план роботи Управління охорони здоров'я. Паралельно з виконанням цього плану у 2020 році реалізовувався проєкт Світового Банку з протидії серцево-судинним захворюванням, тож заходи щодо боротьби з ССЗ (навчання медичного персоналу, відкриття кардіоцентру) впроваджувалися не лише на обласному, але й на районному рівнях. У Львівській області реалізуються, затверджені регіональним планом заходи, але моніторингу якості їх виконання поки немає.

### **БАР'ЄР 3. ПОСИЛЕННЯ МІЖВІДОМЧОЇ СПІВПРАЦІ**

Передусім важливо сказати, що законодавчого закріплення міжгалузевого характеру охорони здоров'я в Україні досі немає. Лише в законопроекті «Про систему громадського здоров'я», який прийнято поки лише у першому читанні, закріплено цю дефініцію, зокрема: в трактуванні поняття «єдине здоров'я», як «...міжсекторальний підхід до розробки та впровадження програм, політики, законодавства та досліджень, в межах яких взаємодіють кілька секторів, таких як медицина, охорона здоров'я



людини (громадське здоров'я), медицина праці, ветеринарна медицина, безпечність продуктів харчування, екологія та природне середовище, з метою забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя та здоров'я населення», а також – міжгалузеве співробітництво, як «...координація діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері громадського здоров'я...».

Хоча в Україні в цілому створені усі передумови для міжвідомчої співпраці щодо протидії неінфекційним захворюванням:

- ▶ Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку закріпив міжсекторальну взаємодію та забезпечив утворення координаційної міжвідомчої ради, визначив її завдання і повноваження.
- ▶ У травні 2021 року Указом Президента України було затверджено «Стратегією людського розвитку» [178], у якій також передбачено міжсекторальний підхід її реалізації. Однією з пріоритетних цілей Стратегії є «покращення медико-демографічної ситуації в Україні». Але поки лишається незрозумілим, яким чином планується досягти стратегічних цілей. Хоча передбачено щодва роки розробляти план заходів з реалізації визначених у Стратегії цілей і завдань, проводити моніторинг виконання індикаторів результативності, суспільного діалогу та широкого залучення громадськості, розвивати міжнародну співпрацю за напрямками, визначеними у Стратегії. Варто зазначити, що перспектива реалізації цих міжсекторальних механізмів лишається сумнівною, адже подібні завдання ставилися і в Національному плані.
- ▶ В МОЗ України, у відповідності до рішення РНБО «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [179], була створена міжсекторальна робоча група та 4 підгрупи [180], які будуть розробляти ключові складові Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [162], у тому числі – реформування системи громадського здоров'я. Це може стати хорошою відправною точкою для забезпечення більш стратегічної та ефективної співпраці шляхом чіткого розподілу відповідальності та більшої підзвітності.

Окрім цього, в кожному регіоні розроблені обласні плани протидії НІЗ, які затверджують голови обласних рад, про що вже йшлося вище. Однак не проведено жодного моніторингу та оцінки щодо виконання Національного плану заходів щодо НІЗ, хоча цей інструмент був закладений в документі. Тому лишається незрозумілим, як відбувається міжгалузєва співпраця та які індикатори такої діяльності.

Таким чином, міжвідомча співпраця на загальнодержавному рівні носить досить формальний підхід. Не здійснюється аналіз виконання чинних програм та планів, тому нові створюються без врахування попередніх недоліків, слабких та сильних ланок. На регіональному рівні міжвідомча взаємодія – більш дієвий механізм реалізації публічної політики у СОЗ, адже усі стратегічні питання вирішуються на сесіях обласних рад, до складу яких входять представники різних відомств та секторів, підпорядкованих голові облради, як головному координатору тих чи інших програм. Це стосується і регіональних планів протидії НІЗ, які, як вже зазначалося у попередніх розділах, розробляються кожним регіоном у відповідності до Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення



глобальних цілей сталого розвитку. Але й тут є ціла низка невирішених питань: на регіональному рівні є усі інструменти і повноваження для ефективної міжгалузевої співпраці щодо протидії НІЗ, однак результати неоднозначні в різних регіонах. Все залежить від кількох факторів:

- 1) Політичної волі на рівні регіону щодо належного фінансування програм реалізації регіонального плану. Адже, відповідно до вищезгаданого Розпорядження КМУ «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку», «...фінансування виконання Національного плану заходів здійснюється центральними та місцевими органами виконавчої влади, відповідальними за його виконання, зарахунок та межам видатків, передбачених у державному та місцевих бюджетах на відповідний рік, а також інших джерел, не заборонених законодавством» [30]. Відповідно, у тих регіонах, де є розуміння важливості питань НІЗ, виділяється фінансування на їхню реалізацію, а в інших регіонах пріоритети віддаються іншим напрямкам. Варто зазначити, що за даними регіональних експертів жоден з регіонів, навіть при повній політичній підтримці не мав повного фінансування програмних активностей щодо протидії НІЗ. Останніми роками ситуація з фінансуванням ускладнилась ще й тим, що пріоритетним стало питання протидії пандемії COVID-19.
- 2) Наявності інших інструментів та джерел фінансування. В тих регіонах, де поряд з Національним планом дій, реалізуються проекти за міжнародною фінансовою підтримкою, спостерігаються результати щодо тих чи інших (передбачених проектом) напрямів протидії НІЗ.

#### **БАР'ЄР 4. РОЗШИРЕННЯ ПРАВ ТА МОЖЛИВОСТЕЙ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ**

В Україні створені передумови для широкого залучення громадськості під час формування, реалізації та моніторингу виконання політик в охороні здоров'я, у тому числі й щодо протидії НІЗ. Так, згідно з Постановою КМУ № 996 від 03.11.2010 р. (з правками від 2019 року) «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики» [181, 182], консультації з громадськістю проводяться з метою залучення громадян до участі в управлінні державними справами, надання можливості для їх вільного доступу до інформації про діяльність органів виконавчої влади, а також забезпечення гласності, відкритості та прозорості діяльності зазначених органів. Це реалізується також через дію громадських рад при міністерствах, органах виконавчої влади, закладах охорони здоров'я.

У сфері охорони здоров'я діє ціла низка різних за напрямом діяльності громадських організацій. Деякі є багатофункціональними, тоді як інші зосереджені на конкретних групах населення (пацієнтські організації) чи окремих проблемах охорони здоров'я (наприклад, відстоюють антитютюнову, антиалкогольну та інші політики). Більш активна їхня діяльність представлена на національному рівні, тоді як місцеві організації, як правило, менш активні. Окрім громадських організацій в Україні працює багато міжнародних структур та агенцій багатостороннього співробітництва, які також мають вагомий вплив на формування та реалізацію політики в охороні здоров'я.





В Україні 5 років поспіль, починаючи з 2016 року, проводилося репрезентативне дослідження «Індекс здоров'я. Україна», основна мета якого – вивчити рівень задоволеності громадян медичною допомогою, а також їхню поведінку в ситуаціях, пов'язаних зі здоров'ям [144]. За даними опитування 2020 року, в середньому в Україні 51 % населення цілком задоволені, або скоріше задоволені стаціонарною допомогою (значення попередніх років – 52 % у 2019, 56 % у 2018, 57 % у 2017 та 58 % у 2016). Можна припустити, що це результат потужної інформаційної кампанії, яка супроводжувала реформу системи охорони здоров'я в Україні. Адже задоволеність, досить часто – це відповідність реальної картини очікуванням пацієнта. Відповідно, роз'яснення змін, що відбуваються у СОЗ, пацієнтам, зрештою, позитивно впливає на сприйняття пацієнтами цих змін. На жаль, у зв'язку з комплексом причин, у тому числі через пандемію COVID-19, останніми роками активність комунікаційних кампаній знизилась. Разом з тим, у переважній більшості населення є постійний зв'язок зі своїми сімейними лікарями, рівень довіри і задоволеність роботою яких досить високий: 74 % населення були задоволені своїм лікарем ПМД у 2020 році [144].

Щодо рівня грамотності населення у питаннях здоров'я, то в Україні склалася досить неоднозначна ситуація: з одного боку рівень обізнаності населення у питання щодо певних аспектів здоров'я зріс. Так, згідно опитувань, у 2020 році 94 % опитаного населення знає симптоми інсульту, тоді як ще у 2016 році цей показник становив всього 50 % [144]. Що свідчить про те, що робота щодо популяризації питань НІЗ серед населення проводиться як з боку МОЗ України, зокрема ЦГЗ, та регіональних центрів громадського здоров'я, так і з боку лікарів ПМД, про що говорили експерти з усіх пілотних регіонів. Разом з тим, з початком пандемії COVID-19 фокус було зміщено і темі НІЗ перестали приділяти належну увагу.

З іншого боку, високий рівень смертності від НІЗ в Україні свідчить, у тому числі, про низький рівень усвідомлення населенням усіх небезпек, пов'язаних з НІЗ. А відтак, люди продовжують вести нездоровий спосіб життя, зазнавати впливу факторів ризиків, нехтувати профілактичними оглядами тощо.

Інтерв'ю з експертами показали, що цільового фінансування на просвітницьку діяльність не виділяється. Щодо ПМД, то до сьогодні немає індикаторів якості роботи лікарів ПМД, за які б вони отримували мотиваційні доплати, як, наприклад, охоплення населення скринінговими програмами. Тому просвітницька діяльність на рівні ПМД вкрай низька.

Дослідження вказують на необхідність удосконалення інтервенцій, спрямованих на поведінку пацієнтів, підходів до контролю за НІЗ як на індивідуальному рівні, так і на рівні постачальників медичних послуг. Підтвердженням цьому є дослідження, проведені Світовим Банком, згідно з яким значних втрат зазнає система охорони здоров'я України в контексті протидії НІЗ, в результаті слабких механізмів забезпечення послідовності надання послуг: від виявлення до лікування, реабілітації та зміни способу життя. Адже на кожному з етапів СОЗ втрачає пацієнтів через низку причин – від поганої організації процесів до відсутності маршрутизації та належної комунікації «лікар-пацієнт». А робота щодо зміни поведінки пацієнтів з боку лікарів ПМД взагалі майже не проводиться (за виключенням окремих прикладів, які ми наводимо нижче) [183].



## **БАР'ЄР 5. СТВОРЕННЯ ЕФЕКТИВНИХ МОДЕЛЕЙ НАДАННЯ ПОСЛУГ**

Послуги з громадського здоров'я в Україні надаються в межах новоствореної системи громадського здоров'я, до складу якої входять: регіональні центри контролю та профілактики хвороб, які підпорядковуються МОЗ через головного державного санітарного лікаря, що забезпечуватиме швидке реагування на виклики пандемії, а також злагоджену роботу щодо інших викликів у сфері громадського здоров'я. Кожен з обласних центрів тісно співпрацює з усіма установами області у сфері громадського здоров'я – управліннями/департаментами охорони здоров'я ОДА, управліннями/департаментами освіти, департаментами захисту довкілля й екології, управліннями ДСНС та ін. Центр громадського здоров'я МОЗ України, як головна експертна установа, буде забезпечувати організаційно-методичний супровід роботи й координацію діяльності мережі ЦКПХ у межах епідеміологічного нагляду та реагування на небезпеки. Деякі регіони, як наприклад Полтава та Дніпро, рішенням обласної ради зберегли також і обласний центр громадського здоров'я. Фахівці ЦКПХ та ЦГЗ, у співпраці з лікарями первинної медичної допомоги надають населенню профілактичні послуги з охорони здоров'я та через відповідні структурні підрозділи здійснюють моніторинг і аналіз результатів впровадження політики з протидії НІЗ на рівні ПМД. Однак новостворена структура та профіль робочої сили більше орієнтовані на питання протидії інфекційним захворюванням. Можливості щодо зміцнення здоров'я та просвіти населення, заходів із охорони здоров'я, спрямованих на запобігання НІЗ, обмежені (вкрай не вистачає фахівців у цій царині). Окрім того, немає й цільового фінансування саме на профілактичну діяльність. Незважаючи на обмеженість ресурсів, робота щодо протидії НІЗ ведеться. Зокрема є приклади спільних дій щодо популяризації програм скринінгу, спільні комунікаційні заходи з питань протидії НІЗ в межах виконання обласних програм тощо. Так, наприклад, в Рівненській області на первинній ланці впроваджено «Школу здоров'я», що працює за принципом «рівний рівному».

Кожна область має затверджений обласний план заходів з реалізації на регіональному рівні Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку (хоча деякі з цих планів потребують оновлення та доопрацювання). Для реалізації регіональних планів також утворюються обласні координаційні міжвідомчі ради з питань профілактики неінфекційних захворювань при обласній державній адміністрації, до яких входять представники різних галузей (освіта, екологія, поліція, медицина та ін.). Окрім цього, мережа регіональних центрів громадського здоров'я тісно співпрацює з іншими зацікавленими сторонами у секторі охорони здоров'я, такими як неурядові організації (наприклад, Червоний Хрест та пацієнтські організації), а також з іншими державними органами, такими як регіональні відділи освіти, аграрної політики та продовольства, Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів та ін. Однак міжгалузєва співпраця не є достатньою та все ще має бути посилена, про що йшлося вище.

Щороку регіональні центри громадського здоров'я у грудні подавали звіти рішень та виконання плану роботи Координаційної ради. Разом з тим оцінка результатів відсутня і сприймається як проблема спроможності виконувати покладені на неї функції.



Другою важливою ланкою надання послуг в царині протидії НІЗ є *первинна медична допомога* (ПМД). Послуги первинної медичної допомоги, згідно Наказу МОЗ України №504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги», надаються у закладах охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, у тому числі в комунальних некомерційних підприємствах або фізичними особами – підприємцями, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД [63]. Центри ПМД є власністю органів місцевого самоврядування. Тому представники адміністрацій місцевого самоврядування, місцеві політики та представники громад беруть участь у вирішенні питань охорони здоров'я через ради охорони здоров'я. Представники регіональних центрів громадського здоров'я (а згідно нової структурної організації системи громадського здоров'я – ЦКПХ) також є членами таких рад. Муніципалітети сприяють фінансуванню центрів ПМД в частині утримання будівель, закупівлі обладнання, придбання транспортних засобів, а іноді й мотиваційних доплат медичним працівникам.

Лікарі ПМД (сімейний лікар, лікар-педіатр або лікар-терапевт) обслуговують змішане населення за чисельністю: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря педіатра. Обсяг практики може відрізнитися від оптимального, залежно від соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики. Список послуг чітко визначений, і, зокрема, включає: консультації щодо факторів ризику виникнення захворювань, ведення пацієнтів з хронічними захворюваннями, базові дослідження та аналізи, вакцинацію дітей та дорослих, згідно з Національним календарем профілактичних щеплень, а також консультування пацієнтів у телефонному режимі. Вартість цих послуг компенсує держава через Національну Службу Здоров'я України (НСЗУ).

Мережа закладів ПМД добре розвинута по всій території України, але проблеми доступності все ж існують у сільській місцевості. Це пов'язано як із відсутністю амбулаторій (не у кожному населеному пункті є амбулаторії ПМД), так і з проблемами доїзду (прямого транспортного сполучення також часто немає). Окрім того, часто у віддалених районах та у сільській місцевості є дефіцит кадрів – як лікарів, так і медсестер. Про це говорить офіційна статистика, підтвердили цю проблему й регіональні експерти. Так, зокрема, на особливий дефіцит кадрів у сільській місцевості вказали експерти Полтавського регіону.

Пацієнти можуть обирати лікарів без прив'язки до місця проживання. Обрати лікаря можна як онлайн (через систему ehealth), так і звернувшись у медичний заклад. Єдина умова – медичний заклад або ФОП мають бути підключені до системи НСЗУ. При цьому на ринку медичних послуг створено умови для конкуренції: в Програмі медичних гарантій брати участь можуть надавачі послуг як із закладів державної/комунальної форми власності, так і приватні провайдери та ФОПи. За 2020 рік НСЗУ виплатила понад 622 млн грн приватним закладам та лікарям-ФОП. 21 % від загальної кількості укладених договорів – це приватні заклади [184].



Наявність розвинутої мережі ПМД не забезпечує надавачів спеціалізованої медичної допомоги від перевантаження. Багато пацієнтів напряму звертаються до вузьких спеціалістів. Причиною цього, передусім, є відсутність розробленого, затвердженого і обов'язкового до виконання маршруту пацієнта. Це досить часто призводить до «затягування» в постановці діагнозу та лікуванні, а також відсутності зворотного зв'язку від вузьких спеціалістів лікарям ПМД. Це з одного боку підвищує вартість послуги, а з іншого призводить до того, що лікарі ПМД «гублять» тих пацієнтів, які були скеровані до вузьких спеціалістів. Перехідний етап в документообігу (від паперових носіїв до електронної форми звітності) призводить до плутанини в статистичній інформації. Як наслідок, статистичні дані щодо госпіталізації аналізуються не повністю, тож зробити висновки про масштаби необґрунтованих госпіталізацій, зараз важко.

### **Кадрове забезпечення первинної медичної допомоги**

В Україні існують серйозні проблеми в царині кадрового забезпечення СОЗ і ПМД, зокрема. Основними проблемними питаннями є: диспропорція за спеціалізацією, за географічним розподілом, за співвідношенням кількості лікарів до медичних сестер. Кадрова криза здебільшого стосується середнього медичного персоналу: співвідношення кількості медичних сестер до лікарів в Україні має тенденцію до зниження, зокрема через негативні темпи приросту кількості медичних сестер. Варто зазначити, що лише на первинці спостерігається деяке зростання частки медичних сестер.

Щодо диспропорції за спеціальностями, то чотири з п'яти лікарів є лікарями-спеціалістами. Кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів зростає головним чином за рахунок перепрофілювання дільничних терапевтів та педіатрів. Співвідношення медичних кадрів первинної та спеціалізованої допомоги залишається стабільним. За даними офіційної статистики, у 2019 році щільність лікарів становила 37,2 на 10 тис. населення, а щільність середнього медичного персоналу – 74,4 на 10 тис. населення. Досить висока щільність лікарів та середнього медичного персоналу спостерігається в Львівській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Тернопільській, Хмельницькій, Вінницькій, Полтавській та Запорізькій областях. Тоді як в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях – низька щільність як лікарів, так і медсестер. Варто зазначити, що негативний кадровий дисбаланс спостерігається саме на рівні середнього медичного персоналу. Загалом у 2017–2018 рр. кількість лікарів зменшилася на 2 737 осіб, а кількість середнього медичного персоналу – на 17 032 особи. Це майже удвічі більше, ніж у попередньому році. Саме за рахунок медичних сестер, акушерів та фельдшерів спостерігається зменшення середнього медичного персоналу впродовж 2017–2018 рр. Це, у свою чергу, вплинуло на співвідношення кількості медичних сестер та лікарів у СОЗ первинного рівня: у 2014 р. на одного лікаря первинної ланки припадало 1,2 медичної сестри, а у 2018 р. – 1,4 медичної сестри [185]. І хоча зміна принципів фінансування ПМД (перехід на принцип капітаційної ставки) підвищила привабливість роботи на первинній ланці, в деяких регіонах лишається серйозна проблема кадрового забезпечення лікарями ПМД, особливо – в сільській місцевості. Щодо середнього медичного персоналу, то тут ситуація залишається стало негативною. Варто зазначити, що на регіональному рівні є розуміння важливості наближення первинної медичної допомоги до населення, тому докладаються зусилля для покращення кадрового забезпечення ПМД.



## **Організація догляду**

Робочий час у центрах ПМД зазвичай – з 08.00 до 19.00 або 20.00 (залежно від закладу охорони здоров'я), а персонал, як правило, працює у дві зміни. Лікарі ПМД зазвичай ведуть прийом з 08.00 до 14.00. Друга зміна – з 14:00 до 19:00/20:00. У середньому лікарі ПМД ведуть прийом пацієнтів протягом 4,5 годин на день та приймають в середньому 20 пацієнтів. Остання година може бути присвячена оформленню документів або візитам додому. В цілодобовому режимі заклади ПМД не працюють. Як вказують експерти з регіонів, були спроби організувати чергування до 22:00. Наприклад, в Решитилівському районі Полтавської області місцева влада взяла на себе утримання невідкладної медичної допомоги: є транспорт, в ПМД працює черговий лікар.

Середня тривалість візиту одного пацієнта становить 13 – 15 хвилин. Немає значущої різниці в кількості прийнятих пацієнтів одним лікарем ПМД залежно від типу закладу. Більшість пацієнтів – це жінки, їх частка від загальної кількості пацієнтів становить від 61 % до 66 % залежно від типу закладу. Доступ до ПМД мають усі категорії населення, у тому числі уразливі групи.

Не в усіх, але у більшості ЦПМД є кабінети долікарського прийому, де медичні сестри надають медичні послуги, які не потребують лікарського втручання: вимір антропометричних даних, проведення просвітницької роботи тощо. Це хороша практика використання потенціалу медсестер для надання медичної допомоги в громаді, тому дуже важливо впроваджувати в практику посаду медсестри з розширеними повноваженнями. Однак, це вимагає наявності відповідних професійних компетентностей у медичних сестер.

Зараз в СОЗ України активно впроваджують електронні ресурси не лише в документообігу, але й широко використовують такі можливості, як телемедицина. Що, певною мірою, дозволяє вирішувати проблеми кадрового забезпечення. Однак виникають певні проблеми з маршрутизацією пацієнтів. Первинний рівень медичної допомоги повністю перейшов на електронний документообіг, у тому числі й електронні картки пацієнтів, направлення тощо. А вторинний та третинний рівні лише на етапі переходу на систему ehealth, переважають ще паперові носії інформації, а у поєднанні з не обов'язковістю дотримання маршрутизації це призводить до того, що пацієнти досить часто «губляться» між рівнями медичної допомоги.

## **Профілактика НІЗ**

В останні роки проводяться досить потужні комунікаційні кампанії щодо різних аспектів НІЗ, популяризації скринінгових програм тощо. Більшість населення знає ознаки інсульту, інфаркту, цифри артеріальної гіпертензії. Однак залишається проблематичне питання – зміна поведінки населення на більш здорову. Нестача медсестер на первинній ланці, про яку ми писали вище, негативно впливає на профілактичну складову в діяльності ПМД. А вже на лікарів збільшується загальне навантаження, у тому числі й функцій з профілактики та промоції здоров'я, які у повній мірі могли б виконувати медсестри. Варто зазначити, що діяльність ПМД в профілактичному напрямі дуже залежить від лікарів та керівників ПМД. Так, наприклад у місті Рівно є Центр ПМД «Ювілейний», який входить в число найкращих центрів ПМД України. Лікарі цього закладу охорони



здоров'я пройшли тренінги з питань профілактики НІЗ і зараз проводять навчання для медичного персоналу інших центрів. Окрім того, лікарі цього Центру ПМД активно консультують пацієнтів з питань профілактики НІЗ.

## **ВИКЛИК 6. ПОКРАЩЕННЯ КООРДИНАЦІЇ РОБОТИ МІЖ ПОСТАЧАЛЬНИКАМИ ПОСЛУГ**

В Україні створено нормативно-правові передумови розвитку електронної охорони здоров'я та широкого використання телемедицини. Більше того, у вересні 2020 року робоча група під егідою заступника Міністра охорони здоров'я з питань цифрового розвитку, цифрових трансформацій і цифровізації розробила Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я [186].

У 2017 році було прийнято закон про покращення медичного обслуговування населення у сільській місцевості, у тому числі шляхом використання сучасних цифрових технологій – телемедицини. На виконання цього закону були визначені пілотні області для впровадження та відпрацювання цієї технології, але на сьогодні системного впровадження телемедицини так і не відбулося.

Зараз немає повноцінних інструментів відслідковування пацієнта в електронній системі, затверджених технічними вимогами до МІС. Пацієнта можна відслідкувати лише при взаємодії із сімейними лікарями та лікарями-спеціалістами щодо того, надані йому послуги чи ні.

Безпосередній моніторинг і аналіз станів пацієнта не здійснюється. Єдиною причиною виходу пацієнта з системи є його смерть. Пацієнт може розірвати декларацію із сімейним лікарем, проте інформація про нього залишається в системі. Якщо пацієнт переїжджає в іншу країну чи місто і нікого про це не повідомляє, не розриваючи декларацію із своїм лікарем, це в системі відображено не буде. У разі, якщо пацієнт потрапляє у місце позбавлення волі, це в системі відображено не буде, проте, його можуть закріпити за іншим лікарем безпосередньо у місці відбування покарання.

Пацієнт реєструється у системі здебільшого тоді, коли він звертається в ЗОЗ із бажанням подати декларацію. Коли для пацієнта створено обліковий запис, саме туди буде вноситись основна інформація про його взаємодію з надавачами медичної допомоги.

Доступ до всіх електронних медичних записів про пацієнта може мати його сімейний лікар для аналізу його стану. Інші лікарі мають доступ до власних записів, а також записів, що стосуються їхнього профілю та критичної інформації про пацієнта. Пункти, які відносяться до критичної інформації оновлюються і будуть визначені згодом.

Перенаправлення між рівнями медичної допомоги пацієнтів із НІЗ зараз ніяк не відрізняється від перенаправлень між рівнями пацієнтів з іншими хворобами та станами.

Початково пацієнт має звернутись до свого сімейного лікаря, який після консультації може виписати направлення на консультацію лікаря-спеціаліста. До якого саме



лікаря-спеціаліста і з якого ЗОЗ, пацієнт має змогу обирати самостійно. Лікар ПМД видає направлення, в якому вказано лише фах лікаря.

Без направлення пацієнт може звертатись до:

- ▶ гінеколога, в тому числі дитячого та підліткового віку;
- ▶ психіатра, в тому числі дитячого та підліткового;
- ▶ нарколога;
- ▶ стоматолога (ургентна допомога для всіх та планова для дітей);
- ▶ фтизіатра, зокрема і дитячого;
- ▶ педіатра;
- ▶ лікаря, у якого під наглядом перебуває пацієнт із хронічними захворюваннями.

Без направлення лікаря ПМД пацієнти можуть звертатись за екстреною медичною допомогою, до деяких приватних медичних закладів або ж до вузькопрофільних лікарів на умовах, визначених ЗОЗ. Також пацієнти можуть звертатися і до вузьких спеціалістів, але в такому разі будуть змушені оплатити консультацію самостійно, бо НСЗУ такі звернення не покриває.

Зараз в ЕСОЗ для аналізу доступні переважно адміністративні дані: скільки пацієнтів зверталось до своїх сімейних лікарів, яка кількість пацієнтів отримала направлення на консультацію з лікарем-спеціалістом, скільки направлень «спрацювало» на цей момент (тобто лікар-спеціаліст уже прийняв пацієнта за направленням від сімейного лікаря), розподіл типів взаємодій між лікарем-спеціалістом і пацієнтом (консультація, діагностика, процедура).

Інформація про причини скерувань з первинного рівня на вторинний не вказується, проте ця опція запланована до імплементації пізніше (точні терміни невідомі).

У наказі МОЗ № 587 від 28.02.2020 в пунктах 24–26 зазначено, що «для забезпечення якісного та своєчасного медичного обслуговування медичні працівники, які надають пацієнту медичну допомогу, мають право переглядати зведену медичну інформацію про пацієнта» [187].

Відповідно до наказу, до такої інформації, серед іншого, відносять такі захворювання:

- ▶ діабет;
- ▶ хронічні хвороби нирок;
- ▶ хвороби травної системи;
- ▶ розлади психіки та поведінки;
- ▶ хвороби нервової системи;
- ▶ бронхіальна астма;
- ▶ онкологічні захворювання активні чи в анамнезі;
- ▶ туберкульоз активний чи в анамнезі, хвороби системи кровообігу;
- ▶ гіпертонічна хвороба;
- ▶ порушення згортання крові;
- ▶ автоімунні захворювання, вроджені вади розвитку та спадкові захворювання, що були діагностовані.

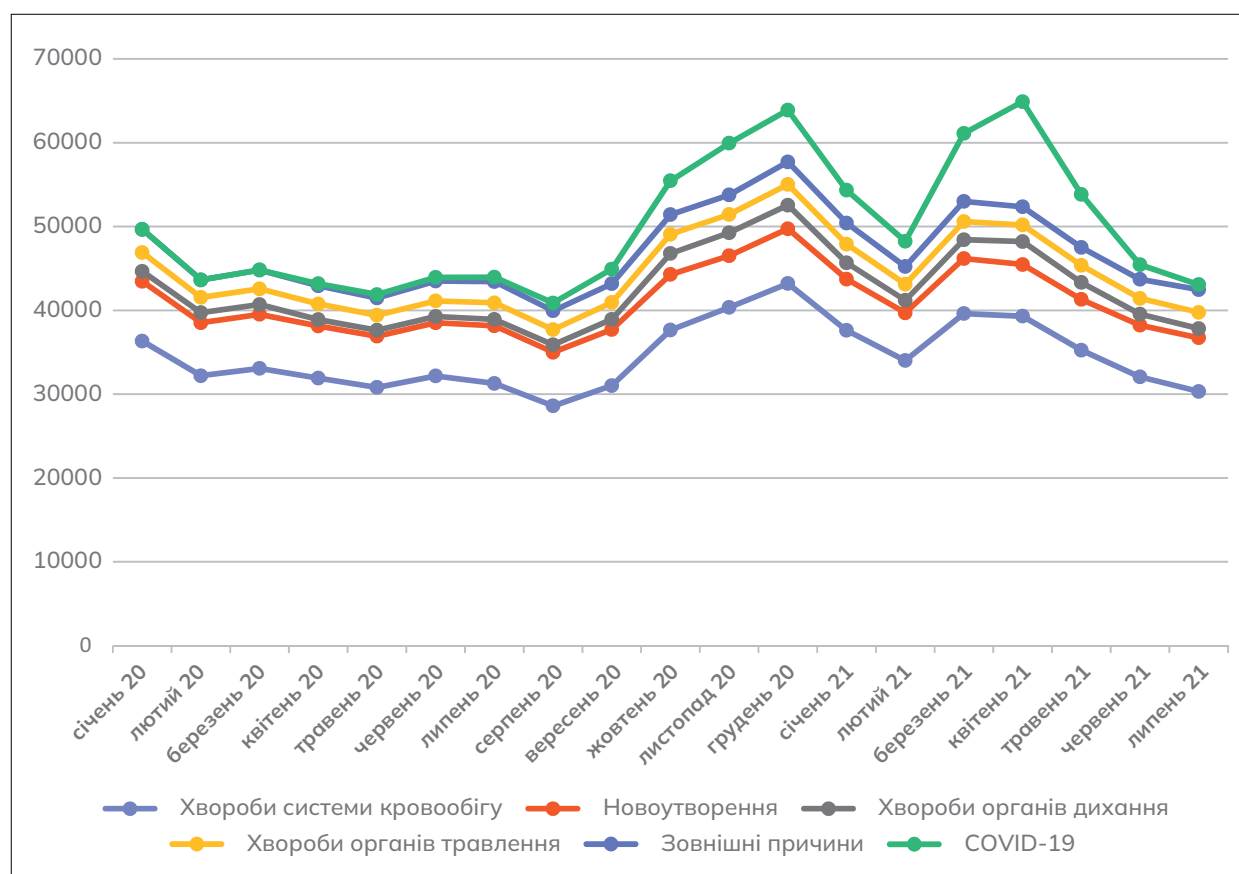


Тобто цей наказ передбачає внесення інформації про наявність в пацієнта НІЗ. Проте зараз в Технічних вимогах до електронної медичної інформаційної системи розділ «Зведена медична інформація» значно вужчий і називається «Patient summary» [187].

Концептуально це мало б працювати таким чином. Під час взаємодій із пацієнтом різні лікарі можуть вносити різні дані про проведені процедури, встановлені діагнози тощо. Доступ до всіх електронних медичних записів мають лише сімейні лікарі, закріплені за конкретними пацієнтами. Інші лікарі не повинні мати доступу до всієї інформації про пацієнта. Проте ЕСОЗ вирішує, яка інформація є критичною для надання меддопомоги пацієнту і важлива для інших лікарів при наданні допомоги (наприклад, алергії на певні лікарські засоби чи нещодавно проведені процедури) і така інформація відображається для лікаря будь-якої спеціалізації, який взаємодіятиме із пацієнтом. Проте ці інструменти поки не є досконалыми і Patient summary переважно дуже звужений. Зараз заплановано його подальшу розробку. А наказ № 587 планують переглядати і адаптувати під поточні Технічні вимоги електронної медичної інформаційної системи, які затверджує НСЗУ.

Маршрути пацієнтів за тим чи іншим напрямом певною мірою прописані у Програмі медичних гарантій, де вказано вимоги до організації надання медичної послуги, та у стандартах надання медичної допомоги за певними нозологіями. Разом з тим, чіткого алгоритму дій лікаря на різних рівнях надання медичної допомоги, яким би обов'язково керувалися лікарі при скеруванні пацієнтів, зараз не розроблено.

**Рис. 3.3. Динаміка смертності від основних причин 2020 – липень 2021 рр.** [173, 189]







З Рисунок 3.3 видно чітку закономірність: в період погіршення епідемічної ситуації, пов'язаної з COVID-19, зростає смертність від основних груп хронічних неінфекційних захворювань, що може свідчити про погіршення доступу населення до планової медичної допомоги (не пов'язаної з коронавірусною хворобою). Це при тому, що з 2021 року стартував другий етап реформування системи охорони здоров'я в Україні – реформування другого рівня медичної допомоги, – що передбачав запровадження гарантованих пакетів надання медичної допомоги, у тому числі з усіх вищезазначених напрямів. Однією з причин такої ситуації є, передусім, неефективна державна політика в частині маршрутизації пацієнтів з коронавірусною хворобою. Зокрема, для прийому хворих на COVID-19 були переоблаштовані лікарні планового лікування, пологові будинки, госпіталі, санаторії та інші медичні заклади. У грудні 2020 року 125 із 533 виділених для COVID-19 лікарень (кожна четверта) належали до таких закладів. У більшості випадків вони приймали невелику кількість пацієнтів або взагалі не приймали їх. Однак низьке завантаження цих лікарень впливало на загальну статистику, яка створювала хибне враження про те, що завантаженість системи надання медичної допомоги є допустимою чи прийнятною [190].

Щодо мультидисциплінарних груп ведення пацієнтів, то в Україні є кілька моделей. Наприклад, протокол надання медичної допомоги при інсульті включає, у тому числі й реабілітацію та послуги логопеда. В онкологічних стаціонарах практика ведення мультидисциплінарних груп пацієнтів є обов'язковою. При вирішенні тактики та обсягу лікування, рішення приймаються колегіально, із залученням таких фахівців, як: онколог, хіміотерапевт, хірург, радіолог, інколи – реабілітолог. Однак соціальний працівник, психолог, як правило, не залучаються. На етапі паліативного ведення пацієнта може залучатися додатково реабілітолог, соціальний працівник, духівник, інколи – психолог. Якщо йдеться про первинний рівень медичної допомоги, то, зазвичай, спостерігається моноведення пацієнтів.

Пацієнти продовжують звертатися напряму до вузьких спеціалістів та в стаціонар, минаючи лікаря ПМД. Окрім цього, пацієнти все частіше звертаються до спеціалістів із приватною практикою. Це, очевидно, створює певні прогалини в обліку пацієнтів. Часто після консультацій або госпіталізацій пацієнти не надають консультативні листи від спеціалістів своєму лікарю загальної практики. Це може створювати певні проблеми і для подальшого ведення таких пацієнтів.

Щодо залучення медсестер у процес ведення пацієнтів, то на сьогоднішній день, відповідно до довідника кваліфікаційних професій, медична сестра не є самостійною у своїй роботі та працює лише під керівництвом лікаря. Таким чином де-юре в Україні медичні сестри не можуть самостійно приймати рішення проводити такі маніпуляції як огляд пацієнта, збір анамнезу, інструментальні та лабораторні дослідження, а також вакцинацію. Однак на практиці спостерігається інша ситуація – медичні сестри виконують значно більше завдань, ніж визначено законодавчо. Повноваження для виконання цих завдань їм частково делегують лікарі, або відповідні призначення роблять керівники закладів охорони здоров'я, відповідно до посадових інструкцій. Так, наприклад, в Краматорську (Донецька область) медичні сестри самостійно проводять вакцинацію населення, окремий медсестринський прийом пацієнтів. Часто такий прийом є єдиним візитом пацієнта до закладу охорони здоров'я, під час якого визначають загальний стан пацієнта, проводять аналіз ефективності лікування



хронічних захворювань, оцінюють інформацію, отриману від пацієнта, збирають дані тощо. В Каніві (Черкаська область) медичні сестри відвідують пацієнта на дому, проводять телефонні консультації, первинний скринінг стану здоров'я пацієнта, призначають план лікування для пацієнтів без гострого перебігу хвороби.

## **ВИКЛИК 7. ЗАОЩАДЖЕННЯ РЕСУРСІВ ШЛЯХОМ ПРАВИЛЬНОЇ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ТА СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ НАДАВАНОЇ ДОПОМОГИ**

Сьогодні в Україні спеціалізована медична допомога надається у відповідності до пакетів медичних гарантій. Медичні заклади, що уклали договори з НСЗУ, отримують відповідне фінансування. Обов'язковими умовами для укладення договорів з НСЗУ є:

- ▶ автономізація закладу (перетворення в комунальне некомерційне/казенне підприємство);
- ▶ комп'ютеризація закладу (встановлення комп'ютерів або інших технічних засобів, наприклад планшетів, смартфонів тощо);
- ▶ підключення закладу до центральної бази даних ЕСОЗ через обраний МІС;
- ▶ наявність у закладу чинної ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики; підписання договору з Національною службою здоров'я України [191].

Медичні заклади, що надають стаціонарну медичну допомогу розподілено за такими напрямками:

- ▶ хірургічна допомога, що передбачає проведення хірургічних операцій дорослим та дітям на стаціонарному етапі за лікарськими спеціальностями: гінекологія, дитяча гінекологія, комбустіологія, нейрохірургія, дитяча нейрохірургія, онкогінекологія, онкологія, дитяча онкологія, онкоотоларингологія, онкохірургія, ортопедія і травматологія, дитяча ортопедія і травматологія, отоларингологія, дитяча отоларингологія, офтальмологія, дитяча офтальмологія, проктологія, судинна хірургія, торакальна хірургія, трансплантологія, урологія, дитяча урологія, хірургія, дитяча хірургія, хірургія серця та магістральних судин, щелепно-лицьова хірургія;
- медична допомога, що передбачає надання допомоги дорослим та дітям із нехірургічними (соматичними) захворюваннями в стаціонарних умовах за напрямками: акушерство і гінекологія, алергологія, дитяча алергологія, гастроентерологія, дитяча гастроентерологія, гематологія, дитяча гематологія, гінекологія, дитяча дерматовенерологія, ендокринологія, дитяча ендокринологія, імунологія, дитяча імунологія, інфекційні хвороби, дитячі інфекційні хвороби, кардіологія, дитяча кардіоревматологія, наркологія, неврологія, дитяча неврологія, нефрологія, дитяча нефрологія, педіатрія, пульмонологія, дитяча пульмонологія, ревматологія, терапія, токсикологія;
- ▶ спеціалізована медична допомога жінкам при пологах і новонародженим, а також передчасно народженим та/або хворим новонародженим у неонатальному періоді;
- ▶ спеціалізована медична допомога при гострому мозковому інсульті та гострому інфаркті міокарда.

Лікування гострого інфаркту міокарда, гострого мозкового інсульту, а також медична допомога жінкам при пологах і передчасно народженим та/або хворим новонародженим



у неонатальному періоді, визначено пріоритетними у сфері охорони здоров'я у 2020–2022 роках. Саме тому до цих медичних послуг було розроблено окремі вимоги.

Окремими пакетами медичної допомоги передбачено:

- ▶ діагностику та хімієтерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей;
- ▶ діагностику та радіологічне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей;
- ▶ психіатричну допомогу дорослим та дітям;
- ▶ діагностику та лікування дорослих та дітей із туберкульозом;
- ▶ діагностику, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини;
- ▶ лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії.

Паліативна медична допомога надається в стаціонарних умовах та вдома мобільними паліативними бригадами. Однак експерти вказали на проблемні питання в наданні паліативної допомоги: в тих регіонах, де відсутнє окреме паліативне та хоспісне відділення, кошти виділені НСЗУ не можуть бути використані. Тож попри те, що послуги мають бути надані та на них виділено фінансування, отримати ці кошти ні пацієнт, ні медичний заклад не може.

Станом на 2021 рік Національна служба здоров'я уклала договори із понад 3 тисячами медзакладів по всій країні, які надають первинну, екстрену та спеціалізовану медичну допомогу. Це як державні, комунальні, так і приватні медичні заклади:

- ▶ первинну медичну допомогу за договором з НСЗУ надаватимуть 1 848 медзакладів (серед яких – 193 приватних та 477 лікарів-ФОП);
- ▶ спеціалізовану медичну допомогу надають 1 886 медичних закладів, серед яких 83 приватних заклади та 16 лікарів-ФОП.

Найбільше договорів приватні заклади уклали на надання пріоритетних амбулаторних послуг з раннього виявлення онкології – мамографії, гістероскопії, гастроскопії, колоноскопії, цистоскопії та бронхоскопії. Серед нових пакетів у 2021 році – лікування пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями. Перелік закладів, які надають ту чи іншу медичну допомогу за договором з НСЗУ, можна знайти на офіційному сайті Національної служби здоров'я у розділі «Е-дані» на дашборді «Укладені договори про медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій» [192].

Відповідно до постанови КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074 для гарантованого забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстреної медичної допомоги відповідно до потреб населення певної території (госпітального округу), формується спроможна мережа опорних лікарень.

До опорних закладів охорони здоров'я відносять:

- ▶ комунальні та державні заклади охорони здоров'я, функціональні потужності та об'єм медичної допомоги яких відповідають або можуть бути підвищені для визначення їх багатопрофільною лікарнею інтенсивного лікування першого або другого рівня;

- ▶ інші заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу і визначаються з урахуванням пріоритетів розвитку сфер охорони здоров'я, затверджених МОЗ.

Перелік опорних закладів визначений на основі відповідної Методики формування мережі робочою групою, яка була сформована МОЗ України за участю представників Національної служби здоров'я України, Міністерства розвитку громад та територій України, представників проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» та обласних державних адміністрацій.

Опорна лікарня має відповідати таким вимогам:

- ▶ доступність закладу для пацієнтів – шлях до лікарні у межах не більше 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом;
- ▶ безпечність медичної допомоги на основі доказової медицини;
- ▶ своєчасність доступу до медичної допомоги;
- ▶ економічна ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання ресурсів;
- ▶ належне робоче навантаження та забезпечення належного рівня безпеки пацієнта;
- ▶ забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та госпітального етапу екстреної медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару;
- ▶ обов'язкова наявність відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
- ▶ відповідний об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що має бути забезпечений багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня (наказ МОЗ України від 19 жовтня 2018 року № 1881).

Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня має забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб.

Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня має забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб.

Оснащення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівня здійснюється відповідно до примірних табелів матеріально-технічного оснащення, що затверджуються МОЗ.

Фінансова стійкість закладів охорони здоров'я визначається можливістю власників таких закладів забезпечити наявність функціональних потужностей, відповідно до вимог законодавства, а також здатність постійно та ефективно надавати послуги вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги належної якості та в об'ємах в межах наявного обсягу фінансових ресурсів.

Загальна кількість багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування у госпітальному окрузі визначається з розрахунку загальної кількості населення, яке в ньому проживає.

Перелік опорних закладів охорони здоров'я затверджується Кабінетом Міністрів



України за поданням МОЗ та може бути переглянутий за результатами виконання програми державних гарантій медичного обслуговування населення [193].

Екстрену медичну допомогу надають Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, які, відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [194] забезпечують: прийняття викликів екстреної медичної допомоги; формування, оброблення та передачу інформації про виклики екстреної медичної допомоги; координацію дій бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та закладів охорони здоров'я щодо надання екстреної медичної допомоги; надання виїзної консультативної медичної допомоги до моменту передачі хворого в стаціонар чи отримання відмови від госпіталізації.

Таким чином, на сьогодні створена досить широка інфраструктура надання спеціалізованої та екстреної медичної допомоги. Ринкові умови управління та фінансування закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, а також закупівля державою медичних послуг як у державних/комунальних, так і приватних медичних провайдерів має спонукати до підвищення якості цих послуг. Зараз реформування другого та третього рівнів медичної допомоги лише розпочато. Ще не проводився ґрунтовний аналіз ефективності змін, що запроваджувались. Однак перші висновки зробити вже можна.

Зокрема, дослідження, проведене Центром Разумкова показало, що ситуація з пандемією COVID-19 оголила важливі проблемні аспекти в організації та діяльності СОЗ в Україні в контексті неінфекційних захворювань. В останні роки – в умовах пандемії COVID-19 – відбувалось нарощування потужностей «ковідних» лікарень. Так, навесні 2020 року Уряд визначив перелік із 248 лікарень, призначених для лікування хворих на COVID-19. Їх число пізніше було збільшене, а потужності розширені. Така тактика призвела до переформатування більшості закладів охорони здоров'я під «ковідні» лікарні, відповідно – до погіршення ситуації загального доступу населення до медичної допомоги у випадку НІЗ (як лікування, діагностики, так і профілактичних послуг) [195]. Наслідком цього стало суттєве зростання рівня смертності (як пов'язаних з COVID-19, так і від інших причин, про що ми писали вище). Згадане дослідження показало, що переважна більшість із опитаних, які мали проблеми зі здоров'ям і потребу в госпіталізації через хворобу (не пов'язану з COVID-19) отримали відмову у госпіталізації. Звісно, ми не можемо заявляти про загальну тенденцію на основі цих даних, але ці цифри показують певні збої в організації медичної допомоги в період пандемії, неготовність СОЗ ефективно реагувати на сучасні виклики.

Щодо фінансового тягаря для домогосподарств, то результати дослідження показали, що серед тих респондентів, які лікувались у стаціонарі останні півтора роки, понад 80 % сплачували за це з власної кишені. При чому неофіційно – 39,1 % респондентів. Якщо подивитися за що в цілому сплачували опитані споживачі медичних послуг, то за обстеження сплачували 99,9 % респондентів, за ліки – 93,2 % респондентів. Щодо амбулаторної медичної допомоги, то у цьому сегменті СОЗ ситуація краща: з 35,8 % респондентів, які протягом останніх півтора року мали потребу в амбулаторній допомозі (з причин, не пов'язаних з COVID-19), відмову отримували лише 8,4 % опитаних і 14,5 % респондентів вимушені були відкласти візит до лікаря. На відмову від візиту до лікаря ПМД/сімейного лікаря вказали лише 3,5 % респондентів [195].



## **ВИКЛИК 8. СТВОРЕННЯ ПРАВИЛЬНИХ СИСТЕМ СТИМУЛЮВАННЯ**

З грудня 2017 року в Україні розпочалася реформа фінансування системи охорони здоров'я, яка дала можливість чітко розмежувати ролі Уряду, місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я, що надають ПМД, сьогодні мають різні джерела фінансування: основне джерело – оплата за договорами з НСЗУ за методом капітації, додаткове – кошти місцевих бюджетів на покращення якості роботи закладів охорони здоров'я та впровадження програм місцевих стимулів. На перехідному етапі у 2018 році було впроваджено бюджетну програму «Надання первинної медичної допомоги населенню» (код 2308020) [196], яка передбачала забезпечення всіх громадян комплексною первинною медичною допомогою.

Крім того, відповідно до Закону України від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [197], було додатково виділено субвенції місцевим бюджетам у розмірі 5 млрд гривень на покращення інфраструктури ЗОЗ у сільській місцевості, зокрема на: будівництво, реконструкцію, капітальний ремонт комунальних закладів охорони здоров'я; придбання медичного обладнання, устаткування та засобів відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення; транспортну та телекомунікаційну інфраструктуру, зокрема Інтернет, комп'ютери, програми (eHealth, телемедицина); службове житло (будівництво, придбання), службовий автотранспорт (зокрема для обслуговування мешканців віддалених населених пунктів).

Зараз тарифи за надання медичних послуг ПМД шляхом капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року з відповідними коефіцієнтами регламентуються постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги» та переглядаються щороку [198]. Таким чином, у 2019 році у всіх закладах ПМД основним джерелом доходів були кошти, отримані від НСЗУ. Відбулися певні зміни у структурі видатків закладів ПМД. Найбільшу питому вагу становлять видатки на оплату праці. Для фонду оплати праці характерним є скорочення частки оплати медсестер та збільшення частки оплати лікарів.

Перехід на нову систему фінансування надання послуг первинної медичної допомоги шляхом введення капітаційної ставки, котру отримує заклад ПМД за кожного пацієнта, з яким підписано декларацію про медичне обслуговування, покладає на заклад ПМД низку зобов'язань щодо якості, вчасності та обсягу надання медичних послуг відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги [63]. Разом з тим, запровадження лише системи капітаційної оплати, без моніторингу визначених індикаторів роботи не є достатнім стимулом для значних змін у ПМД і може призвести до таких негативних наслідків їхньої діяльності як: збільшення направлення пацієнтів одразу на вторинний рівень медичної допомоги; відсутність мотивації здійснювати якісне лікування; селективність щодо пацієнтів через відсутність стимулів лікувати тих, хто потребує додаткової уваги; надання неповного обсягу послуг.

Регіональні експерти підтвердили відсутність будь-яких стимулів (окрім як за вакцинацію), які б прописувалися в колективному договорі. Оплата здійснюється лише



за кількість декларацій у відповідності до капітаційних ставок. І хоча індикатори якості надання медичної допомоги при тій чи іншій нозології прописані в клінічних протоколах, немає можливості їх відслідковувати. Тому неможливо оцінити, чи консультують лікарі своїх пацієнтів з питань факторів ризику, промоції здоров'я та ведення хронічних неінфекційних захворювань. Паперові талони ліквідовані, а електронні системи не дозволяють відслідковувати ці індикатори якості. Облік індикаторів має бути автоматизований, щоб їх можна було аналізувати і робити висновки.

## **БАР'ЄР 9. ІНТЕГРАЦІЯ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ**

Інтеграція доказових принципів у клінічну практику надає можливість стандартизувати медичну допомогу через впровадження клінічних протоколів та є одним з головних пріоритетів для України у сфері охорони здоров'я. Адже окрім забезпечення якості медичної допомоги, сучасні принципи інтеграції доказових даних у клінічну практику мають усунути й корупційну складову в системі стандартизації в Україні.

Передусім варто зазначити, що в Україні створена нормативно-правова база, яка регламентує систему стандартизації. Статтею 14 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [199] закріплено відповідні дефініції та обов'язковість дотримання стандартів медичної допомоги, правда лише для реабілітаційних послуг.

Наказом МОЗ України № 751 від 28.09.2012 року «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» затверджено «Методику розробки та впровадження стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини», «Методику розробки системи індикаторів якості медичної допомоги», «Положення про мультидисциплінарну робочу групу з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини» та «Положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги». За цей період було розроблено цілу низку уніфікованих клінічних протоколів, які розміщені на сайті Державного експертного центру МОЗ України. На цьому ж сайті розміщено усю медико-технологічну документацію (галузеві стандарти та клінічні настанови), яка регулярно оновлюється [200].

Тож в Україні створено систему стандартизації медичної допомоги, яка за останні 20 років зазнавала суттєвих змін. Початковою моделлю була система на чолі з МОЗ України та Державним експертним центром. Групи клінічних експертів з тієї чи іншої нозології збиралися у відповідності до затвердженого графіка. При цьому стандартизованого процесу розробки національних клінічних протоколів запроваджено ще не було.

У 2004–2006 роках із ЄС було розпочато спільний проєкт TACIS для оцінки системи клінічних протоколів і визначення можливих варіантів для України. За результатами оцінки були розроблені рекомендації, і з 2012 року запрацювала нова модель, яка регламентувалась вищезгаданим Наказом МОЗ № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», у який була включена більшість рекомендацій проєкту TACIS.

У 2016 році Наказом МОЗ № 1422 [201] було внесено зміни до методології розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги та дозволено лише перекладати списки референтних настанов інших країн як, наприклад, фінські настанови DuoDecim для використання в первинній медичній допомозі. Лікарням і клініцистам надали перелік прийнятних міжнародних джерел, включаючи настанови NICE Великої Британії та комерційне видання UpToDate на базі США, але не надали доступу до тих, що вимагали плати за підписку. Як здійснювати процес перекладу й адаптації, кожна лікарня мала визначити самостійно. Відсутність визначеної процедури стала причиною того, що заклади охорони здоров'я та лікарі використовували, переважно, попередньо розроблені протоколи.

Однак, за останні два роки відбулися суттєві якісні зміни в цій царині, а саме було впроваджено процеси оцінки медичних технологій. Постанова Кабінету Міністрів № 1300 «Про затвердження Порядку проведення державної оцінки медичних технологій», прийнята у грудні 2020 року, передбачає державну оцінку медичних технологій щодо лікарських засобів, включених до переліків, що використовуються під час державних закупівель. Поки що незрозуміло, яка саме модель запрацює, але поступ до створення ефективної системи стандартизації зараз є. Зрештою, визнаючи важливість цього питання, 28 лютого 2020 року Міністерство охорони здоров'я видало Наказ № 590 «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України». Окрім цього, з жовтня 2020 року до лютого 2021 року ВООЗ провела дослідження щодо процедури розробки національних клінічних протоколів в Україні. Також було проведене опитування представників ключових організацій, щоб дізнатися їхню думку щодо того, як найкраще впровадити переглянуту національну систему клінічних протоколів [202].

Результати дослідження показали загальну підтримку процесу стандартизації, при чому зацікавленість полягала не просто в перекладі «міжнародних» протоколів, а в системній адаптації референтних настанов інших країн для України.

На місцях процедура, в цілому, відпрацьована: в медичних закладах відбувається відслідковування процесу впровадження протоколів та дотримання умов надання послуг, які визначає НСЗУ. Є рівні контролю, починаючи від завідувача відділення до медичного директора. Найжорсткіший контроль відбувається з боку НСЗУ (працюють експерти економісти). Разом з тим, серед лікарів ПМД мала частка тих, хто може використовувати англійські джерела клінічних протоколів. Тому експерти одноставно вказують на потребу адаптованого професійного перекладу доказових джерел. Зараз лікарі орієнтуються на галузеві стандарти та адаптовані клінічні настанови, розроблені в попередні роки [200], які регулярно оновлюються та розробляються мультидисциплінарними робочими групами [203]. Всі нові дані регулярно доводяться до лікарів керівництвом закладів охорони здоров'я.

## **БАР'ЄР 10. ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ**

Трансформаційні процеси, що відбуваються в системі охорони здоров'я в Україні, вимагають суттєвого перегляду кадрового забезпечення. При цьому потреба полягає не лише в аналізі ситуації щодо кадрового забезпечення різних рівнів та різних фахівців





і спеціалістів у системі охорони здоров'я. З'явилися нові виклики, функції, які вимагають підготовки відповідних фахівців. У 2018–2019 роках Центр громадського здоров'я МОЗ України у співпраці з ВООЗ провів оцінку потреб у кадровому забезпеченні новоствореної системи громадського здоров'я. Відповідно до проведеного дослідження, система потребує близько 2 890 професіоналів громадського здоров'я.

30 листопада 2016 року Уряд схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я [204], що вимагала введення нової освітньої спеціальності. У лютому 2017 року Постановою КМУ від 01.02.17. «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266» галузь знань 22 «Охорона здоров'я» доповнено спеціальністю 229 «Громадське здоров'я». Була створена також робоча група з розбудови кадрового потенціалу для системи громадського здоров'я при МОЗ України та науково-методична комісія сектору вищої освіти Науково-методичної ради Міністерства освіти і науки України, які працювали над розробленням освітніх стандартів у сфері громадського здоров'я.

Зараз розроблено та затверджено бакалаврський, магістерський та докторський стандарти вищої освіти за спеціальністю «Громадське здоров'я». Також розроблено та апробовано іспит КРОК за цією спеціальністю. Шістнадцять закладів вищої освіти отримали ліцензії на підготовку магістрів, а два – на підготовку бакалаврів з громадського здоров'я. Разом з тим залишається серйозна потреба у фахівцях з громадського здоров'я різної спеціалізації. Наказом МОЗ України № 366 від 26.02.2021 року до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» додано фахівців з громадського здоров'я: фахівець з громадського здоров'я та фахівець з довілля та здоров'я [205] з відповідними вимогами до професійних компетентностей, які мають формуватися в процесі здобуття освіти зі спеціальності «Громадське здоров'я».

Зростаюча потреба у кадровому забезпеченні спонукала також до розроблення та впровадження короткотермінових освітніх програм: тренінгів та сертифікаційних програм з різних тематик громадського здоров'я для тих, хто працює в системі, у тому числі й для лікарів ПМД.

Процеси децентралізації в політиці розбудови системи охорони здоров'я, створення мережі регіональних центрів громадського здоров'я, а потім – центрів контролю та профілактики хвороб, вимагали забезпечення відповідними освітніми ресурсами. В центрі громадського здоров'я МОЗ України за підтримки Проєкту ЄС «Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я» була створена онлайн-платформа з курсами та освітніми тренінгами для регіональних фахівців з охорони здоров'я, яка постійно оновлюється [206]. Так, наприклад, 80 % персоналу ПМД Полтавської області пройшли навчання з профілактики гіпертонії та цукрового діабету.

Також регіональні працівники охорони здоров'я беруть участь в офлайн-семінарах та тренінгах з різних аспектів покращення якості послуг охорони здоров'я. Окрім цього, експерти ЦГЗ за підтримки згаданого Проєкту ЄС, розробили низку рекомендацій в царині людських ресурсів у сфері громадського здоров'я: покращити вертикальну та горизонтальну моделі комунікації та співпраці



в системі охорони здоров'я; збільшити залучення ключових зацікавлених сторін та зміцнити управлінську спроможність закладів охорони здоров'я і персоналу для ефективного формування політик у сфері охорони здоров'я, стратегічного планування та формування бюджету; підвищити чутливість та обізнаність фахівців з охорони здоров'я щодо потреб та параметрів всебічної концептуальної бази щодо якості та безпеки; переглянути та посилити навчальні плани з темами, що пов'язані з розробкою та впровадженням програм у сфері охорони здоров'я, включно з плануванням, моніторингом та оцінкою [207].

В цілому питання людських ресурсів в Україні залишається слабкою ланкою як у кількісному, так і якісному вимірах. Підготовка, перепідготовка та безперервний професійний розвиток кадрів у системі охорони здоров'я регулюються багатьма міжгалузевими нормативно-правовими документами та програмами. У сукупності з відсутністю електронного реєстру даних, це призводить до недостатньо чіткої картини управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я.

Дані, що стосуються людських ресурсів у сфері охорони здоров'я, збираються для різних цілей різними установами. Бракує інформації про тих, хто працює в мережі приватних закладів охорони здоров'я. Відсутня система кадрового резерву, яка б допомагала плануванню кадрового забезпечення у довгостроковій перспективі.

Згідно з офіційною статистикою, у 2016 році забезпеченість населення лікарями ПМД в середньому в Україні становила 3,4 на 10 тис. населення. В перерахунку на одного лікаря це становить 2 941 особу, що значно перевищує офіційно рекомендований обсяг навантаження сімейного лікаря – 2 тис. пацієнтів. Крім того, цей розподіл має регіональні диспропорції: наприклад, на одного сімейного лікаря у Вінницькій області припадало 1 782 пацієнти, тоді як у Херсонській області – 4 500 пацієнтів. Нестача кадрів також дуже гостро відчувається для середнього медичного персоналу. Часто працівники мають пенсійний або передпенсійний вік [208].

Так, у 2020 році проєкт ЄС «Надання підтримки Україні в розвитку сучасної системи громадського здоров'я» провів оцінку потенціалу закладів громадського здоров'я в Україні. Було опитано 15 регіональних лабораторних центрів і 12 регіональних центрів громадського здоров'я щодо ситуації з кадрами. Цікавим спостереженням було те, що і у лабораторних центрах, і у РЦГЗ понад 80 % фахівців – жінки, але в лабораторних центрах фактично половина фахівчинь передпенсійного віку. Це свідчить про те, що значна частка наявних зараз кадрів за пару років піде, відповідно, зростає потреба у фахівцях громадського здоров'я, якщо вже зараз не вживати належних заходів з підготовки нових кадрів.

Не існує традиційної практики оцінювати потреби населення у фахівцях з охорони здоров'я або планувати медичні ресурси на основі пріоритетних проблем зі здоров'ям чи нових викликів системи охорони здоров'я. Керівники центрів ПМД не мають можливості самостійно змінювати сферу діяльності наявних медичних працівників та/або розширювати мультидисциплінарну групу ПМД шляхом введення нових посад персоналу, наприклад – медсестри з розширеними повноваженнями.

Хоча на рівні ПМД відпрацьована процедура визначення необхідної кількості працівників на 1–3 роки наперед за такими категоріями:

- ▶ «Сімейні лікарі» – розраховується на основі планової кількості місць надання ПМД та кількості населення, що мешкає на відповідній території (з розрахунку 1,5–2 тисячі населення на одного сімейного лікаря);
- ▶ «Середній та молодший медичний персонал» (для кожної практики окремо) – обчислюється спільно з сімейними лікарями цих практик на основі планової кількості місць надання ПМД.

Наявний персонал аналізується з урахуванням кількох чинників (див. табл 3.3).

**Таблиця. 3.3. Фактор обмеження доступності персоналу [209].**

Фактори обмеження доступності персоналу	Джерела інформації про фактор
Довгострокове навчання/стажування	План професійного розвитку
Перспектива звільнення за власним бажанням (внаслідок зміни місця проживання, хронічної хвороби тощо)	Індивідуальні співбесіди з працівниками
Перспектива звільнення через невідповідність вимогам закладу	Результати оцінки/атестації персоналу
Перспектива кар'єрного зростання	План кар'єрного розвитку
Вихід у відпустку по догляду за дитиною	Індивідуальні співбесіди з працівниками
Вихід на пенсію	Вік працівника, індивідуальні співбесіди з працівниками

Разом з тим, в регіональному розрізі наявні серйозні проблеми з плануванням кадрів. Так, наприклад, в Полтавській області говорять про нестачу кадрів до 20 %, яка з часом буде лише наростати. Адже експерти вказують, що серед працюючих лікарів ПМД до 40 % осіб пенсійного віку. Особливо гостро проблема стоїть з кадрами у сільській місцевості. Великим викликом для лікарів ПМД пенсійного віку стала інформатизація галузі – лікарі старшого віку не володіють навичками роботи з технічними засобами, а тому не можуть працювати в нових умовах.

У медичних сестер немає авторитету серед населення. Населення практично не сприймає медичних сестер як фахівців, відводячи їм виключно технічну роль. Наприклад, медична сестра без проблем може вимірювати артеріальний тиск, але пацієнти хочуть, щоб це робив лікар. Якщо тиск поміряла медсестра, пацієнт може просити лікаря перемерити. Та й лікарі неохоче залучають медсестер – бояться втратити репутацію. А самі медичні сестри не проявляють особливої активності та ініціативи.

Залучення соціальних працівників до надання соціально-медичних послуг є обмеженим і відбувається переважно на спеціалізованому рівні медичної допомоги (у сферах протидії епідеміям ВІЛ/СНІДу і туберкульозу, наркології, паліативного догляду та психічного здоров'я). Основною причиною низького рівня залучення соціальних працівників до надання соціально-медичних послуг є законодавчі колізії:

- ▶ основний нормативний документ щодо діяльності соціальних працівників (Закон України «Про соціальні послуги», 2019 р.) не визначає поняття медико-соціальної чи клінічної соціальної роботи;
- ▶ система переадресації між ЗОЗ та соціальними службами або громадськими організаціями – надавачами соціальних послуг працює тільки в окремих сферах;
- ▶ відсутнє розуміння ролі та функціоналу соціальних працівників у ЗОЗ;
- ▶ освітні програми для соціальних працівників та соціальних робітників не мають спеціалізації з соціально-медичних послуг чи клінічної соціальної роботи [185].

## **БАР'ЄР 11. ПОКРАЩЕННЯ ДОСТУПУ ДО ЯКІСНИХ ЛІКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НІЗ**

Забезпечення належного доступу населення до лікарських засобів є однією з цілей реформування системи охорони здоров'я. Як зазначено у Державній стратегії реалізації державної політики, забезпечення населення лікарськими засобами визначається «як політичне зобов'язання та керівництво для дій щодо гарантування доступності та раціонального використання в державі ефективних та безпечних лікарських засобів належної якості» [209]. Це, передусім, пов'язано з тим, що тривалий час приблизно 600 тис. домогосподарств зазнавали катастрофічних фінансових витрат на охорону здоров'я». При цьому, більшість ліків, які пацієнти купували самостійно в аптеках, відносились до групи препаратів без доведеної ефективності. Так, наприклад, дослідження Міжнародного благодійного фонду «Відродження» виявило, що 26 % грошей (або 14 млрд грн), які витрачалися на лікарські засоби в аптеках у 2017 році, були спрямовані на придбання ліків без доведеної ефективності [210]. Одна з причин цього – до 2012 року були відсутні механізми реімбурсації, що широко використовується в країнах європейського регіону.

В 2012–2013 роках Уряд та МОЗ України започаткували пілотний проєкт щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою, який діяв з 1 червня 2012 року до 31 грудня 2014 року [211]. Окрім цього, змінено принципи закупівель лікарських засобів: з 2015 року державні закупівлі (на перехідному етапі) здійснювалися із залученням спеціалізованих міжнародних організацій. Це дозволило заощадити майже 39 % виділених державою коштів. А з 2018 року централізовану закупівлю лікарських засобів здійснює Державне підприємство «Медичні закупівлі України», що забезпечує прозорість закупівельної процедури.

З квітня 2017 року програма «Доступні ліки» відновлена. З 2019 року її адмініструє Національна служба здоров'я України. За даними НСЗУ, на сьогодні є 4 способи забезпечити пацієнтів безкоштовними ліками:

- ▶ програма реімбурсації «Доступні ліки»;
- ▶ ліки, які закуповує медзаклад;
- ▶ ліки, які закуповуються централізовано;
- ▶ місцеві програми забезпечення ліками.

Насамперед, українці можуть отримати препарати для амбулаторного лікування безкоштовно або з невеликою доплатою за програмою «Доступні ліки». Сюди входять ліки від серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету II типу.



У лютому 2021 року до програми також додали лікарські засоби для вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, зокрема інсульту та інфаркту.

При стаціонарному та амбулаторному лікуванні пацієнтів мають забезпечувати лікарськими засобами, які закупаються власне заклади охорони здоров'я (згідно з Національним переліком основних лікарських засобів), або лікарськими засобами, які передає медичним закладам ДП «Медичні закупівлі України» (за заявками департаментів охорони здоров'я). Сюди входять препарати за 19 напрямками (загалом – 603 позиції), зокрема, препарати для онкохворих, пацієнтів з гемофілією, хворих на дитячий церебральний параліч тощо.

Також практично кожне місто має цільові програми із забезпечення ліками. Переважно, це ліки для пацієнтів з рідкісними захворюваннями та тяжкохворих. Наявність таких програм можна перевірити на сайтах департаментів охорони здоров'я місцевих органів влади.

Сьогодні у Національному переліку ліків є 427 лікарських засобів, які доступні українцям [212]. Для людей віком від 15 до 49 років визначено перелік із 83 пріоритетних захворювань, для лікування яких є відповідні препарати у Нацпереліку.

У програму «Доступні ліки» включено 297 лікарських засобів. 93 з них пацієнти можуть отримати повністю безоплатно. Інші – з доплатою. Загалом, за даними НСЗУ, програмою вже скористалися 2 мільйони 940 тисяч пацієнтів. За весь час дії програми НСЗУ відшкодувала аптекам понад 1 млрд гривень.

З початку 2021 року за програмою «Доступні ліки» лікарі ПМД виписали понад 7,3 млн рецептів. Найбільша кількість – понад 5 млн 300 тисяч – припадає на серцево-судинні захворювання.

З жовтня 2021 року держава розширила перелік препаратів, за які не треба платити. До цих препаратів зараз відносять препарати, що застосовуються при розладах психіки та поведінки, епілепсії, а також лікарські засоби для лікування цукрового та нецукрового діабету – інсуліни та десмопресин. Інсулін пацієнти також зможуть отримувати безоплатно або з доплатою за електронним рецептом.

Щодо фальсифікованих ліків, то для України це не є великою проблемою. Існує лабораторія для контролю якості лікарських засобів як планового, так і за зверненням. Однак тут є певні обмеження – чинним законодавством передбачено, що виробник або дистриб'ютор має бути попереджений про перевірку за десять днів. Це, звісно, значною мірою унеможливує виявлення фальсифікатів. Все ж, Держлікслужба повідомила, що протягом 2019 року вона заборонила обіг 16 найменувань фальсифікованих лікарських засобів. В Україні також введена кримінальна відповідальність для тих, хто підробляє ліки та реалізує їх. Зараз за це загрожує від 5 до 8 років тюрми до довічного ув'язнення, якщо препарат призвів до смерті пацієнта чи інших тяжких наслідків [213]. З 2022 року в Україні також діє обов'язкове маркування усіх медичних препаратів за допомогою унікального 2D-коду [214]. У межах пілотного проекту це вже погодилися робити 12 фармацевтичних компаній.



## **БАР'ЄР 12. ПОСИЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Наприкінці 2019 року було оприлюднено звіт під назвою «Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019 роки», в якому одним із очікуваних ризиків у разі розширення стратегічних закупівель за межі первинної медичної допомоги (а саме закупівель послуг стаціонарної, амбулаторної вторинної та екстреної медичної допомоги) є імовірність того, що навички керівників закладів охорони здоров'я можуть бути недостатніми для належної роботи в нових умовах. Також у контексті теми цього дослідження особливу увагу привертають рекомендації стосовно політики, в яких зазначається, що «органи, які впроваджують реформу, повинні шукати агентів змін, зокрема, на рівні керівників закладів охорони здоров'я» [215].

Згідно зі Статтею 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», керівником закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності може бути призначено лише особу, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [199]. Водночас, відповідно до Наказу МОЗ України № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», який набув чинності 1 січня 2019 року, посаду головного лікаря скасовано, втім натомість визначено дві нових – генерального та медичного директорів [205]. Період із 1 січня 2019 року до 1 січня 2022 року був перехідним і кваліфікаційні вимоги до генерального директора відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» є такими: наявність вищої освіти II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я» та спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я» [205].

Окрім цього, з 1 січня 2022 року вступили в силу зміни до цих кваліфікаційних вимог. Зокрема до вже наявних додалася ще одна – наявність вищої освіти II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування». Але є і виняток – ця вимога не стосується керівників закладів охорони здоров'я, які надають лише первинну медичну допомогу.

Суттєві зміни відбуваються також в царині кваліфікаційних вимог до посад «генеральний директор» та «медичний директор» (див. таблицю).

Варто зазначити, що вищезгадані зміни щодо управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я вперше були запропоновані ще у 2010 р. (Постанова КМУ № 208 від 17 лютого 2010 року «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [217]), коли передбачалося запровадження підготовки менеджерів з охорони здоров'я, зокрема шляхом здобуття другої вищої освіти. Незважаючи на це, до 2019 року професійна траєкторія керівника медичного закладу, як правило, мала такий вигляд: отримання медичної освіти, проходження інтернатури з первинної спеціальності, робота клініцистом не менше 5 років, призначення на посаду керівника і лише потім професійна двомісячна підготовка за спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я».

**Таблиця 3.4. Розподіл основних обов'язків між генеральним і медичним директорами**

Генеральний директор	Медичний директор
<ul style="list-style-type: none"> <li>• управління фінансово-господарською діяльністю закладу охорони здоров'я</li> <li>• розробка і реалізація довгострокової стратегії розвитку закладу</li> <li>• формування та моніторинг виконання операційних планів;</li> <li>• залучення коштів на інвестиційні потреби закладу</li> <li>• організація роботи та ефективної взаємодії всіх структурних підрозділів</li> <li>• відбір та призначення працівників на вакантні посади тощо</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• організація надання пацієнтоорієнтованих послуг із додержанням галузевих стандартів</li> <li>• розробка і впровадження системи безперервного удосконалення якості послуг на основі принципів доказової медицини</li> <li>• координація зовнішньої і внутрішньої взаємодії підрозділів закладу</li> <li>• організація безперервного професійного розвитку медичного персоналу</li> </ul>

Тобто тривалий період часу управління закладом охорони здоров'я в Україні сприйма-лося як доповнення до медичної професії, а не як окрема спеціальність. Власне після-дипломна освіта в цьому напрямі й досі надається на тому ж рівні.

Таким чином, основним критерієм добору медичних кадрів залишається відповідність претендента формальним вимогам посади фахівця, на яку він претендує, у відповідності до двох документів: 1) «Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я» та 2) типових посадових інструкцій працівників охорони здоров'я за фахом. Перелік формальних вимог до претендента включає наявність диплома про вищу медичну освіту з кваліфікацією, документ про проходження інтернатури або спеціалізації, посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії.

В умовах дефіциту медичних кадрів на ПМД, оцінка відповідності претендента посаді проводиться формально і часто обмежується відповідністю наявних документів формальним вимогам. Варто зазначити, що оскільки заклади охорони здоров'я підпорядковуються їхнім «власникам» (обласні, міські, районні адміністрації, МОЗ України, інші відомства (Міністерство оборони України, Державна прикордонна служба України, Державне управління справами) то, відповідно, керівники цих закладів звітують про результати діяльності вказаним інституціям. Ці інституції також вирішують і кадрові питання підпорядкованих закладів охорони здоров'я. Це досить часто створює умови для зловживань при вирішенні кадрових питань.

### **БАР'ЄР 13. СТВОРЕННЯ АДЕКВАТНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ**

Наявність і ефективна робота спеціалізованої інформаційної системи є вагомим чинником для впровадження змін в охороні здоров'я для ефективного подолання тягаря НІЗ. Саме тому процес діджиталізації має широке впровадження в СОЗ України. Найбільших успіхів у цьому напрямі здобуто у сфері обігу лікарських засобів.



Так, «Державний реєстр лікарських засобів України» [218] дозволяє перевірити реєстраційний статус будь-якого лікарського засобу в Україні та отримати інформацію щодо нього; «Реєстр ліцензій оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами» [219], де можна перевірити дані про видані ліцензії на оптову та роздрібну торгівлю лікарськими засобами; «Ліцензійний реєстр з імпорту лікарських засобів» [220] та інші реєстри. В цілому, інформаційні системи вже працюють у сфері громадського здоров'я, закупівлі ліків, в структурі НСЗУ. З квітня 2021 року розпочав роботу новий орган – Європейська виконавча агенція з охорони здоров'я та діджиталізації (European Health and Digital Executive Agency, HaDEA) [221]. Разом з тим, повної діджиталізації галузі ще не відбулося.

На сьогодні електронна система охорони здоров'я так і не має централізованого і універсального функціоналу для збору і аналізу усіх показників НІЗ.

ЕСОЗ має двокомпонентну архітектуру, тобто складається з двох ключових компонентів – центральної бази даних (ЦБД) та електронних медичних інформаційних систем (МІС). Ці два компоненти взаємодіють між собою.

Кожен заклад охорони здоров'я самостійно обирає, яку МІС буде використовувати. Лікарі вносять у МІС медичні дані про пацієнта під час взаємодій з ним. Ці дані автоматично перенаправляються в ЦБД. Інші фахівці чи зовнішні сторони (інший лікар ЗОЗ, головний лікар, адміністративні інституції на рівні області чи міста), крім сімейного лікаря пацієнта, не можуть мати доступу до всіх медичних записів про пацієнта. Усі інші сторони можуть запитати деперсоналізовану інформацію по захворюваності чи фінансуванню в НСЗУ або знайти її в розділі «Е-дані» на сайті НСЗУ.

Реалізація двокомпонентної ЕСОЗ відбулася завдяки взаємодії держави та бізнесу. А якщо додати сюди підтримку та участь міжнародних та громадських організацій в побудові саме такої системи, отримуємо унікальний симбіоз державно-приватно-громадського партнерства.

Держава встановлює стандарти ведення і зберігання медичних даних, відповідає за безперебійну роботу ЦБД, а також є її власником (в особі НСЗУ). При цьому бізнес на рівні МІС опікується доступом користувачів до ЕСОЗ, надання їм послуг і сервісів, які дозволяють користувачам працювати з ЕСОЗ. Тому, якщо спростити – держава відповідальна за частину ЦБД, бізнес – за МІС. При цьому за роботу ЕСОЗ як комплексної системи, де є ЦБД і МІС, також відповідає держава.

Зберігання і обмін медичною інформацією в ЕСОЗ відбувається за міжнародним стандартом HL7 FHIR. Також в ЕСОЗ впроваджено розмежування обробки персональних і медичних даних (рекомендації GDPR) та реалізовано розмежування доступів в системі (зокрема, доступ до медичної інформації мають тільки лікуючі лікарі).

На сьогодні до ЦБД підключено понад 30 МІС, які працюють в складі ЕСОЗ. Заклад може обрати будь-яку МІС із числа тих, що підключені до ЦБД та мають необхідний для закладу функціонал (первинна ланка, спеціалізована ланка, аптеки).





Надавачі медичних послуг вносять в МІС інформацію про пацієнта. Те, як вноситься інформація, і особливості ведення медичних записів залежить від МІС: в одних МІС функціонал більш розгорнутий, інші мають лише ті опції, які затверджені в технічних вимогах до електронної медичної інформаційної системи.

НСЗУ зараз збирає лише ті дані, які прописані в технічних вимогах:

- ▶ загальна інформація про пацієнта, отримана під час підписання декларації;
- ▶ дані про хвороби і стани за ІСРС;
- ▶ дані про хвороби і стани за МКХ-10-AM;
- ▶ інформацію про проведені консультації;
- ▶ інформацію про діагностичні звіти;
- ▶ інформацію про здійснені процедури;
- ▶ виписування електронних направлень;
- ▶ виписування електронних рецептів на ліки за програмою реімбурсації;
- ▶ виписування електронних висновків про народження та про тимчасову непрацездатність (електронний лікарняний);
- ▶ статистика вакцинації населення.

Власне за цими критеріями відбувається збір та аналіз інформації, який візуалізується на дашбордах на сайті НСЗУ.

Діагнози, поставлені за період функціонування ЕСОЗ, в системі є, але відстежувати всіх пацієнтів із НІЗ централізовано поки неможливо через відсутність відповідного функціоналу. Так, наприклад, коли пацієнт підписує декларацію із лікарем, і лікар вперше вносить інформацію про пацієнта в МІС, то пацієнт може повідомити, що в нього діабет або будь-яке інше НІЗ, проте у переважній більшості МІС зараз немає можливості внести ці дані. Це зумовлено тим, що в Технічних вимогах до електронної медичної інформаційної системи для її підключення до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я поки що немає вимоги до операторів МІС створювати окремі поля для внесення інформації щодо факторів ризику або НІЗ [188]. Надавачі ПМД можуть самостійно просити розробників МІС підключити такі функції і на своєму рівні збирати такі дані. Проте в центральну базу даних НСЗУ їх не передають.

Окрім того, існує певна юридична колізія: у наказі МОЗ № 587 від 28.02.2020 в пунктах 24–26 зазначено, що «для забезпечення якісного та своєчасного медичного обслуговування медичні працівники, які надають пацієнту медичну допомогу, мають право переглядати зведену медичну інформацію про пацієнта» [187].

Відповідно до наказу такою інформацією є, серед іншого, такі захворювання:

- ▶ діабет;
- ▶ хронічні хвороби нирок;
- ▶ хвороби травної системи;
- ▶ розлади психіки та поведінки;
- ▶ хвороби нервової системи;
- ▶ бронхіальна астма;
- ▶ онкологічні захворювання активні чи в анамнезі;
- ▶ туберкульоз активний чи в анамнезі, хвороби системи кровообігу;
- ▶ гіпертонічна хвороба;

- ▶ порушення згортання крові;
- ▶ автоімунні захворювання, вроджені вади розвитку та спадкові захворювання, що були діагностовані.

Тобто в наказі № 587 внесення інформації про наявність в пацієнта НІЗ передбачалось. Проте зараз в Технічних вимогах до електронної медичної інформаційної системи [188] розділ «Зведена медична інформація» значно вужчий і називається «Patient summary», про що вже йшлося вище.

Концептуально робота мала б бути налагоджена таким чином: різні лікарі можуть вносити різні дані про проведені процедури, встановлені діагнози і так далі для конкретного пацієнта. Лише сімейні лікарі, закріплені за конкретними пацієнтами, мають доступ до всіх електронних медичних записів. Інші лікарі не повинні мати доступу до всієї інформації про пацієнта. Проте ЕСОЗ вирішує, яка інформація є критичною для надання меддопомоги пацієнту і важлива для інших лікарів при наданні допомоги (наприклад, алергії на певні лікарські засоби чи нещодавно проведенні процедури) і така інформація відображається для лікаря будь-якої спеціалізації, який взаємодіятиме із пацієнтом. Проте ці інструменти поки не є досконалими і Patient summary переважно дуже звужений. Зараз заплановано його подальшу розробку.

Наступним проблемним питанням є використання даних для аналізу та для прийняття управлінських рішень. Внесені в систему дані поки що залишаються в ній, недоступні широкому загалу і рідко аналізуються НСЗУ, оскільки масив інформації не є комплексним та репрезентативним. Також зараз немає інструментів аналізу і візуалізації цієї інформації на сайті Національної служби здоров'я у розділі «Е-дані».

Представники департаменту ЕСОЗ НСЗУ прокоментували, що мало інформації про стан здоров'я і захворюваності населення, тому що поки не було замовника на ці дані, тож аналізується переважно інформація про надані послуги.

Поки що дані про НІЗ не аналізують ще й через те, що є ризики, що надавачі медичних послуг на первинному рівні не вносили інформацію про встановлені діагнози ретельно, оскільки вони фінансово не вмотивовані це робити. Зараз це питання не врегульовано на національному рівні. А їхня заробітна плата, на відміну від лікарів спеціалізованої медичної допомоги (яким оплачують конкретний пролікований випадок, тому вони ретельно ведуть медичні записи про пацієнта), не залежить від якості та повноти введених даних про пацієнта і моніторингу його стану.

Разом з тим, представники департаменту ЕСОЗ НСЗУ прокоментували, що в майбутньому надавачі медичних послуг будуть вводити не лише клінічну інформацію про встановлені хвороби, але також заплановано розгортання функціональних можливостей електронної медичної картки з повноцінним веденням медичних даних з врахуванням нозологічної специфіки. Це буде можливим після імплементації в систему ЕСОЗ міжнародного класифікатора LOINC (Найменування та коди ідентифікаторів логічних спостережень). Відповідно до карти проєкту, класифікатор має бути запущено у 2022 році.



На сьогодні відсутня також система збору даних показників щодо факторів ризику НІЗ. Зараз в Технічних вимогах до МІС немає функціоналу, який би допомагав збирати ці показники. Планується, що в майбутньому ці показники імплементують у систему і для них створять коефіцієнти, що впливатимуть на заробітну плату лікарів. Зараз є лише 2 коефіцієнти, за якими аналізується робота лікаря – вік пацієнтів і тип місцевості.

Не аналізують також і показники смертності пацієнтів, що мали декларацію з сімейним лікарем, у тому числі за причинами смертності. Зараз в ЕСОЗ не передбачено, окремого функціоналу, за допомогою якого можна буде генерувати медичні висновки про смерть. Смерть пацієнта на сьогодні фіксують в ЕСОЗ лише для закриття епізоду медичної допомоги чи подальшої деактивації електронного медичного запису пацієнта. У цьому випадку в систему не вносять детальну класифікацію і причини смертності.

Не налагоджена також система «Обліку медичних кадрів України» – інформаційної системи, яка була основою для підготовки колишнього Реєстру медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України (підтримку Реєстру припинено у 2018 р.). На сьогодні існує розрив між даними щодо медичного персоналу, які збираються на рівні ЗОЗ, і даними, що агрегуються на регіональному й національному рівнях. Фактично у 120 статистичних звітних формах, які використовуються для планування кадрової політики та управління кадровими ресурсами, використовується лише мінімальний набір індикаторів із загалу тих, що збирають медичні заклади. Відсутні аспекти плинності кадрів, їх утримання і задоволеності, ефективності роботи і навчання впродовж життя. Стандартні індикатори щодо кваліфікаційних категорій та обов'язкових атестацій не формують повної картини персонального розвитку та навчання лікарів і середнього медичного персоналу. Обмеженою є дезагрегація показників за статтю і віком, а також у розрізі міських/сільських територій. У відкритих даних відсутній єдиний електронний реєстр медичних кадрів [185].

Таким чином, на цьому етапі ЕСОЗ України не має достатньо можливості, щоб бути корисним і потужним інструментом для моніторингу ризиків розвитку НІЗ серед українців. Зараз ЕСОЗ виконує переважно адміністративні функції: контролює фінансування, звітує про виплати, дає інформацію про законтрактовані заклади.

#### **БАР'ЄР 14. ПОДОЛАННЯ ОПОРУ ЗМІНАМ**

В цілому, в Україні підтримують необхідність впровадження змін як пересічні громадяни, так і медична спільнота. Це підтверджують результати репрезентативного дослідження «Індекс здоров'я. Україна» [144]. Адже воно ілюструє, яким чином втілення медичної реформи у різних областях позначається на споживачах медичної допомоги, а також визначає ставлення населення до власного здоров'я. Зокрема, досліджуються такі питання: самооцінювання власного здоров'я дорослим населенням України та досвід пацієнтів у разі захворювання; бар'єри під час звернення по амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу, з якими стикалися представники домогосподарств; доступність лікарських засобів; задоволеність медичною допомогою та сприйняття реформ системи охорони здоров'я; профілактичні заходи, до яких вдаються в Україні.



Спротив, що виникає на певних етапах впровадження змін, переважно лежить у площині неналежної комунікації. Це тягне за собою нерозуміння того, що відбувається, страх того, що через зміни може стати гірше, та власне, небажання перелаштовуватися.

Також у багатьох випадках ключові стейкхолдери чинять спротив змінам, оскільки не відчувають своєї залученості та вважають, що їхні експертні рекомендації ігноруються. Саме тому, МОЗ України, починаючи з 2017 року, проводило інформаційну кампанію на підтримку реформи в усіх регіонах країни, спілкуючись як з медичною спільнотою, так і з населенням. Разом з тим, комунікаційна кампанія не завжди давала очікувані результати. Причина цього, на нашу думку, лежить у площині відсутності єдиного бачення стратегії змін у керівництва системою охорони здоров'я та покрокових механізмів її втілення. Що, у поєднанні з частою зміною політичного вектора спричинило несприйняття змін на місцях, бо вони були незрозумілими.

Варто також вказати ще одну, потужну групу стейкхолдерів – представники великого бізнесу, що активно чинять спротив змінам, які відбуваються в царині протидії НІЗ, насамперед – запровадженню обмежень щодо тютюну та алкоголю. І тут, безумовно, поряд з комунікаційною кампанією мають бути: політична воля, належне законодавство та рівність всіх щодо його дотримання.

## **БАР'ЄР 15. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗМЕНШЕННЯ ФІНАНСОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ**

Передусім варто зазначити, що передумови до «процвітання» неформальних платежів у СОЗ в Україні було закладено правовою колізією: частиною першою Статті 49 Конституції України закріплено власне право на охорону здоров'я та медичну допомогу «...Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування...», а частиною третьою – її фінансова доступність: «...Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; наявна мережа таких закладів не може бути скорочена...» [134]. Тож кожен громадянин України має право отримати якісну медичну допомогу у всіх державних і комунальних закладах охорони здоров'я безоплатно. А в частині другій Статті 95 Конституції України зазначено, що «...Виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків» [134]. Таким чином різницю між гарантіями і розміром державного фінансування покривали самі пацієнти. За даними офіційної статистики, платежі громадян, включаючи неформальні у загальному обсязі фінансування сфери охорони здоров'я України, щороку зростали: з 38,6 % у 2003 році до 52,8 % у 2016 році. Це було одним з вагомих чинників змін фінансових механізмів СОЗ, які зараз впроваджуються.

Разом з тим, дослідження останніх років всеодно показують фінансовий тягар медичної допомоги для пацієнтів (Таблиця 3.5).

**Таблиця 3.5. Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя (за даними Держстат України) [101]**

Показник/рік	2017	2018
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя (% до загальної кількості)	97,7	98,6
Відсотків домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців у разі потреби не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя до кількості домогосподарств, у яких хто-небудь із членів потребував цього	29,7	21,0
Відсоток домогосподарств у яких з причини занадто високої вартості послуг, хто-небудь із членів у разі потреби не зміг:		
відвідати лікаря	74,0	58,9
провести медичні обстеження	93,0	88,6
отримати лікувальні процедури	93,1	92,7
отримати лікування у стаціонарі	98,0	93,2

Наведену тенденцію підтверджують і результати соціологічних досліджень, які показують стабільно високу частку приватних платежів (платежів «з кишені»), включаючи неформальні, у загальному фінансуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я.

Так, згідно аналізу даних репрезентативного соціологічного дослідження «Індекс здоров'я. Україна» [144], у 2019 році громадяни України сплачували за «безкоштовну» медичну допомогу, яка надавалась як в амбулаторному, так і стаціонарному сегментах, зокрема:

- ▶ серед респондентів, які мали останній амбулаторний візит протягом 12 місяців перед проведенням опитування, 73,1 % платили за амбулаторну допомогу і/або за лабораторно-діагностичні послуги (без врахування придбання ліків);
- ▶ не змінилася і частка осіб, які платили неформально під час останнього візиту, вона у 2018 році, як і у попередніх двох роках (2016 і 2017 рр.) становила близько 10 %. При цьому частка пацієнтів, які роблять ці два види оплати на вимогу, також не змінилася протягом останніх двох років і становить близько 60 % для оплати на рахунок благодійного фонду та біля третини для оплати неформально.

Таким чином, поширеність неофіційних платежів у вітчизняній сфері охорони здоров'я обумовлена передусім:

- ▶ неузгодженістю гарантованих декларацій з реальним фінансуванням медичної галузі;

- 
- ▶ відсутністю розуміння на найвищому державному рівні, що фінансування сфери охорони здоров'я має бути належним;
  - ▶ «перекладанням» відповідальності за недофінансування медичної галузі на плечі пацієнтів.

Це, у свою чергу сприяє тому, що досить часто пацієнти змушені переривати лікування або й зовсім відмовлятися від нього, що може призводити до ускладнень і тим самим – до ще більшого здорожчання лікування.

# РОЗДІЛ 4.

## ІННОВАЦІЇ ТА ЕФЕКТИВНІ ПРАКТИКИ





Запровадження тих чи інших інтервенцій щодо профілактики та контролю НІЗ можуть відбуватися по-різному в різних країнах. Попри те, що більшість країн слідує міжнародним рекомендаціям, зокрема наданим ВООЗ, на місцях існує дуже багато чинників, які роблять одну й ту ж саму інтервенцію успішною або зводять зусилля нанівець. Саме тому вкрай важливо не просто сліпо копіювати успішні приклади з інших країн, але й критично аналізувати їх, виходячи з контексту своєї країни або регіону.

Проведення цієї оцінки дозволило виявити декілька «історій успіху» як в національному, так і в регіональному розрізі.

## **ДЕРЖАВНА ПРОГРАМА «ДОСТУПНІ ЛІКИ»**

Наявність та доступність медичних препаратів часто є визначальною при лікуванні хронічних захворювань. Зважаючи на рівень доходів населення України, далеко не кожна родина, де є хворий на НІЗ, може дозволити собі безперервне лікування, у тому числі й медикаментозне. Саме тому багато країн застосовують реімбурсацію ліків – механізм відшкодування державою вартості лікарських засобів.

В Україні реімбурсація ліків впроваджується шляхом реалізації державної програми «Доступні ліки» (ПДЛ). Це урядова програма, що забезпечує повну або часткову оплату вартості деяких лікарських засобів з бюджетних коштів. Вперше ця програма у вигляді пілотного проекту відшкодування вартості гіпотензивних засобів була впроваджена Міністерством охорони здоров'я України в 2012– 2013 роках.

Програму реімбурсації лікарських засобів «Доступні ліки» почали впроваджувати з 1 квітня 2017 року, щоб запобігти неправильному та нераціональному застосуванню ліків, а також підвищити доступність якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів. Адже світовий досвід свідчить, що реімбурсація лікарських засобів спонукає населення відходити від практики самолікування, замінюючи її походом до лікаря, сприяє більш ефективнішому фармацевтичному забезпеченню населення та робить використання державних коштів прозорим.

З 1 квітня 2019 р. адміністрування програми «Доступні ліки» передано Національній службі здоров'я України.

Зараз ПДЛ поширюється на лікування захворювань, які добре лікуються амбулаторно, проте часто призводять до інвалідності й смерті пацієнтів:

- ▶ серцево-судинні захворювання;
- ▶ бронхіальна астма;
- ▶ цукровий та нецукровий діабет, діабет II типу;
- ▶ розлади психіки та поведінки;
- ▶ епілепсія.

Найширший список препаратів на реімбурсацію закладено для серцево-судинних захворювань. Загалом у програму «Доступні ліки» включено 297 лікарських засобів. 93 з них пацієнти можуть отримати повністю безоплатно, інші – з доплатою. За умовами





програми пацієнт може отримати безоплатно чи з доплатою лише монопрепарати – ліки, що містять одну діючу речовину. Відшкодування вартості ліків Національною службою здоров'я України аптекам, що уклали з нею договори, відбувається за принципом «гроші йдуть за пацієнтом в аптеку». Так, пацієнт отримує у свого лікаря електронний рецепт, а далі йде в аптеку-учасницю програми та отримує ліки незалежно від місця проживання чи реєстрації. Право виписати рецепт на ліки в межах програми мають лише лікарі ПМД: сімейні лікарі, педіатри й терапевти.

З 1 жовтня 2021 року розпочалася реімбурсація інсулінів. Щоб отримати інсулін за електронним рецептом, пацієнти із цукровим діабетом обирають будь-яку аптеку, яка має договір з НСЗУ за напрямком реімбурсації інсулінів. Вартість цих препаратів аптекам відшкодовує НСЗУ.

Пацієнту з цукровим та нецукровим діабетом первинний електронний рецепт виписує ендокринолог, а повторний – лікар ПМД, з яким укладено декларацію. Пацієнту із епілепсією, невротичними розладами рецепт виписує – невролог або психіатр; пацієнту із розладами психіки та поведінки – психіатр.

Виписці першого електронного рецепту обов'язково має передувати створення та внесення до електронної системи охорони здоров'я індивідуального плану лікування. В індивідуальному плані лікар – ендокринолог, невролог або психіатр (в залежності від захворювання) фіксує встановлений діагноз пацієнта та призначення відповідних ліків. На основі індивідуального плану лікування формуються електронні рецепти.

Основні нормативні документи, що регулюють роботу програми «Доступні ліки» в Україні, – постанови КМУ:

- ▶ «Про забезпечення доступності лікарських засобів» від 17.03.2017 № 152;
- ▶ «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів» від 27.02.2019 № 135;
- ▶ «Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію» від 27.02.2019 № 136;
- ▶ «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань» від 27.02.2019 №141.

Ціни на лікарські засоби для реімбурсації підлягають державному регулюванню відповідно до постанов КМУ:

- ▶ «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і медичні вироби» від 17.10.2008 № 955
- ▶ «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» від 09.11.2016 № 862.

Реєстр лікарських засобів, що підлягають реімбурсації, затверджує МОЗ України.

Сьогодні, завдяки налагодженому електронному інструменту та чітким правилам укладання договорів з НСЗУ, програма «Доступні ліки» в Україні показує свою сталість, стійкість та ефективність роботи, навіть у складних умовах діяльності СОЗ. За даними НСЗУ, станом на початок 2021 року програмою скористалися 2 мільйони 940 тисяч пацієнтів, а НСЗУ відшкодувала аптекам понад 1 млрд гривень.



У 2009 році ВООЗ провела оцінку програми «Доступні ліки», за результатами якої було опубліковано звіт [223]. У звіті зроблено акценти на перших досягненнях програми, серед яких варто наголосити на тому, що ПДЛ:

- ▶ сприяла покращенню доступу пацієнтів до передбачених нею лікарських засобів; для багатьох пацієнтів це була єдина можливість отримати необхідні препарати;
- ▶ значно вплинула на ціни на лікарські засоби, які беруть в ній участь (особливо для ліків від ССЗ), при чому зниження ціни зберігалося з часом;
- ▶ дозволила скоротити доплати з боку пацієнта у середньому на 85 %, що еквівалентно економії 1020 грн. на рік;
- ▶ дозволила мобілізувати фармацевтичну галузь – з часом кількість виробників, що беруть участь у програмі, зростає.

Безумовно, програма «Доступні ліки» має багато переваг і вже зараз можна прослідкувати позитивні зміни та тенденції. Але загалом вплив програми на ситуацію з неінфекційними захворюваннями в Україні варто оцінювати через декілька років, адже зміни, пов'язані зі здоров'ям, відтерміновані в часі.

## **ДОСЯГНЕННЯ УКРАЇНИ У СФЕРІ КОНТРОЛЮ НАД ТЮТЮНОМ**

### **Кейс 1. Комплексний антитютюновий закон**

Питаннями контролю над тютюном в Україні займаються, переважно, неурядові організації. Саме завдяки їхнім активним діям, ефективній роботі та співпраці з профільними урядовими і міжнародними організаціями Україні вдалося виконати вагомую частину зобов'язань відповідно до Рамкової Конвенції ВООЗ щодо боротьби проти тютюну, а поширеність куріння серед дорослого населення віком 15+ років скоротилася на 20 % між 2010 та 2017 роками [26].

Методи роботи громадянського суспільства – переважно адвокація, тобто 1) робота з тими, хто приймає рішення (ВРУ, МОЗ тощо) та 2) формування запиту у суспільстві (робота з населенням шляхом проведення інформаційних кампаній та різноманітних заходів з метою підвищити обізнаність з теми та вимагати від тих, хто приймає рішення, ухвалення необхідних законів).

В Україні у сфері контролю над тютюном найбільш потужною є ГО «Центр громадянського представництва «Життя» (ГО «Життя»), організація, яка з 2009 року активно бореться за суспільство без тютюну.

Однією з найбільш успішних ініціатив цієї організації стала адвокаційна кампанія щодо прийняття комплексного антитютюнового законопроекту, який би відповідав вимогам РКБТ ВООЗ, Угоді про Асоціацію з ЄС, іншим міжнародним актам та сприяв зменшенню поширеності куріння в країні.

Кампанія бере початок ще з 2015 року, коли було зареєстровано антитютюновий євроінтеграційний законопроект на основі Директиви 2014/40/ЄС, яка є частиною Угоди про асоціацію України та Європейського Союзу. ГО «Життя» надала народним депутатам України експертну підтримку в розробці законопроекту, а також



проводила широку адвокаційну кампанію для того, щоб цей законопроект було прийнято. Однак, внаслідок втручання тютюнової індустрії цей законопроект не був розглянутий у Парламенті 8-го скликання та був автоматично відкликаний після обрання наступного складу ВРУ. У 2019 році, після виборів до Парламенту 9-го скликання, розпочався новий етап адвокаційної кампанії за ухвалення вже нового законопроекту №4358 [224].

Законопроект, серед іншого, пропонував таке:

- ▶ цілком заборонити куріння тютюнових виробів та електронних сигарет на робочих місцях (без жодних виключень);
- ▶ заборонити виробництво та продаж ароматизованих тютюнових виробів і рідин для електронних сигарет з ароматизаторами та смаковими добавками;
- ▶ заборонити продаж тютюнових виробів для нагрівання та електронних сигарет дітям;
- ▶ заборонити рекламу тютюнових виробів для нагрівання, пристроїв до них та електронних сигарет;
- ▶ збільшити розміри медичних попереджень на пачках сигарет (з 50 % до 65 % площі пачки) та запровадити медичні попередження на електронних сигаретах;
- ▶ заборонити розміщення тютюнових виробів у точках продажу (ця норма була виключена із законопроекту на етапі його доопрацювання).

ГО «Життя» активно працювала з депутатами ВРУ, створила рух з партнерських громадських організацій і мобілізувала активістів у регіонах. Основний акцент було зроблено на таке:

- ▶ постійна підтримка теми в медійному просторі, в тому числі проведення вуличних акцій і перформансів (те, що приваблює ЗМІ);
- ▶ робота з народними депутатами (зокрема, комітетом ВРУ з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування);
- ▶ робота з науковцями та медичними працівниками для забезпечення експертизи під час комунікації теми;
- ▶ співпраця з міжнародними та громадськими організаціями, що працюють у сфері охорони здоров'я для координації зусиль та об'єднання ресурсів (зокрема і для проведення заходів).

Адвокаційна кампанія, проведена ГО «Життя», була підхоплена медіа, які широко висвітлювали проблему необхідності посилення антитютюнового законодавства та захисту дітей і молоді від шкідливого впливу тютюну. Це забезпечило зростання суспільного запиту на розв'язання цієї проблеми. Наприкінці 2020 року першою реакцією влади на суспільний запит щодо посилення антитютюнового законодавства стало ухвалення закону, який охоплював одну із норм законопроекту 4358 – заборону продажу електронних сигарет і рідин до них неповнолітнім [225]. Окрім того, вчергове було підвищено акцизи на тютюнові вироби тощо.

Загалом результати потужної адвокаційної кампанії можна описати так:

#### Прямий результат:

- ▶ 1 червня 2021 року ВРУ підтримала законопроект 4358 у першому читанні;
- ▶ 16 грудня 2021 року ВРУ підтримала законопроект 4358 у другому читанні;

- ▶ 6 січня 2022 року Президент підписав законопроект, який став законом (№ 1978-ІХ від 16.12.2021) [226].

### Додаткові результати:

- ▶ наприкінці 2020 року ухвалено законопроект, який забороняє продаж неповнолітнім електронних сигарет і рідин до них;
- ▶ у 2018 році запроваджено 7-річний план щорічного 20 % підвищення акцизу на тютюнові вироби (про це детальніше нижче);
- ▶ у 2021 році запроваджена гармонізація акцизу на тютюнові вироби для нагрівання (ТВЕН) та сигарил до рівня сигарет (надходження до Держбюджету від акцизів на ТВЕН за рік зросли з 1,7 до 10,5 млрд грн);
- ▶ у 2021 році запроваджено акциз на рідини до електронних сигарет.

### **Кейс 2. Підвищення акцизів на тютюнові вироби**

Підвищення акцизів на тютюнові вироби – постійна боротьба інтересів громадського здоров'я та тютюнової індустрії. Відповідно до різноманітних досліджень та рекомендацій ВООЗ, підвищення акцизів є дієвим інструментом для зниження поширеності куріння, зокрема серед молоді.

Фахівці сфери громадського здоров'я зацікавлені у тому, щоб сигарети коштували дорожче, а люди курили менше. Але це повністю протирічить інтересам тютюнової індустрії, яка робить усе можливе, щоб зберегти фінансову доступність сигарет.

Однак попри активне лобі індустрії у ВРУ, акцизи на тютюнові вироби в Україні підвищувалися практично кожного року, хоча й не на велику ставку. Це дозволяло не лише скорочувати поширеність куріння, але й наповнювати державний бюджет. Громадські організації та експерти неодноразово піднімали важливість питання підвищення тютюнових акцизів. У 2017 році інтереси громадського здоров'я у збереженні життя людей і держави у бажанні отримувати додаткові надходження збіглися.

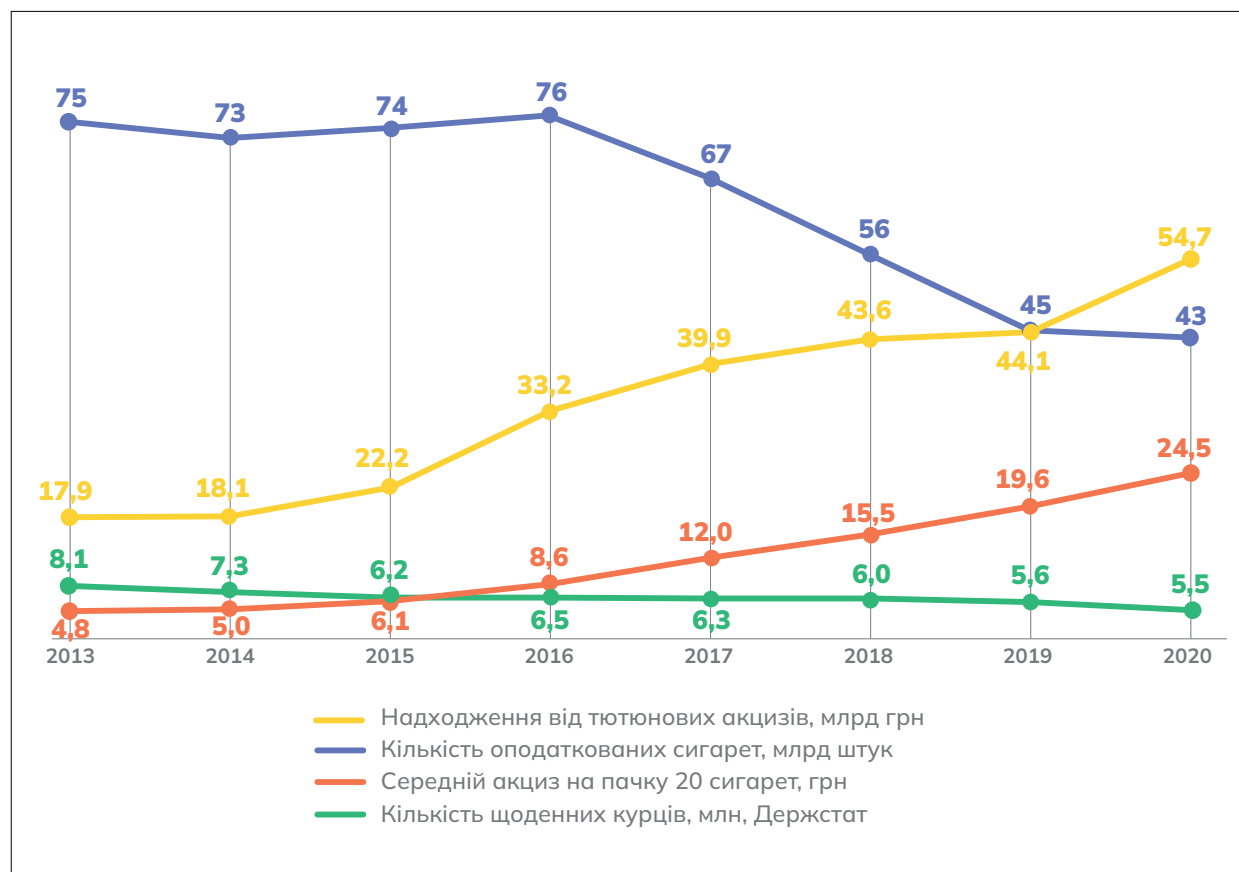
7 грудня 2017 року сталася безпрецедентна подія – Верховна Рада України підтримала план підвищення акцизів на тютюнові вироби впродовж 2018–2024 років [227]. Таким чином у 2018 році специфічний акциз та мінімальне акцизне податкове зобов'язання на 1000 штук сигарет зріс на 29,7 % до 577,98 грн та 773,20 грн відповідно. У подальші 6 років тютюновий акциз зростав і продовжує зростати на 20 % щорічно. Таким чином заплановано досягнути мінімального європейського рівня оподаткування сигарет, який становить 90 євро на 1000 штук (зараз в Україні цей податок на рівні 30 євро на 1000 штук сигарет). Хоча ця мета є досить складною, адже у ставки підвищення акцизів не було закладено щорічний рівень інфляції. Також, на жаль, план передбачає лише підвищення специфічного акцизу на сигарети, в той час, як адвалорний акциз лишився незмінним, відтак, податок з дорогих сигарет лишається практично на такому ж рівні, що й з дешевих, а це спричинить недоотримання надходжень до бюджету.

Що стосується зміни цін на сигарети, то експерти Українського центру контролю над тютюном прогнозують, що до 2025 року ціна пачки сигарет може сягнути 88 грн [228].

Успіх кейсу з підвищенням акцизів чудово доводить інформація, представлена на графіку нижче (Рис. 4.1). На ньому наведено динаміку кількості оподаткованих сигарет, середній акциз на пачку сигарет, надходження до державного бюджету та кількість курців протягом 2013 – 2020 років. Як бачимо, з 2013 року кількість оподаткованих сигарет зменшилася з 75 млрд до 43 млрд штук у 2020 році, при цьому щорічні надходження до державного бюджету зросли з 19,9 млрд грн до 54,7 млрд грн у 2020 році, а кількість курців навпаки зменшилася – з 8,1 млн до 5,5 млн осіб.

Україна досягла хорошого прогресу у сфері контролю над тютюном, навіть порівняно з деякими країнами ЄС. Це дозволило знизити поширеність куріння та зберегти тисячі життів українських громадян. Запорукою успіху стало те, що антитютюнова діяльність була зосереджена на різних інтервенціях, рекомендованих ВООЗ (заборона куріння у громадських місцях, заборона реклами, спонсорства та сприяння продажу тютюну, підвищення акцизів тощо). Також важливу роль відіграла активність громадських організацій, які мобілізували основних стейкхолдерів у сфері контролю над тютюном, та попри спротив тютюнової індустрії змогли досягти вагомих результатів. Разом з тим, варто розуміти, що варто запровадити ще досить багато норм, продовжувати працювати з тими, хто приймає рішення, та з суспільством для того, аби знизити поширеність вживання тютюну та створити майбутнє без тютюну.

**Рис. 4.1. Тютюнові акцизи в Україні у 2013–2020 роках (за даними ГО Життя)**





# РОЗДІЛ 5.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ  
ОЦІНКИ «ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ  
З НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ:  
БАР'ЄРИ ТА МОЖЛИВОСТІ СИСТЕМИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»**





Уряд України продемонстрував свою прихильність реформі системи охорони здоров'я. Було впроваджено багато важливих змін, зокрема зміна принципів фінансування системи охорони здоров'я, створення Національної служби здоров'я, як єдиного закупівельника медичних послуг, запровадження системи охорони здоров'я, орієнтованої на ПМД, створення та розбудова системи громадського здоров'я. Європейське регіональне бюро ВООЗ і Міністерство охорони здоров'я України за сприяння україно-швейцарсько проекту «Скорочення поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні» (2019–2024 рр.) погодили проведення незалежної зовнішньої оцінки політики протидії НІЗ в Україні, результати якої представлено в цьому звіті, щоб підтримати подальший розвиток політики охорони здоров'я в Україні на основі фактичних даних.

У цьому розділі ми зосередимо увагу на низці політичних рекомендацій, що ґрунтуються на результатах здійсненої оцінки та їхньому обговоренні у форматі заключного семінару за участі ключових стейкхолдерів, представників центральних (МОЗ України, ЦГЗ) та регіональних органів управління охороною здоров'я. Рекомендації можуть сприяти подальшому розвитку політики, програм та заходів боротьби з НІЗ в Україні, а також можуть бути використані як основа для подальшого діалогу між різними зацікавленими сторонами, причетними до НІЗ в Україні та ВООЗ.

Рекомендації згруповані в шість основних тем:

1. Посилення координації та управління в реалізації політики у сфері боротьби з НІЗ.
2. Запровадження системи управління хронічними захворюваннями на основі ПМД та забезпечення якості допомоги і послуг щодо профілактики і контролю НІЗ.
3. Оновлення системи електронного здоров'я до інтегрованої системи клінічної підтримки та підтримки прийняття рішень.
4. Удосконалення фінансових механізмів політики протидії НІЗ: залучення додаткових коштів, запровадження фінансових стимулів, забезпечення ліками.
5. Кадрові ресурси: наявність, кваліфікація, навчання, розподіл обов'язків.
6. Розширення можливостей пацієнтів.

## **5.1. ПОСИЛЕННЯ КООРДИНАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ В РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ БОРЬБИ З НІЗ**

Як показано в попередніх розділах, ефективність реалізації політики профілактики та боротьби з НІЗ як на загальнодержавному рівні, так і на рівні індивідуальних послуг, в цілому, залежить від двох основних складових: наявності політичної волі та налагодженої координації й управління при реалізації політики. Показники здоров'я населення можна було б покращити, навіть при нинішніх рівнях фінансування, якби заходи та послуги були краще інтегровані. Тож, найважливішою узагальненою рекомендацією є посилення координації та управління в реалізації політики у сфері боротьби з НІЗ.

### **Національний рівень**

- ▶ Розробити та затвердити національну стратегію профілактики та боротьби з НІЗ, в якій обов'язково врахувати взаємозв'язок факторів ризику з виникненням НІЗ. Пріоритезувати її виконання в політиці розвитку системи охорони здоров'я України.



- ▶ Встановити чіткі досяжні цілі протидії НІЗ: переглянути Національний план заходів щодо НІЗ, включивши в нього індикатори виконання. Структура індикаторів має включати не лише індикатори процесу реалізації плану дій, але й індикатори результатів. Запровадити практику регулярного проведення моніторингу та оцінки виконання плану заходів щодо НІЗ.
- ▶ Прийняти Закон України «Про систему громадського здоров'я». Розробити усі необхідні підзаконні акти, які б дозволили виважено та продумано підійти до виконання положень закону.
- ▶ Поліпшити ефективність міжгалузевої співпраці у сфері протидії НІЗ: у стратегії/плані передбачити чіткий розподіл відповідальності та взаємодії різних інституцій/організацій, зокрема передбачити активніше залучення Міністерства внутрішніх справ та Держпродспоживслужби до контролю за виконанням законодавства, що має прямий вплив на виникнення та розвиток НІЗ; активно залучати громадський сектор. Проводити регулярні міжсекторальні комунікаційні заходи із залученням міжнародних експертів з метою обговорення ключових проблем НІЗ в Україні, що могло б покращити узгодженість національної політики охорони здоров'я.
- ▶ Посилити державний контроль за виконанням законів у сферах, що мають прямий вплив на виникнення НІЗ (тютюн, алкоголь, трансжири тощо). Система підзвітності необхідна для того, щоб аналіз порушень законодавства використовувався для покращення координації, надання послуг або будь-якого іншого причинно-наслідкового характеру, а також встановлення та забезпечення безповоротності покарання для всіх порушників законодавства.
- ▶ Посилити законодавство в частині протидії факторам ризику НІЗ: прийняти національну стратегію запобігання вживанню алкоголю.
- ▶ Забезпечити ефективність виконання підходу «Здоров'я в усіх політиках»: нормативно інтегрувати НІЗ в усі політики та сфери (насамперед, соціальну сферу та сферу професійного здоров'я).
- ▶ Посилити співпрацю МОЗ та МОН України в частині інтеграції питань профілактики та контролю НІЗ в освітньому середовищі.
- ▶ Запровадити ефективне регулювання реклами тютюну та алкоголю (повна заборона), а також посилити контроль за виконанням регуляторної політики. Натомість посилити вплив та поширення соціальної реклами з питань впливу факторів ризику. Залучити ключових стейкхолдерів до адвокатування «здорових ініціатив» у законодавчому полі.
- ▶ Розробити стратегію розбудови СОЗ в Україні, яка б передбачала створення системи, спроможної ефективно долати епідемічні виклики, не порушуючи безперервність надання медичної допомоги пацієнтам з НІЗ.

### Регіональний рівень

- ▶ Сприяти розбудові організаційної інфраструктури щодо профілактики та контролю НІЗ у ЦКПХ, а також визначити чіткий розподіл повноважень та завдань між усіма структурами, що опікуються питаннями НІЗ на регіональному рівні (центри контролю і профілактики хвороб, центри громадського здоров'я (де лишилися)/інформаційно-аналітичні центри медичної статистики).

- ▶ Посилити контроль за виконанням законів у сферах, що мають прямий вплив на виникнення НІЗ (тютюн, алкоголь, трансжири тощо) на регіональному рівні та на рівні ОТГ.
- ▶ Переглянути регіональні плани заходів щодо НІЗ, включивши в них індикатори виконання. Запровадити практику регулярного проведення моніторингу та оцінки виконання плану заходів щодо НІЗ на регіональному рівні.
- ▶ Розробити рекомендації виконання антитютюнового закону в частині куріння у громадських місцях та запровадити контроль за виконанням на рівні ОТГ.
- ▶ У відповідності до національної стратегії запобігання вживанню алкоголю, розробити регіональний план дій щодо її виконання.
- ▶ Забезпечити ефективність виконання підходу «Здоров'я в усіх політиках»: нормативно інтегрувати НІЗ в усі політики та сфери (насамперед, соціальну сферу та професійне здоров'я) на регіональному рівні.
- ▶ Посилити інтеграцію питань профілактики та контролю НІЗ в освітньому середовищі на регіональному рівні та на рівні ОТГ.
- ▶ Посилити вплив та поширення соціальної реклами з питань впливу факторів ризику та популяризації здорового способу життя на регіональних джерелах масової інформації. Залучити ключових стейкхолдерів до адвокування «здорових ініціатив» на регіональному рівні та на рівні ОТГ.

## **5.2. ЗАПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ОСНОВІ ПМД ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ДОПОМОГИ ТА ПОСЛУГ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ І КОНТРОЛЮ НІЗ.**

На сьогодні первинна медична допомога в Україні є центральною об'єднуючою ланкою в системі громадського здоров'я в цілому і у питаннях протидії НІЗ зокрема. Адже основна функція ПМД – координація догляду за пацієнтами з відповідною моделлю фінансування та потужною функцією попередження виникнення захворювань. Усі інші складові системи управління хронічними неінфекційними захворюваннями (спеціалізована медична допомога, паліативна допомога, система тривалого догляду) також важливі, але координуюча функція все ж покладена на ПМД. Тож важливо удосконалити систему координації медичної допомоги на усіх рівнях, щоб зменшити розриви та дублювання, тим самим підвищуючи ефективність та якість медичної послуги.

### **Національний рівень**

- ▶ Запровадити індикатори якості медичної допомоги, які можна було б легко оцінити при регулярному моніторингу.
- ▶ Пов'язати вимірювання результатів з механізмами підзвітності та системами стимулювання. Важливо передбачити, щоб усі інвестиції та виділені ресурси (включаючи механізми фінансування охорони здоров'я) сприяли покращенню результатів, а не лише наданню медичних послуг та втручань у здоров'я населення.
- ▶ Розробити стандарти «сервісної складової» медичних послуг та провести навчання для медичних працівників. Внести ці показники у вимоги укладання контрактів з НСЗУ.

- ▶ Запровадити практику регулярної оцінки виконання гарантованого пакету медичних послуг в частині НІЗ з внесенням відповідних змін до пакетів ПМД на основі проведеної оцінки.
- ▶ Переглянути вимоги НСЗУ до пакетів гарантованої паліативної допомоги, передбачивши відповідне фінансування, без прив'язки до організаційно-структурного підрозділу ЗОЗ.
- ▶ При розробці стандартів медичної допомоги, обов'язково включати розділ «паліативна допомога» в тих нозологіях, які такої допомоги потребують.
- ▶ Розширити міжсекторальну співпрацю при наданні паліативної допомоги (медичні працівники ПМД, соціальні працівники, психологи), передбачивши відповідні зміни в пакетах гарантованої медичної допомоги.
- ▶ Підвищити доступність програм профілактики захворювань та зміцнення здоров'я в ПМД. Передбачити обов'язковість проходження лікарями і медсестрами ПМД тренінгів з консультування, особливо щодо поведінкових факторів ризику. Інтегрувати консультування щодо поведінкових факторів ризику у повсякденну роботу ПМД.
- ▶ Визначити роль кожного рівня медичної допомоги в лікуванні НІЗ, у тому числі – в системі скринінгових програм, включивши їх у пакети гарантованої медичної допомоги.

### Регіональний рівень

- ▶ Підвищити координуючу роль ПМД шляхом розроблення у кожному ЗОЗ уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги для відповідної нозології та забезпечити обов'язковість їх виконання (шляхом фінансових антистимулів) та дотримання маршруту пацієнта щодо НІЗ.
- ▶ На рівні ЗОЗ запровадити внутрішню систему якості (механізм зворотного зв'язку з пацієнтом) для дослідження сервісної складової, а також забезпечити зв'язок сімейний лікар – пацієнт (нагадування для пацієнтів).
- ▶ Створити систему запрошень на огляд лікарем ПМД, орієнтовану на певні вікові групи та групи ризику. Відійти від звичної практики пасивного нагляду, при якому пацієнти відвідують лікарів ПМД за власною ініціативою, як правило, лише тоді, коли їхнє здоров'я погіршується. Система активного запрошення, орієнтована на певні вікові групи та групи ризику, дозволить запобігти багатьом НІЗ.
- ▶ Запровадити практику регулярного проведення мобільного скринінгу, наприклад, на рак шкіри.

## **5.3. ОНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ЕЛЕКТРОННОГО ЗДОРОВ'Я ДО ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ КЛІНІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ПІДТРИМКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ**

### Національний рівень

- ▶ Забезпечити подальший розвиток електронної системи охорони здоров'я – від підходу на основі документів до стандартизованої інформації. У фокусі збору даних мають бути включені фактори ризику та показники НІЗ (наприклад, артеріальний тиск, ІМТ, рівень глюкози в крові) та поведінка щодо здоров'я (наприклад, статус куріння, рівень фізичної активності, дієтичні звички). Провести

відповідні тренінги для медичного персоналу (лікарів, медсестер), щоб внесення інформації в МІС не відбувалося формальним шляхом.

- ▶ Розширити функції електронної системи збору даних, запровадивши також систему аналізу даних для вироблення/корекції політик.
- ▶ Створити єдину систему даних з усіх рівнів та від провайдерів медичної допомоги усіх форм власності. Це забезпечить достовірність і об'єктивність ситуації щодо НІЗ в країні в цілому.
- ▶ Для ефективного реагування на зміни в показниках здоров'я населення забезпечити доступ регіональних стейкхолдерів (ЦКПХ/ЦГЗ) до даних, які збирає НСЗУ.
- ▶ Оптимізувати збір інформації щодо смертності – доступ до цієї інформації повинен мати не лише Держстат, але й аналітичні відділи ЦКПХ/ЦГЗ/ОІАЦМС.
- ▶ Сприяти перетворенню електронної системи охорони здоров'я в безперервну систему управління якістю медичної допомоги. Ініціювати державне (або міжнародне) фінансування наукових досліджень для проведення аналізу фактичних даних щодо здоров'я населення в розрізі НІЗ, передбачивши доступ до статистичної інформації, виконавцям досліджень.
- ▶ Створити електронну платформу для даних пацієнтів, які можна було б пов'язати з наявними системами електронного здоров'я. Забезпечити можливість пацієнтам за допомогою «електронних інструментів» самостійно вносити/корегувати певну інформацію (наприклад, вживання тютюну, дієта та фізична активність). Інформацію, зібрану за допомогою таких електронних інструментів, можна було б пов'язати з електронними медичними записами пацієнтів у системі електронного здоров'я для підтримки прийняття клінічних рішень.

### Регіональний рівень

- ▶ Провести моніторинг наявності безперебійності інтернет-зв'язку та доступу до e-Health у всіх провайдерів медичної допомоги, особливо в закладах ПМД у віддалених районах країни.
- ▶ Стандартизувати показники збору інформації у всіх інформаційних системах ЗОЗ.
- ▶ Активізувати впровадження телемедичних технологій, особливо в сільській місцевості та віддалених регіонах країни.
- ▶ Забезпечити наявність в кожному центрі ПМД кабінету долікарського прийому.

## **5.4. УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСОВИХ МЕХАНІЗМІВ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ НІЗ: ЗАЛУЧЕННЯ ДОДАТКОВИХ КОШТІВ, ЗАПРОВАДЖЕННЯ ФІНАНСОВИХ СТИМУЛІВ, ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАМИ**

### Національний рівень

- ▶ Під час планування загального бюджету на ОЗ, у статті видатків на «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» виокремити видатки на програми протидії НІЗ та промоцію здоров'я.
- ▶ Внести зміни до Бюджетного кодексу для перерозподілу коштів з акцизів, що надходять від оподаткування тютюну та алкоголю, на потреби профілактики та контролю НІЗ.

- ▶ В державному бюджеті передбачити кошти на реалізацію комплексної міжгалузевої стратегії протидії НІЗ.
- ▶ Запровадити оподаткування «шкідливих для здоров'я продуктів» (наприклад, солодких напоїв).
- ▶ В бюджеті на громадське здоров'я виокремити окремий блок щодо НІЗ; забезпечити фінансування програм з промоції здоров'я.
- ▶ Впровадити систему оцінки ефективності, включаючи оцінку медичних технологій. Для ефективного використання цього інструменту провести відповідні тренінги для медичних працівників.
- ▶ Провести оцінку програми «Доступні ліки» (оцінка додаткових потреб населення у ліках, оцінка ефективності програми, зокрема проблемних моментів). Забезпечити щорічне розширення програми «Доступні ліки» в частині препаратів для лікування НІЗ.
- ▶ Забезпечити наявність та доступність знеболювальних препаратів для паліативних хворих.

### Регіональний рівень

- ▶ При формуванні регіональних бюджетів, передбачити окремі статті фінансування на програми з промоції здоров'я, скринінгові програми.
- ▶ Забезпечити доступність ліків для людей з НІЗ (не лише фінансову, але й фізичну), наприклад, забезпечити доступність ліків у сільській місцевості з використанням потенціалу ОТГ, як-то видача лікарських засобів за програмою «Доступні ліки» в сільського старости.

## **5.5. КАДРОВІ РЕСУРСИ: НАЯВНІСТЬ, КВАЛІФІКАЦІЯ, НАВЧАННЯ, РОЗПОДІЛ ОБОВ'ЯЗКІВ**

### Національний рівень

- ▶ Зміцнити потенціал людських ресурсів у питаннях профілактики. Сімейні лікарі, медсестри та інші спеціалісти в системі охорони здоров'я мають отримувати регулярну, скоординовану безперервну професійну освіту в системі БПР з питань збереження здоров'я та профілактики.
- ▶ Запровадити позицію «медичної сестри з розширеними повноваженнями», створити передумови для більш активного залучення медичних сестер до консультування та ведення пацієнтів з НІЗ та проведення профілактичної роботи серед загального населення. Як одна із опцій: розширити кваліфікаційну характеристику сестри медичної ЗП-СМ (наказ МОЗ), та забезпечити самостійне виконання нею деяких послуг. Для цього дозволити медичним сестрам проводити самостійні, долікарські огляди з вимірюванням АТ, ваги, росту, консультування, тощо.
- ▶ Розробити та впровадити обов'язкове тематичне удосконалення для медичних сестер та лікарів ПМД з питань паліативної допомоги.
- ▶ Підвищувати кадровий потенціал регіональних закладів громадського здоров'я, зокрема ЦКПХ: залучати нових фахівців та проводити для них навчання

на постійній основі, курси БПР для фахівців громадського здоров'я та медичних працівників з питань профілактики НІЗ.

- ▶ Включити питання промоції здоров'я та профілактики НІЗ до навчальних програм медичних працівників, у тому числі, навчати медичних працівників, як говорити про здоров'я.

### **Регіональний рівень**

- ▶ Проводити навчання освітян (садочки, школи, профтехучилища) щодо питань профілактики НІЗ, а також презентувати ці теми учням. Залучати медичних працівників до освітнього процесу в школах. Навчати освітян інтегрувати теми здоров'я в освітній процес.
- ▶ При центрах ПМД організувати тренінгові центри, в яких медичний персонал відпрацьовуватиме основні практичні навички, особливо з питань лікування НІЗ.

## **5.6. РОЗШИРЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ**

### **Національний та регіональний рівні**

- ▶ Розробити матеріали для навчання пацієнтів, а також передбачити проведення освітніх комунікацій між постачальником медичних послуг і пацієнтом. Навчати пацієнтів принципам самопомоги.
- ▶ В практиці ведення пацієнтів з НІЗ на рівні ПМД використовувати сімейно-орієнтований підхід: активно залучати пацієнтів та членів їхніх сімей до встановлення їхніх власних індивідуальних цілей.
- ▶ Розробити та втілити програми навчання здоров'ю з дошкільного віку. Щоб запобігти захворюванням, необхідно підвищувати медичну грамотність і прищеплювати здорову поведінку з якомога раннього віку. Таким чином, започаткування програм гігієнічної грамотності в дошкільних закладах могло б зменшити тягар НІЗ на окремих осіб і населення в цілому.
- ▶ Активно залучати пацієнтські організації та інші неурядові організації до розбудови потенціалу протидії НІЗ.
- ▶ Збільшити обсяг кампаній соціального маркетингу та інших комунікаційних ініціатив для розширення можливостей пацієнтів та інформування їх про їхні права та обов'язки щодо збереження здоров'я.

## ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

- [1] Noncommunicable diseases. Key facts. URL: <https://is.gd/ZAwA3P>
- [2] STEPS. Поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань: Україна-2019.- С. 68 с. URL: <https://is.gd/lenyjw>
- [3] Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems Assessment Guide. World Health Organization, 2014. URL: <https://is.gd/8WWyUI>
- [4] Архів звітів країн, які проводили оцінку систем охорони здоров'я, на сайті ВООЗ. URL: <https://is.gd/XT2PcQ>
- [5] Форма № 12 МОЗ України «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувально профілактичного закладу, за 20\_ рік». URL: <https://is.gd/bh8RU3>
- [6] Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002– 2019 рр.: кол. моногр. – НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. – Київ, 2020. – С.51 (271 с). URL: <https://www.idss.org.ua/arhiv/population.pdf>
- [7] НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ. Імперативи демографічного старіння. – К.: ВД «АДЕФУкраїна», 2014. – С.66 (288 с). URL: <https://is.gd/7e86QK>
- [8] Рынгач Н.А. Осень жизни: возможности снижения смертности в пожилом возрасте/Демоскоп Weekly. – №539–540. (21.01–3.02.2013). URL: <https://is.gd/1WpFld>
- [9] The World Bank. 2018. Медична допомога при діабеті 2 типу в Україні: Точки Розриву та Висновки. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO. URL: <https://is.gd/OjQsEG>
- [10] The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. A report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health September 2011. URL: <https://is.gd/mi8xCO>
- [11] Какорина Е.П., Казаковцев Б.А. Особенности формирования показателей смертности от психических расстройств в РФ// Психическое здоровье. – 2013. – №4. – №. 3–6. URL: <https://is.gd/MhkIEE>
- [12] Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України. Бази даних статистичної звітності щодо надання психіатричної допомоги населенню України у 2018–2020 рр. URL: <https://is.gd/BrCPCe>

- [13] Evelyn J. Bromet. Semyon F. Gluzman. Volodymyr I. Paniotto. Charles P.M. Webb Nathan L. Tintle Victoria Zakhosha. Johan M. Havenaar. Zinoviy Gutkovich. Stanislav Kostyuchenko. Joseph E. Schwartz. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine Findings from the Ukraine World Mental Health survey Accepted: 4 March 2005 / Published online: 20 September 2005. URL: <https://is.gd/TLSZzO>
- [14] Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization, 2017. URL: <https://is.gd/ka7a07>
- [15] Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS). Київ, 2017. 240 с. URL: <https://is.gd/Op5JeG>
- [16] Peto R, Lopez AD, Pan H, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950–2000 Oxford: Oxford University Clinical Trial Service Unit; 2015. URL: <https://is.gd/h7z6b4>
- [17] Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking attributable diseases. Tobacco Control. 2017. URL: <https://is.gd/xPhHHT>
- [18] Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2020 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2020 року). Статистичний збірник. Державна служба статистики України. Київ, 2021. URL: <https://is.gd/Q3Q0gT>
- [19] Пресреліз на основі даних Держказначейства «Завдяки зростанню акцизів на тютюн до Державного бюджету додатково надійшло 10,6 мільярдів гривень». Сайт ГО «Центр громадянського представництва «Життя», 9 лютого 2021 р. URL: <https://is.gd/ifTkle>
- [20] Press release Philip Morris International Inc. reports 2020 fourth-quarter & full-year results; 2020 full-year reported diluted eps of \$5.16 versus \$4.61 in 2019, reflecting adjusted diluted eps growth of 7.0 % on an organic basis; provided 2021 eps forecast. New York, February 4, 2021. URL: <https://is.gd/gTaDPm>
- [21] Пресреліз «У 2020 році скорочення поширеності тютюнокуріння в Україні загальмувалося». Сайт ГО «Центр громадянського представництва «Життя», 16 березня 2021 р. URL: <https://is.gd/2eroQ5>
- [22] Пресреліз «Як змінилося споживання електронних сигарет та тютюнових виробів для нагрівання, а також ставлення до їх законодавчого регулювання серед населення України протягом 2017–2020 років». Київський міжнародний інститут соціології, 2020 р. URL: <https://is.gd/HZkr40>
- [23] Пресреліз «В Україні збільшилась поширеність куріння е-сигарет та ТБЕНів». Сайт ГО «Центр громадянського представництва «Життя», 8 вересня 2020 р. URL: <https://is.gd/itF63d>



- [24] Глобальне опитування молоді щодо вживання тютюну (Global Youth Tobacco Survey – GYTS). Київ, 2017. URL: <https://is.gd/KNhtdC>
- [25] Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). URL: <http://www.healthdata.org/ukraine>
- [26] Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну. Конвенцію ратифіковано Законом N 3534-IV від 15.03.2006 року. URL: <https://is.gd/bsmhHI>
- [27] Закон України від 22.09.2005 р. № 2899-IV «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення». URL: <https://is.gd/aWjbAx>
- [28] Закон України від 19.12.1995 р. № 481/95-ВР «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв, тютюнових виробів та пального». URL: <https://is.gd/NcXwFG>
- [29] Закон України від 03.07.1996 р. № 270/96-ВР «Про рекламу». URL: <https://is.gd/bQpо3>
- [30] Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, затверджений розпорядженням КМУ від 26 липня 2018 р. № 530-р. URL: <https://is.gd/GdgeON>
- [31] Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Угоду ратифіковано із заявою Законом № 1678-VII від 16.09.2014 р. URL: <https://is.gd/yC0Zaf>
- [32] Закон України від 07.12.2017 р. № 2245-VIII «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2018 році». URL: <https://is.gd/ZMg6Kf>
- [33] Коди Української класифікації товарів зовнішньо економічної діяльності. URL: <https://is.gd/kkmnGp>
- [34] STOP. A Global Tobacco Industry Watchdog. Ukraine. URL: <https://is.gd/7hvRnA>
- [35] Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Контроль у сфері реклами і дотримання антитютюнового законодавства. URL: <https://is.gd/POU7JE>
- [36] Інформаційні кампанії – ефективний інструмент попередження молоді про шкоду електронних пристроїв для куріння. Дослідження КМІС, 31 березня 2021 року. URL: <https://is.gd/lqMm4z>

- [37] World Health Organization (2021), The Global Health Observatory. Alcohol, recorded per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol). URL: <https://is.gd/GpCsHd>
- [38] World Health Organization (2021), The Global Health Observatory. Alcohol, heavy episodic drinking (15+) past 30 days (%), age-standardized with 95 %CI. URL: <https://is.gd/hIPZVK>
- [39] Global status report on alcohol and health 2018. WHO, 27 September 2018. URL: <https://is.gd/Yyf3Hd>
- [40] Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді (HBSC, 2018). URL: <https://is.gd/OChEZ>.
- [41] Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді (HBSC, 2014). URL: <https://is.gd/YQ0yjr>.
- [42] Звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2019 рік (за даними 2018 року). Київ, 2019 р. URL: <https://is.gd/GXNIMU>
- [43] Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. ВООЗ, 2010. URL: <https://is.gd/gHO9kM>
- [44] Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. ВООЗ, 2013. URL: <https://is.gd/cmdc7q>
- [45] Инициатива SAFER: сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным. Успехи в реализации политики в отношении контроля над алкогольной продукцией, 2010–2019 гг. ВООЗ, 2021. URL: <https://is.gd/osw8S5>
- [46] Податковий кодекс України (затверджений ЗУ № 2755-VI від 02.12.2010 р). URL: <https://is.gd/fK5Tqt>
- [47] Закон України від 06.12.2010 № 2639-VIII «Про інформацію для споживачів щодо харчових продуктів». URL: <https://is.gd/U8KVVN>
- [48] Закон України від 22.03.2018 № 2376-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо надання органам місцевого самоврядування повноважень встановлювати обмеження продажу пива (крім безалкогольного), алкогольних, слабоалкогольних напоїв, вин столових». URL: <https://is.gd/POp81S>
- [49] Розпорядження КМУ від 21.10.2020 № 1360-р «Про схвалення Стратегії підвищення рівня безпеки дорожнього руху в Україні на період до 2024 року». URL: <https://is.gd/HTKgQD>
- [50] Постанова КМУ від 10 липня 2019 р. № 689 «Питання проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні» URL: <https://is.gd/orGETR>
- [51] Сайт проекту «Про здорове». URL: <http://www.prozdorove.com.ua/>

- [52] Стасенко Т. «Солодкі напої з гіркими наслідками: проблема ожиріння серед українських дітей. Український медичний часопис, 4 (114) – VII/VIII 2016. URL: <https://is.gd/djse9m>
- [53] Проект закону від 21.05.2021 року №5543 «Про внесення змін до деяких законів України щодо обмеження вмісту трансжирних кислот у харчових продуктах». URL: <https://is.gd/iGStlK>
- [54] Указ президента України від 25.05.2020 р. №894/2019 «Про невідкладні заходи щодо покращення здоров'я дітей». URL: <https://is.gd/ZPNJky>
- [55] Указ президента України від 07.12.2019 р. №195/2020 «Про Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі». URL: <https://is.gd/VAZWJ0>
- [56] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2020 року №1668-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Національної стратегії розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі на 2021 рік». URL: <https://is.gd/YI3ByM>
- [57] Постанова Кабінету Міністрів України від 24 березня 2021 року №305 «Про затвердження норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку». URL: <https://is.gd/izKFi1>
- [58] Наказ МОЗ від 16.07.2020 року №1613 «Про затвердження Правил додавання вітамінів, мінеральних речовин та деяких інших речовин до харчових продуктів». URL: <https://is.gd/PajtmM>
- [59] Проект Закону від 25.02.2021 №5148 «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення якості харчових продуктів, що споживаються дітьми». URL: <https://is.gd/cK8Mre>
- [60] Taxes on sugarsweetened beverages: International Evidence and Experience. World Bank, Health, Nutrition, and Population, 2020. URL: <https://is.gd/k8MAI2>
- [61] Цьось А., Бергер Ю., Сабіров О. Рівень фізичної активності студентів вищих навчальних закладів. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві? збірник наукових праць... № 3 (31), 2015. URL: <https://is.gd/l31aLD>
- [62] Наказ МОЗ від 15.02.2021 року №194 «Про затвердження Рекомендацій щодо стратегічного розвитку фізичного виховання та спортивної підготовки серед учнівської молоді на період до 2025 року». URL: <https://is.gd/pV7uJ9>
- [63] Наказ МОЗ № 504 від 19.03.2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». URL: <https://is.gd/b9R5dF>
- [64] Закон України від 17.02.2011 №3038-VI «Про регулювання містобудівної діяльності». URL: <https://is.gd/7vylIn>

- [65] Закон України від 16.11.1992 №2780-XII «Про основи містобудування». URL: <https://is.gd/8qwKum>
- [66] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 р. №366-р «Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. URL: <https://is.gd/1dMEBc>
- [67] Указ Президента України від 09.02.2016 року №42/2016 «Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». URL: <https://is.gd/xzioX6>
- [68] Постанова Кабінету Міністрів України від 4 листопада 2020 року №1089 «Про затвердження Стратегії розвитку фізичної культури і спорту на період до 2028 року». URL: <https://is.gd/wRZ0mk>
- [69] Який стан фізкультури в школах – опитування учнів, батьків та педагогів? Державна служба якості освіти. 22 квітня 2021 року. URL: <https://is.gd/1ycF8A>
- [70] Philip J Landrigan, Richard Fuller, Nereus J R Acosta, Olusoji Adeyi et al. The Lancet Commission on pollution and health. The Lancet commissions, Volume 391, Issue 10119, P462–512, February 03, 2018. URL: <https://is.gd/NlqVBx>
- [71] WorldAirQualityReport.Region&CityPM2.5Ranking,2021.URL:<https://is.gd/5LXq8W>
- [72] WHO global air quality guidelines: particulate matter ( PM2.5 and PM10) , ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. World Health Organization. (2021) . URL: <https://is.gd/Ro6aDc>
- [73] European Health Information Gateway. Indicators explorer. World Health Organization. URL: <https://is.gd/8ACdVL>
- [74] Конвенція про транскордонне забруднення повітря на великі відстані. Ратифікована 13.05.1980 р. URL: <https://is.gd/fvOzbt>
- [75] Рамкова Конвенція ООН про зміну клімату. Ратифікована 29.10.1996 р. URL: <https://is.gd/SeaqJC>
- [76] Кіотський протокол до Рамкової конвенції Організації Об'єднаних Націй про зміну клімату. Ратифіковано 04.02.2004 року. URL: <https://is.gd/9TlBmf>
- [77] Закон України від 16.10.1992 року №2707-XII «Про охорону атмосферного повітря». URL: <https://is.gd/S0pW9t>
- [78] Закон України від 23.05.2017 № 2059-VIII «Про оцінку впливу на довкілля». URL: <https://is.gd/M4Mpzv>
- [79] Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2001 року № 1598



- «Про затвердження переліку найбільш поширених і небезпечних забруднюючих речовин, викиди яких в атмосферне повітря підлягають регулюванню». URL: <https://is.gd/m7q9wt>
- [80] Постанова Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2001 року № 1655 «Про затвердження Порядку ведення державного обліку в галузі охорони атмосферного повітря». URL: <https://is.gd/GuCPFI>
- [81] Постанова Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2001 року № 1780 «Про затвердження Порядку розроблення та затвердження нормативів граничнодопустимих викидів забруднюючих речовин із стаціонарних джерел». URL: <https://is.gd/mLpZay>
- [82] Постанова Кабінету Міністрів України від 14 серпня 2019 року №827 «Деякі питання здійснення державного моніторингу в галузі охорони атмосферного повітря». URL: <https://is.gd/Cozmjf>
- [83] Постанова Кабінету Міністрів України від 13 березня 2002 року №302 «Про Порядок проведення та оплати робіт, пов'язаних з видачею дозволів на викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами, обліку підприємств, установ, організацій та громадян – підприємців, які отримали такі дозволи». URL: <https://is.gd/plkh1B>
- [84] Першочергові завдання в сфері охорони атмосферного повітря. Ecobusiness Group: Платформа рішень для менеджерів природоохоронної діяльності. 17.03.2020. URL: <https://is.gd/goFPVc>
- [85] Стартував проєкт з моніторингу використання «кіотських грошей». І. Ставчук. Національний екологічний центр України. URL: <https://is.gd/sCWavv>
- [86] Експертна думка – Лілія Козак, голова комітету з охорони атмосферного повітря ПАЕУ, еколог АТ «Укргазвидобування». URL: <https://is.gd/pjPMwj>
- [87] Global status report on road safety 2018. WHO, 17 June 2018. URL: <https://is.gd/DDj920>
- [88] Road Traffic Injuries and Deaths – A Global Problem. Injury Prevention and control. CDC (USA). URL: <https://is.gd/CD90ky>
- [89] Simiao Chen, Michael Kuhn, Klaus Prettner, David E Bloom. The global macroeconomic burden of road injuries: estimates and projections for 166 countries. The Lancet Planetary Health. Volume 3, Issue 9, E390-E398, September 01, 2019. URL: <https://is.gd/oFalO6>
- [90] Road traffic injuries. Key facts. WHO, 20 June 2022. URL: <https://is.gd/DVbwm1>
- [91] Державна патрульна поліція. Статистика ДТП в Україні. URL: <https://is.gd/jFOUNr>



- [92] Робота системи автофіксації в цифрах. Пост у Facebook Олексія Білошицького, першого заступника начальника Департаменту патрульної поліції від 6 вересня 2021 року. URL: <https://is.gd/WoN82W>
- [93] Майже три чверті українських водіїв ігнорують ремені безпеки – дослідження кампанії «За безпечні дороги». Центр демократії та верховенства права. 7 грудня 2020 року. URL: <https://is.gd/8L8eJR>
- [94] Кожен п'ятий водій користується мобільними під час управління автомобілем. Центр демократії та верховенства права. 5 лютого 2018 року. URL: <https://is.gd/hpzeDV>
- [95] Понад 130 тисяч водіїв виїхали на українські дороги у 2021 році напідпитку: як фіксують порушення. Gard.City, 26 січня 2022 року. URL: <https://is.gd/e5YNOp>
- [96] За рік роботи Системи автоматичної фіксації порушень ПДР кількість ДТП у місцях встановлення камер знизилась на 65 % – Олексій Білошицький. Портал MBC. 04.11.2021. URL: <https://is.gd/LvRHs1>
- [97] Швидкість, ігнорування ременів і телефони за кермом: за які порушення зросли штрафи. Центр демократії та верховенства права. 28 березня 2021 року. URL: <https://is.gd/pmdvwX>
- [98] Yasin, Y.J., Grivna, M. & Abu-Zidan, F.M. Global impact of COVID-19 pandemic on road traffic collisions. *World J Emerg Surg* 16, 51 (2021). URL: <https://is.gd/zLH7tm>
- [99] Регіональні профілі громадського здоров'я, 2021. Дніпропетровська область. URL: <https://is.gd/1d1Qva>
- [100] Дослідження «Стан медичної сфери у Дніпропетровській області» в межах проекту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» субпроєкту «Підтримка реформування системи охорони здоров'я Дніпропетровської області»). 2019 рік.
- [101] Державна служба статистики України. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2019 році. м. Київ, 2020 р. URL: <https://is.gd/J8G34Z>
- [102] Дослідження «Стан медичної сфери у Дніпропетровській області» в межах проекту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» субпроєкту «Підтримка реформування системи охорони здоров'я Дніпропетровської області»). 2016 рік.
- [103] Обласна програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020–2024 роки» від 13.12.2019 № 535–20/VII. URL: <https://is.gd/vOoh1v>
- [104] Сайт Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації – <https://dozdniprooda.com.ua/site/uk/categorys/zdorovyua>

- ▶
- [105] Регіональні профілі громадського здоров'я, 2021. Львівська область. URL: <https://is.gd/MjWPLi>
  - [106] Монографія «Споживання алкогольних напоїв як соціальна проблема: створення стратегії протидії алкоголізму у Львівській області». Г. Герасим та ін. За підтримки МОН України та Національного університету Львівська політехніка. м. Львів, 2020 р.
  - [107] Комплексна програма надання медичної допомоги мешканцям Львівської області на 2017 – 2020 роки. URL: <https://is.gd/W7bnlm>
  - [108] Результати впровадження Комплексної програми надання медичної допомоги мешканцям Львівської області на 2017 – 2020 роки. URL: <https://is.gd/rpPb1c>
  - [109] Сайт Львівського обласного центру громадського здоров'я (обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики) – <https://lvivphc.org.ua/>
  - [110] Окрім ковіду, важливо пам'ятати і про неінфекційні захворювання: у ЛОДА провели засідання координаційної ради з питань профілактики неінфекційних захворювань. Сайт Львівської обласної державної адміністрації. 25 березня 2021 року. URL: <https://is.gd/29Qij1>
  - [111] Регіональні профілі громадського здоров'я, 2021. Полтавська область. URL: <https://is.gd/BT4A2W>
  - [112] Перелік цільових (комплексних) програм, що реалізуються у Полтавській області за рахунок коштів обласного бюджету, станом на 10.03.2021. URL: <https://is.gd/9LB5fX>
  - [113] Комунікаційна стратегія громадського здоров'я у Полтавській області на 2020–2023 роки. URL: <https://bit.ly/3YpirAx>
  - [114] Регіональні профілі громадського здоров'я, 2021. Рівненська область. URL: <https://is.gd/MjWPLi>
  - [115] Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я у Рівненській області на 2021–2024 роки. URL: <https://is.gd/sLRb9g>
  - [116] План заходів щодо реалізації в Рівненській області Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству на 2020 – 2022 роки» від 27 грудня 2019 року №1073. URL: <https://is.gd/E3jemO>
  - [117] Стратегія з контролю над тютюном на 2021 – 2025 роки в Рівненській області від 02 квітня 2021 року №247. URL: <https://is.gd/OhWEUF>
  - [118] Обласна цільова програма підвищення рівня безпеки дорожнього руху в Рівненській області на період до 2023 року від 11 травня 2021 року №349. URL: <https://is.gd/Y59cR9>



- [119] Фейсбук-сторінка Рівненського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики – <https://is.gd/IFFgAS>
- [120] Регіональні профілі громадського здоров'я, 2021. Херсонська область. URL: <https://is.gd/MjWPli>
- [121] Комплексна програма розвитку фізичної культури і спорту в Херсонській області на 2019–2023 роки. URL: <https://is.gd/J25Rnf>
- [122] Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями у Херсонській області на 2019–2023 роки. URL: <https://is.gd/xn5SrV>
- [123] Інформація про програму «Доступні ліки» на сайті Міністерства охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/dostupni-liki>
- [124] Реєстр лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, станом на 10 лютого 2021 року. URL: <https://is.gd/gO2XA7>
- [125] Постанова Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 року №65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року». URL: <https://is.gd/B0Ow0m>
- [126] Закон України від 29.04.2021 № 1434-IX «Про внесення змін до Закону України «Про державний бюджет України на 2021 рік». URL: <https://is.gd/zNLLST>
- [127] Аналіз системи лікування та розрахунок економічних втрат від цукрового діабету в Україні. Association of research and development pharmaceutical producers (APRaD) Київська школа економіки (KSE). Київ, 2020. URL: <https://is.gd/QixCLf>
- [128] Diabetes mellitus: a major risk factor for cardiovascular disease. A joint editorial statement by the American Diabetes Association; The National Heart, Lung, and Blood Institute; The Juvenile Diabetes Foundation International; The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; and The American Heart Association. *Circulation*. 1999 Sep 7;100(10):1132–3. URL: <https://is.gd/US6TKF>
- [129] Global report on diabetes. World Health Organization 2016. URL: <https://is.gd/cx4ZCi>
- [130] Загальнодержавні тенденції утилізації антидіабетичних препаратів (тип-2), Україна, 2014–2016) *Int. J. Green Pharmacy* • Jan-Mar 2018 (Suppl),12(1), S181. URL: <https://is.gd/OjQsEG>
- [131] Реєстр лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 01 жовтня 2021 року. URL: <https://is.gd/z403eT>



- [132] За програмою реімбурсації у 2020 році лікарі виписали понад 12 млн е-рецептів. Національна служба здоров'я України. 19 листопада 2020 року. URL: <https://is.gd/vMN5c0>
- [133] З 1 липня Національна служба здоров'я адмініструватиме програму реімбурсації інсулінів. Національна служба здоров'я України. 22 лютого 2021 року. URL: <https://is.gd/IEWkTq>
- [134] З 1 жовтня пацієнти зможуть отримати інсуліни за програмою «Доступні ліки». Як їх отримати. Національна служба здоров'я України. 12 серпня 2021 року. URL: <https://is.gd/5Yhc5E>
- [135] Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет 1 типу у молодих людей та дорослих (затверджено Наказом МОЗ України від 29 грудня 2014 №1021). URL: <https://is.gd/TcRft5>
- [136] Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет 2 типу (затверджено Наказом МОЗ від 21 грудня 2012 року №1118). URL: <https://is.gd/zwShV5>
- [137] Наказ МОЗ України від 29 грудня 2016 р. №1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751». URL: <https://is.gd/1KyZEn>
- [138] На відшкодування вартості інсулінів у 2022 році передбачили 1,9 мільярда – МОЗ. Укрінформ: мультимедійна платформа іномовлення України. 12 листопада 2021 року. URL: <https://is.gd/NJ27js>
- [139] The World Bank. 2018. медична допомога при діабеті 2 типу в Україні: Точки Розриву та Висновки. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution. URL: <https://is.gd/OjQsEG>
- [140] Кондрацька І.М. Реімбурсація препаратів інсуліну: аналіз даних реєстру. Спеціалізований медичний портал – Health-ua.com. 01 лютого 2019 року. URL: <https://is.gd/FDcuJa>
- [141] Хід реалізації пілотного проєкту з відшкодування вартості препаратів інсуліну. – Аптека, № 34 (1155). – 3 вересня 2018 р. URL: <https://is.gd/d8bcyt>
- [142] Національний канцер-реєстр України URL: <http://www.ncru.inf.ua/>
- [143] У 2019 році новоутворення стали другою найчастішою причиною смерті українців. Висновки з дослідження глобального тягаря хвороб. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». 21.01.2021 року. URL: <https://is.gd/hjNW6n>
- [144] Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. URL: <http://health-index.com.ua/>

- [145] Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019 Apr 15;144(8):1941–1953. URL: <https://is.gd/kKtTeC>
- [146] Наказ МОЗ від 16.09.2011 № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів». URL: <https://is.gd/Z418cy>
- [147] Яковцова І.І., Івахно І.В., Якименко А.С., Долгая О.В., Данилюк С.В., Чертенко Т.М. Аналіз смертності хворих на колоректальний рак у багатопрофільних лікарнях м. Харків. 17.11.2020 року. URL: <https://is.gd/q28mq5>
- [148] Національна служба здоров'я України. Онкологічні хвороби: як отримати безоплатну допомогу за Програмою медичних гарантій. 02.12.2020 року. URL: <https://is.gd/AxiyLm>
- [149] Урядовий портал. Паліативна допомога у новій Програмі медичних гарантій, – НСЗУ надає перелік безоплатних послуг. 5 квітня 2021 року. URL: <https://is.gd/Wp90nL>
- [150] Урядовий портал. За Програмою медичних гарантій діагностика та лікування хворих хронічним обструктивним захворюванням легень є безоплатним. 18 листопада 2020 року. URL: <https://is.gd/CLCYyn>
- [151] Фещенко Ю.І. Бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень: перспективна глобальна стратегія ведення, новітні методи діагностики, сучасні підходи до терапії. Видання «Астма та алергія», №4, 2015 рік. URL: <https://bit.ly/3Wmq1dM>
- [152] Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, Webb CP, Tittle NL, Zakhosha V, Havenaar JM, Gutkovich Z, Kostyuchenko S, Schwartz JE. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Sep;40(9):681–90. URL: <https://is.gd/k6xAqC>
- [153] Mental Health of population of Ukraine Analytical and Statistical Guide. 2013–2015; Weissbecker, Inka; Khan, Olga; Kondakova, Nataliia; Poole, Laura Anderson; Cohen, Jordana T. 2017. Mental health in transition? assessment and guidance for strengthening integration of mental health into primary health care and community-based service platforms in Ukraine (English). Global Mental Health Initiative Washington, D.C.? World Bank Group. URL: <https://is.gd/KnHOKe>
- [154] World Health Organization. (2014). Ukraine, Alcohol Consumption: Levels and Patterns. URL: <https://is.gd/VVtaPw>
- [155] Hanna, F. Alcohol and substance use in humanitarian and post-conflict situations. *Eastern Mediterranean Health Journal (EMHJ)*, 23(3), 2017. URL: <https://bit.ly/3WrzAll>


- [156] Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник за 2013–2015 роки, 2016 р.
- [157] Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD), 2019 р. URL: <https://is.gd/Z5eMfN>
- [158] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1215-р «Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року». URL: <https://is.gd/vwwSBu>
- [159] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 06 жовтня 2021 р. № 1018-р «Про затвердження плану заходів на 2021 – 2023 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року». URL: <https://is.gd/14zpGp>
- [160] Специфікації та умови закупівлі за програмою медичних гарантій на 2021 рік. Національна служба здоров'я України. URL: <https://is.gd/1HxfG>
- [161] Указ Президента України від 12.01.2015 року «Про стратегію розвитку «Україна – 2020». URL: <https://is.gd/qERZRK>
- [162] Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року. 27 грудня 2017 року. URL: <https://is.gd/Q0Gs69>
- [163] Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025. Листопад 2014 року. URL: <https://is.gd/MpxOth>
- [164] Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://is.gd/d2ODkR>
- [165] Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 №1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України». URL: <https://is.gd/B17P2Y>
- [166] Наказ МОЗ України від 18.09.2015 № 604 «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»». URL: <https://is.gd/sybZth>
- [167] Програма діяльності Кабінету Міністрів України: Постанова КМУ № 849 від 29.09.2019. URL: <https://is.gd/kIWZ2A>
- [168] Проект Закону від 22.09.2020 № 4142 «Про систему громадського здоров'я». URL: <https://is.gd/OFU5oC>
- [169] Постанова Кабінету Міністрів України від 12.06.2020 р. № 471 «Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України. URL: <https://is.gd/FOfK3k>

- [170] Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». URL: <https://is.gd/hUa1pl>
- [171] Наказ МОЗ України від 26.07.2019 № 1709 «Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення». URL: <https://is.gd/xeagdD>
- [172] Причини смерті в Україні, 2018. URL: <https://socialdata.org.ua/death/>
- [173] Кількість померлих за окремими причинами смерті у 2020 року. Дані Держстату. URL: <https://is.gd/NLN7Zn>
- [174] Смертність в Україні. Як коронавірус впливає на смертність в Україні? Опендатабот. URL: <https://is.gd/ReLije>
- [175] Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік. – С.3. Липень 2020 р. URL: <https://is.gd/RiGEqk>
- [176] Дані Національної Служби Здоров'я України. URL: <https://is.gd/IHxfgG>
- [177] Дані Казначейства України. URL: <https://is.gd/2aQkFW>
- [178] Указ Президента України № 225/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 травня 2021 року «Про Стратегію людського розвитку»». URL: <https://is.gd/1yNA2b>
- [179] Указ Президента України № 369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»». URL: <https://is.gd/SZRtxl>
- [180] Наказ МОЗ від 27.09.2021 р. № 2071 «Про утворення міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://is.gd/rrU4pl>
- [181] Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 року № 996 «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики». URL: <https://is.gd/oQwunW>
- [182] Постанова Кабінету Міністрів України від 24 квітня 2019 року №353 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 р. № 996». URL: <https://is.gd/CfMJuh>
- [183] Підтримка сектора охорони здоров'я України: Зміцнення децентралізованого управління неінфекційними хворобами шляхом упровадження каскадного підходу Результати дослідження. Лютий 2018 року.

- [184] За даними Національної служби здоров'я України. URL: <https://is.gd/pdj3UX>
- [185] Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. URL: <https://bit.ly/3IFYTmh>
- [186] МОЗ переходить до наступного кроку у реформуванні електронної системи охорони здоров'я. 15 вересня 2020 р. URL: <https://is.gd/oFtC1o>
- [187] Наказ МОЗ України від 28.02.2020 №587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я». URL: <https://is.gd/mjdov1>
- [188] Технічні вимоги до електронної медичної інформаційної системи для її підключення до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я (затверджено Наказом Національної служби здоров'я України від 06.02.2019 №28). URL: <https://is.gd/BYXKzg>
- [189] Кількість померлих за окремими причинами смерті у 2021 року. Дані Держстату. URL: <https://is.gd/nwvxBZ>
- [190] ГО «Ініціатива ХОЛОН». 2021. Здоров'я та освіта: Як пандемія COVID-19 вплинула на доступ до публічних послуг в Україні. Аналітичний огляд. URL: <https://is.gd/K9Tlxo>
- [191] Національна служба здоров'я України. Вимоги Програми медичних гарантій 2020. URL: <https://is.gd/uQurkh>
- [192] Національна служба здоров'я України. Нові пакети послуг у Програмі медгарантій-2021: що отримає пацієнт. 27 травня 2021 року. URL: <https://is.gd/8btSvb>
- [193] Опорні лікарні – основні вимоги нормативно-правової бази. Вінницька ОДА. 10 лютого 2020 року. URL: <https://is.gd/G16WuN>
- [194] Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу». URL: <https://is.gd/m7zzHo>
- [195] Соціально-економічні наслідки коронакризи. Видання в рамках проекту «COVID-19: наслідки, виклики та можливості для України». Київ, 2021 р. URL: <https://is.gd/Jpso1n>
- [196] Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року №283 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню». URL: <https://is.gd/gvSJVo>

- [197] Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». URL: <https://is.gd/Lyabnx>
- [198] Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. №1124 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році». URL: <https://is.gd/1jJuv3>
- [199] Закон України від 19.11.1992 р. «2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: <https://is.gd/7WijKjU>
- [200] Галузеві стандарти та клінічні настанови. Державний експертний центр України. URL: <https://is.gd/iho4L6>
- [201] Наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751». URL: <https://is.gd/1KyZEn>
- [202] Варіанти найкращих практик для розробки клінічних протоколів в Україні. Аналітична записка. ВООЗ, 2021. URL: <https://is.gd/Q6eav0>
- [203] Наказ МОЗ України від 18.08.2020 № 1908 «Про утворення та затвердження персональних складів мультидисциплінарних робочих груп з розробки галузевих стандартів медичної допомоги». URL: <https://is.gd/J9aBMD>
- [204] Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 року №1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я». URL: <https://is.gd/EFObPj>
- [205] Наказ МОЗ від 26.02.2021 р. № 366 «Про затвердження Змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»». URL: <https://is.gd/egPsFr>
- [206] Освітня платформа Центру громадського здоров'я – <https://portal.phc.org.ua/uk/>
- [207] Надання підтримки Україні в розвитку сучасної системи громадського здоров'я. Оцінка потенціалу регіональних закладів громадського здоров'я в Україні. 2021 р. URL: <https://is.gd/AzrBA3>
- [208] Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. URL: <https://is.gd/fYyJqH>
- [209] Постанова Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 р. №1022 «Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року». URL: <https://is.gd/KhLTGS>

- [210] Фуфломіцини: чверть грошей на ліки українці витрачають на препарати без доведеної ефективності. Міжнародний Фонд «Відродження», 30 серпня 2018 р. URL: <https://is.gd/jjmNyU>
- [211] Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2012 р. № 340 (зі змінами) «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою». URL: <https://is.gd/CtxKqM>
- [212] Національний перелік основних лікарських засобів (затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2017 р. № 1081)). URL: <https://is.gd/f7oKxd>
- [213] Рада посилила кримінальну відповідальність за підробку ліків. Укрінформ: Мультимедійна платформа іномовлення України. 12.11.2019 р. URL: <https://is.gd/J3byN4>
- [214] Постанова Кабінету Міністрів України від 24 липня 2019 р. № 653 «Про запровадження пілотного проекту щодо маркування контрольними (ідентифікаційними) знаками та проведення моніторингу обігу лікарських засобів». URL: <https://is.gd/QiXi7o>
- [215] Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. 2019 р. URL: <https://is.gd/KFRfA7>
- [216] Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». URL: <https://is.gd/ndhj78>
- [217] Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я». URL: <https://is.gd/sR9Qxl>
- [218] Державний реєстр лікарських засобів України. Інформаційний фонд – <http://www.drlz.com.ua/>
- [219] Реєстр ліцензій оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами – <https://is.gd/19QMGS>.
- [220] Ліцензійний реєстр з імпорту лікарських засобів – <https://is.gd/nf562j>
- [221] Завдяки цифровізації система охорони здоров'я України змогла швидше реагувати на виклики, пов'язані з COVID-19 – Юлія Соколовська. Офіційне Інтернет-представництво Президента України. 18 травня 2021 р. URL: <https://is.gd/NeLjNy>
- [222] Конституція України (закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР). URL: <https://is.gd/sOBhVi>

- 
- [223] Оцінка програми «Доступні ліки» в Україні. Медичні технології і лікарські засоби Підрозділ систем охорони здоров'я і громадського здоров'я. ВООЗ, 2019 р. URL: <https://is.gd/XYlqrL>
- [224] Проект закону № 4358 «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну». URL: <https://is.gd/DZ2KEz>
- [225] Закон України від 02.12.2020 № 1019-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмеження обігу підакцизних товарів, пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння та посилення контролю за продажем таких товарів». URL: <https://is.gd/miGhFU>
- [226] Закон України від від 16.12.2021 № 1978-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну». URL: <https://is.gd/JFwsfZ>
- [227] Закон України від 07.12.2017 № 2245-VIII «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2018 році». URL: <https://is.gd/ZMg6Kf>
- [228] Український центр контролю над тютюном. В Україні схвалили 7-річний план підвищення податків на сигарети: переваги та виклики. 12 грудня 2017 р. URL: <https://is.gd/gmpGKu>





---

# ДОДАТКИ

---



## **ДОДАТОК 1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

### **Структура оцінки у сфері профілактики і контролю НІЗ в Україні**

Для проведення цього дослідження (оцінки) за основу було взято керівництво ВООЗ «Покращення показників з неінфекційних захворювань: бар'єри та можливості системи охорони здоров'я». Однак, це керівництво було розроблене ще у 2014 році, а відтоді відбулося багато ґрунтовних змін у політиках та принципах протидії неінфекційним захворюванням. Тому в методології цього дослідження було враховано найновіші підходи у цій сфері (зокрема, підхід ВООЗ «Втручання, оптимальні за витратами», нову матрицю 5x5 (5 типів НІЗ і 5 факторів ризику) тощо, а також зроблено загальну адаптацію до українських умов.

Відповідно до керівництва, при проведенні оцінки в Україні було дотримано такої структури:

**Етап 1.** Аналіз показників у сфері НІЗ.

**Етап 2.** Охоплення основними втручаннями та послугами у сфері НІЗ.

**Етап 3.** Виклики та можливості системи охорони здоров'я для розширення основних заходів та послуг щодо НІЗ.

**Етап 4.** Вивчення інновацій та передового досвіду.

**Етап 5.** Розробка адаптованих рекомендацій для національного рівня та п'яти пілотних регіонів проекту.

Особливості кожного етапу наведені нижче, а результати, отримані на кожному із цих етапів, представлено у відповідних розділах цього звіту.

### **Методи та особливості збору даних**

Це дослідження передбачало збір та аналіз великого масиву кількісних та якісних даних. Кожен етап оцінки спочатку проводився на національному рівні, а після – на регіональному для збору даних у пілотних регіонах (областях) проекту НІЗ, а саме у Львівській, Дніпропетровській, Полтавській, Херсонській та Рівненській областях.

Власне, ці області представляють макрорегіони України, тому їх аналіз цікавий також з точки зору ситуації на півночі, півдні, сході та заході країни.

Збір даних на етапах 1 (Аналіз показників у сфері НІЗ) та 2 (Охоплення основними втручаннями та послугами у сфері НІЗ) відбувався за методом «кабінетного дослідження», а на етапах 3 (Виклики та можливості системи охорони здоров'я для розширення основних заходів та послуг щодо НІЗ) і 4 (Вивчення інновацій та передового досвіду), окрім збору інформації з відкритих джерел, було також проведено індивідуальні та групові інтерв'ю і обговорення.

## Етап 1. Аналіз показників у сфері НІЗ

Цей етап мав на меті проаналізувати ефективність системи охорони здоров'я на національному та регіональному рівні (5 областей) на основі статистичних даних. Збір інформації на цьому етапі відбувався шляхом збору даних щодо поширеності, захворюваності та смертності, а також загального тягаря неінфекційних захворювань на національному та регіональному рівнях з використанням національних та регіональних джерел даних, а також інших джерел даних, наданих ВООЗ і міжнародними партнерами (наприклад, дані Глобального тягаря хвороб – GBD).

В процесі збору та аналізу показників НІЗ було враховано (де можливо) таке:

- 1) часові тенденції показників;
- 2) дезагрегація даних за статтю, віком, станом здоров'я (інвалідністю), соціально-економічними факторами, а також за регіонами;
- 3) порівняння показників із середнім показником ЄС, та/або інших країн ЕЕСА;
- 4) прогрес України у досягненні Цілей сталого розвитку (ціль 3.4) щодо зменшення передчасної смертності від НІЗ та можливість її досягнення до 2030 року.

У Таблиці Д.1 нижче наведено перелік показників, які було зібрано та проаналізовано під час проведення оцінки. Цей перелік було адаптовано з огляду на доступність даних та інші обмеження. У таблиці вказано, які показники можна збирати на національному та/або регіональному рівнях, а також потенційне(і) джерело(а) інформації.

У Додатку 2 наведено таблиці, які були заповнені для національного і регіонального рівнів. Уся інформація була проаналізована та лягла в основу Розділу 1.

**Таблиця Д.1. Ключові показники у сфері НІЗ, зібрані під час проведення оцінки**

Назва показника	З розбивкою за	Націо-нальний (так / ні)	Регіональний - 5 цільових регіонів (так / ні)
<b>1.1. Оцінки НІЗ (смертність, захворюваність, інвалідність)</b>			
Середня очікувана тривалість життя, ймовірність смерті у віці 30 - 70 років від серцево-судинних захворювань, раку, діабету чи хронічних респіраторних захворювань	• статтю	Так	Так
Стандартизована за віком смертність від НІЗ, роки втраченого життя (YLL), роки, прожиті з інвалідністю (YLD), та роки життя з урахуванням інвалідності (DALY) як сума YLD та YLL	• групою причин; • статтю	Так	Ні
Захворюваність та поширеність НІЗ	• групами захворювань; • статтю	Так	Ні



<b>1.2. Показники смертності від НІЗ (на основі офіційних даних)</b>			
Загальний рівень смертності (ЗРС), стандартизований рівень смертності (СРС) від захворювань системи кровообігу, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
ЗРС та СРС від ішемічної хвороби серця, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
ЗРС та СРС від цереброваскулярних захворювань, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
ЗРС та СРС від діабету, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
ЗРС та СРС від онкологічних захворювань, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
ЗРС та СРС від раку шийки матки, на 100 000 жінок	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
ЗРС та СРС від раку молочних залоз, на 100 000 жінок	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
ЗРС та СРС від хронічних захворювань печінки та цирозі печінки, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
ЗРС та СРС від бронхіту, емфіземи та астми, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
ЗРС та СРС від психічних розладів, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
<b>1.3. Захворюваність (офіційна статистика)</b>			
Захворюваність та поширеність хвороб серцево-судинної системи, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
Захворюваність та поширеність ішемічної хвороби серця, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
Захворюваність та поширеність цереброваскулярних хвороб, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
Захворюваність та поширеність діабету, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
Захворюваність та поширеність раку, на 100 000 населення	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком;</li><li>• статтю</li></ul>	Так	Так
Захворюваність та поширеність раку шийки матки, на 100 000 жінок	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком</li></ul>	Так	Так
Захворюваність та поширеність раку молочної залози, на 100 000 жінок	<ul style="list-style-type: none"><li>• віком</li></ul>	Так	Так

Захворюваність та поширеність печінки (хронічні хвороби та цироз), на 100 000 населення	• віком; • статтю	Так	Так
Захворюваність та поширеність бронхіту, емфізема та астми на 100 000 населення	• віком; • статтю	Так	Так
Захворюваність та поширеність психічних розладів, на 100 000 населення	• віком; • статтю	Так	Так
<b>1.4 Інші показники, що відповідають Глобальній системі моніторингу НІЗ, розробленій ВООЗ*</b>			
Вживання тютюну серед підлітків та дорослих	• віком; • статтю	Так	Ні
Захворюваність та смертність, пов'язані з вживанням тютюну	• віком; • статтю	Так	Ні
Вживання алкоголю серед підлітків та дорослих	• віком; • статтю	Так	Ні
Захворюваність та смертність, пов'язані з вживанням алкоголю	• віком; • статтю	Так	Ні
Рівень фізичної активності у підлітків та дорослих	• віком; • статтю	Так	Ні
Рівень вживання солі	• віком; • статтю	Так	Ні
Рівень вживання фруктів та овочів	• віком; • статтю	Так	Ні
Надмірна вага та ожиріння у підлітків та дорослих	• віком; • статтю	Так	Ні
Підвищений артеріальний тиск (АТ)	• віком; • статтю	Так	Ні
Підвищений рівень глюкози в крові / діабет	• віком; • статтю	Так	Ні
Підвищений загальний рівень холестерину	• віком; • статтю	Так	Ні

\* Ці показники представлено у Розділі 2 «Охоплення основними втручаннями та послугами у сфері НІЗ»

## **Етап 2. Охоплення основними втручаннями та послугами у сфері НІЗ.**

Етап 2 оцінки також було проведено на національному та регіональному рівнях. Основні втручання на рівні населення та індивідуальні послуги було оцінено, беручи до уваги такі чотири стратегічні документи у сфері НІЗ в Україні:

- 1) «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку», який було затверджено Кабінетом Міністрів України 26 липня 2018 року (НПЗ).

- 2) План заходів щодо запобігання та боротьби з неінфекційними хворобами в Європейському регіоні ВООЗ (2016–2025) – ЄПЗ.
- 3) «Рішення, оптимальні за витратами» ВООЗ та інші рекомендовані заходи для профілактики та контролю неінфекційних захворювань – РОВ.
- 4) Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони – Угода.

У Таблиці Д.2 нижче наведено перелік рекомендованих втручань на рівні населення та індивідуальних послуг для боротьби з НІЗ в Україні з посиланнями на вищезазначені документи, а також рівень, на якому була проведена оцінка. Основою для оцінки стали: 1) усі втручання на рівні населення та індивідуальні послуги, включені до Національного плану заходів щодо НІЗ, 2) усі втручання, рекомендовані ВООЗ у документі «Рішення, оптимальні за витратами» з коефіцієнтами ефективності витрат. Виняток зроблено для рекомендованих заходів щодо поліпшення стану навколишнього середовища/ забруднення повітря, безпеки на дорогах та психічних розладів, оскільки ці питання не включено до згаданих документів ВООЗ.

У Додатку 2 наведено зразки опитників, які були розіслані у партнерські регіони для збору необхідної інформації, у тому числі специфічної для кожного окремого регіону.

**Таблиця Д.2. Основні заходи та послуги у сфері НІЗ на рівні населення та індивідуальному рівні**

	Посилання на				Рівень	
	НПЗ	ЄПЗ	РОВ	Угода	націо-нальний	регіо-нальний*
<b>I. Скорочення вживання тютюну</b>						
1.1. Підвищення акцизів та цін на тютюнові вироби	X	X	...	X	√	
1.2. Застосування звичайної / стандартизованої упаковки та/або великих графічних зображень з попередженнями про шкоду здоров'ю на всіх упаковках тютюнових виробів	X	X	...	X	√	
1.3. Введення повної заборони на рекламу, спонсорство та стимулювання продажу тютюну	X	X	...	X	√	√
1.4. Усунення впливу вторинного тютюнового диму на всіх робочих місцях у приміщеннях, громадських місцях та громадському транспорті	X	X	...	X	√	√
1.5. Проведення ефективних інформаційних кампаній у ЗМІ з метою інформування населення про шкоду куріння / вживання тютюну та пасивного куріння			...		√	√



1.6. Забезпечення ефективних засобів підтримки (включаючи короткі поради, безкоштовну національну телефонну лінію) у відмові від тютюну усім, хто хоче відмовитися від вживання тютюну	X	X	••		√	√
1.7. Впровадження заходів щодо мінімізації незаконної торгівлі тютюновими виробами	X	X	•	X	√	
1.8. Заборона транскордонної реклами, у тому числі з використанням сучасних засобів комунікації		X	•		√	
<b>II. Скорочення шкідливого вживання алкоголю</b>						
2.1. Підвищення акцизів на алкогольні напої	X	X	•••	X <sup>18</sup>	√	
2.2. Введення та контроль за дотриманням заборони або всеосяжних обмежень щодо реклами алкоголю (у різних типах засобів масової інформації)	X	X	•••	X	√	√
2.3. Впровадження та контроль за дотриманням обмежень щодо фізичної доступності алкоголю, яким торгують у роздріб (шляхом скорочення годин продажу)	X	X	•••	X	√	√
2.4. Впровадження та виконання законів щодо керування транспортними засобами у стані алкогольного сп'яніння та встановлення допустимого вмісту алкоголю в крові за допомогою пунктів перевірки на стан алкогольного сп'яніння	X	X	••		√	√
2.5. Забезпечення короткого психосоціального втручання для людей з небезпечним та шкідливим рівнем споживання алкоголю			••		√	√
2.6. Запровадження та забезпечення встановлення належного мінімального віку для придбання або споживання алкогольних напоїв та зменшення кількості роздрібних торгових точок	X	X	•	X	√	√
<b>III. Зменшення поширеності нездорового харчування</b>						
3.1. Зменшення вживання солі шляхом зміни складу харчових продуктів у бік зниження вмісту солі та встановлення допустимих рівнів вмісту солі в продуктах харчування і стравах	X	X	•••		√	√
3.2. Зменшення споживання солі шляхом створення сприятливого середовища в державних закладах, таких як лікарні, школи, робочі місця та будинки для людей похилого віку	X	X	•••		√	√
3.3. Зменшення споживання солі шляхом комунікації і кампанії у ЗМІ, спрямованих на зміну поведінки			•••		√	√

X<sup>18</sup>- усі заходи потрібні лише для молоді

3.4. Зменшення споживання солі за допомогою відповідного маркування на упаковці	X	X	•••		√	√
3.5. Усунення вживання промислових трансжирів шляхом розробки законодавчого акту про заборону їх використання у системі виробництва та збуту харчових продуктів	X	X	••		√	
3.6. Зменшення споживання цукру шляхом ефективного оподаткування напоїв, підсолоджених цукром	X	X	••		√	
<b>IV. Підвищення рівня фізичної активності</b>						
4.1. Проведення в масштабах всього населення інформаційно-роз'яснювальної кампанії з метою просування фізичної активності, що включає кампанію в ЗМІ в поєднанні з іншими просвітницькими, мотиваційними та екологічними програмами на місцях, направлені на сприяння зміні поведінки з точки зору рівня фізичної активності			•••		√	√
4.2. Забезпечення консультування щодо фізичної активності та перенаправлення, як частини рутинної медичної допомоги на первинному рівні з використанням методики «короткого втручання»	X	X	••		√	√
4.3. Забезпечення того, щоб міським проектуванням на макрорівні було передбачено основні елементи щільності житлової забудови, пов'язані мережі вулиць, що включають тротуари, легкий доступ до різних пунктів призначення і доступ до громадського транспорту	X	X	•		√	√
4.4. Впровадження загальношкільної програми, яка включає в себе якісне фізичне виховання, наявність належних засобів та програм для підтримки фізичної активності всіх дітей	X	X	•		√	√
<b>V. Virішення питання забрудненості повітря</b>						
<b>VI. Virішення питання безпеки дорожнього руху</b>						
<b>VII. Ведення хворих на ССЗ та цукровий діабет (ЦД)</b>						
7.1. Медикаментозна терапія (включаючи глікемічний контроль цукрового діабету та контроль гіпертонії з використанням підходу загального ризику) та консультування осіб, у яких виявлено ССЗ, ЦД, ХНН (хронічну ниркову недостатність), та осіб, які мають високий і дуже високий 10-річний ризик смертності при ССЗ (SCORE ≥ 5%)	X <sup>19</sup>	X	•••		√	√

<sup>19</sup> Рекомендований ВООЗ показник коригується з урахуванням того, що Україна використовує шкалу ризиків SCORE



7.2 Медикаментозна терапія (включаючи глікемічний контроль при ЦД та контроль за артеріальною гіпертензією з використанням підходу загального ризику) та консультування осіб, які мають низький та середній 10-річний ризик смертності при ССЗ (5% > SCORE ≥ 1%)	X <sup>20</sup>	X	•••		√	√
7.3. Лікування нових випадків гострого інфаркту міокарда** ацетилсаліциловою кислотою або ацетилсаліциловою кислотою та клопідогрелем, або тромболізісом, або первинними черезшкірними коронарними втручаннями (ЧКВ)	X	X	••		√	√
7.3.1. Лікування нових випадків гострого інфаркту міокарда аспірином, проведене в лікарні з подальшим спостереженням у закладах первинної медико-санітарної допомоги (в 95% випадках)						
7.3.2. Лікування нових випадків гострого інфаркту міокарда за допомогою аспірину та тромболізісу, проведене в лікарні з подальшим спостереженням у закладах первинної медико-санітарної допомоги (в 95% випадках)						
7.3.3. Лікування нових випадків інфаркту міокарда за допомогою первинних черезшкірних коронарних втручань (ЧКВ), аспірину та клопідогрелю, проведене в лікарні з подальшим спостереженням у закладах первинної медико-санітарної допомоги (в 95% випадках)						
7.4. Лікування гострого ішемічного інсульту внутрішньовенною тромболітичною терапією	X	X	••		√	√
7.5. Проведення первинної профілактики ревматичної лихоманки та ревматичних захворювань серця шляхом посилення відповідного лікування стрептококового фарингіту на рівні первинної медичної допомоги	X	X	••		√	√
7.6. Проведення вторинної профілактики ревматичної лихоманки та ревматичних хвороб серця шляхом створення реєстру пацієнтів, які регулярно отримують профілактичний пеніцилін	X	X	••		√	√
7.7. Проведення профілактичного догляду за ногами для людей з діабетом (включаючи освітні програми, доступ до відповідного взуття, багатопрофільні клініки)	X		••		√	√
7.8. Проведення контролю діабетичної ретинопатії для всіх хворих на ЦД та лазерної фотокоагуляції для профілактики сліпоти	X		••		√	√

<sup>20</sup> Рекомендований ВООЗ показник коригується з урахуванням того, що Україна використовує шкалу ризиків SCORE

7.9. Забезпечення ефективного контролю глікемії для хворих на ЦД, а також стандартного домашнього моніторингу глюкози для людей, які отримують інсулін, для зменшення вірогідності ускладнення діабету	X	X	••		√	√
<b>VIII. Ведення пацієнтів з онкологічними захворюваннями</b>						
8.1. Вакцинація проти вірусу папіломи людини (2 дози) дівчат у віці 9-13 років		X	•••		√	√
8.2. Профілактика раку шийки матки шляхом скринінгу жінок у віці 30-49 років:	X	X	•••		√	√
8.2.1. Візуальна оцінка за допомогою оцтової кислоти пов'язана зі своєчасним лікуванням передракових уражень;						
8.2.2. Мазок за Папаніколау (онкоцитологія) кожні 3-5 років у поєднанні зі своєчасним лікуванням передракових уражень;						
8.2.3. Тест на вірус папіломи людини кожні 5 років у поєднанні зі своєчасним лікуванням передракових уражень.						
8.3. Мамографічний скринінг (один раз на 2 роки для жінок у віці 50-69 років) у поєднанні зі своєчасною діагностикою та лікуванням раку молочної залози	X	X	••		√	√
8.4. Лікування колоректального раку I і II стадій хірургічним шляхом +/- хіміотерапія та радіотерапія			••		√	√
8.5. Лікування раку шийки матки I і II стадій або хірургічним втручанням, або радіотерапією +/- хіміотерапія			••		√	√
8.6. Лікування раку молочних залоз I і II стадій хірургічним шляхом +/- системна психотерапія			••		√	√
8.7. Базове паліативне лікування при ракових захворюваннях: домашня та лікарняна допомога багатопрофільної команди та доступ до опіатів і необхідних допоміжних ліків			••		√	√
<b>IX. Ведення пацієнтів з хронічними респіраторними захворюваннями</b>						
9.1. Симптоматичне лікування пацієнтів з астмою салбутамолом для інгаляцій	X	X	••		√	√
9.2. Симптоматичне лікування пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень салбутамолом для інгаляцій	X	X	••		√	√
9.3. Лікування астми малими дозами беклометазону для інгаляцій та бета-агоністом короткої дії	X	X	••		√	√
<b>X. Ведення пацієнтів з психічними розладами</b>						

\* 5 цільових регіонів Проекту (Дніпропетровська, Львівська, Полтавська, Рівненська та Херсонська області)



### **Частина 3. Виклики та можливості системи охорони здоров'я для розширення основних заходів та послуг щодо НІЗ**

Ця частина оцінки була спрямована на поглиблене вивчення проблем, що перешкоджають ширшому охопленню основними заходами та послугами з питань НІЗ, а також визначення можливостей їх подолання. У керівництві з оцінки ВООЗ перелічено п'ятнадцять специфічних рис системи охорони здоров'я, які можуть спричинити проблеми або навпаки, сприяти реалізації основних втручань та наданню послуг щодо НІЗ, а саме:

Виклик/ можливість 1. Посилення політичної підтримки для покращення профілактики та контролю НІЗ.

Виклик/ можливість 2. Формування чітких підходів до встановлення пріоритетів та обмежень

Виклик/ можливість 3. Посилення міжвідомчої співпраці

Виклик/ можливість 4. Розширення прав та можливостей для населення

Виклик/ можливість 5. Створення ефективних моделей надання послуг

Виклик/ можливість 6. Покращення координації між постачальниками послуг

Виклик/ можливість 7. Заощадження ресурсів шляхом правильної регіоналізації та спеціалізації надаваної допомоги

Виклик/ можливість 8. Створення правильних систем стимулювання

Виклик/ можливість 9. Інтеграція доказових даних у клінічну практику

Виклик/ можливість 10. Вирішення проблем людських ресурсів

Виклик/ можливість 11. Покращення доступу до якісних ліків від НІЗ

Виклик/ можливість 12. Посилення управління системою охорони здоров'я

Виклик/ можливість 13. Створення адекватних інформаційних систем

Виклик/ можливість 14. Подолання опору змінам

Виклик/ можливість 15. Забезпечення доступу до медичної допомоги та зменшення фінансового навантаження

Для кожного із перелічених блоків (бар'єру/ можливості) було розроблено перелік питань (Додаток 2), що дозволило експертам якісно провести збір та аналіз даних. Ця частина оцінки тривала з квітня по вересень 2021 року і передбачала організацію та проведення консультативних зустрічей із відповідними зацікавленими сторонами на національному та регіональному рівні.

#### **Етап 4. Інновації та ефективні практики**

В процесі проведення оцінки було переглянуто ефективні практики та інновації, впроваджені в Україні, які допомогли вирішити певні проблеми системи охорони здоров'я.

Ці питання були включені до інтерв'ю, які проводилися з ключовими стейкхолдерами. Респондентів запитували, які нововведення вони вважають найважливішими у сфері НІЗ, чому вони так вважають, як було впроваджено те чи інше нововведення та які фактори сприяли або перешкождали його реалізації.

Було обрано та проаналізовано декілька найбільш важливих практик, описаних у звіті.



## **Частина 5. Рекомендації на основі результатів оцінки**

Команда експертів з оцінки розробила рекомендації щодо вирішення проблем у сфері профілактики та контролю НІЗ, покращення якості та ефективності надання основних послуг та результатів лікування НІЗ для національного та регіонального рівнів.

При розробці рекомендацій до уваги було взято таке:

- ▶ рекомендації тісно пов'язані з визначеними проблемами системи охорони здоров'я, які перешкоджають наданню основних послуг;
- ▶ рекомендації враховують міжнародні доказові дані та підходи, але повністю адаптовані для України;
- ▶ рекомендації є прагматичними та здійсненними.

Крім того, розроблені рекомендації були попередньо обговорені з ключовими зацікавленими сторонами, щоб пересвідчитись у правильності формулювань.

## **ДОДАТОК 2. ФОРМИ ДЛЯ ЗБОРУ СТАТИСТИКИ ТА ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОСЛУГ ТА ПОСЛУГ НА РІВНІ НАСЕЛЕННЯ. ОПИТНИКИ ДЛЯ ІНТЕРВ'Ю З ЕКСПЕРТАМИ**

### **Додаток 2.1. Форми для збору статистики на національному та регіональному рівнях**

## Хвороби системи кровообігу

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на хвороби системи кровообігу</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
<b>Поширеність хвороб системи кровообігу</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

## Цереброваскулярні захворювання

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на цереброваскулярні хвороби</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
<b>Поширеність цереброваскулярних хвороб</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

## Ішемічна хвороба серця

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на ішемічну хворобу серця</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
<b>Поширеність ішемічної хвороби серця</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

## Цукровий діабет

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на цукровий діабет</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
<b>Поширеність цукрового діабету</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											



## Онкологічні захворювання

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на злякисні новоутворення</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку: абс. число (15-59 років включно) у розрахунку на 100 тис. осіб (15-59 років включно) абс. число (20-59 років включно) у розрахунку на 100 тис. осіб (20-59 років включно)											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Поширеність злякисних новоутворень</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											



Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на злоякісні новоутворення шийки матки</b>											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (жінки 18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку: абс. число (15-59 років включно) у розрахунку на 100 тис. осіб (15-59 років включно) абс. число (20-59 років включно) у розрахунку на 100 тис. осіб (20-59 років включно)											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Поширеність злоякісних новоутворень шийки матки</b>											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (жінки 18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на злоякісні новоутворення молочної залози</b>											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (жінки 18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку: абс. число (15-59 років включно) у розрахунку на 100 тис. осіб (15-59 років включно) абс. число (20-59 років включно) у розрахунку на 100 тис. осіб (20-59 років включно)											



Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Поширеність злоякісних новоутворень молочної залози</b>											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (жінки 18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на злоякісні новоутворення передміхурової залози</b>											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (чоловіки 18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку: абс. число (15-59 років включно) у розрахунку на 100 тис. осіб (15-59 років включно) абс. число (20-59 років включно) у розрахунку на 100 тис. осіб (20-59 років включно)											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Поширеність злоякісних новоутворень передміхурової залози</b>											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (чоловіки 18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

## Хвороби печінки

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на хвороби печінки (хронічний гепатит, цирози печінки)</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Поширеність хвороб печінки (хронічний гепатит, цирози печінки)</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

## Респіраторні хвороби

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на бронхіт хронічний, інші хронічні обструктивні хвороби легень, бронхіальну астму</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку*											
абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Поширеність бронхіту хронічного, інших хронічних обструктивних хвороб легень, бронхіальної астми</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку*											
абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

## Психічні розлади

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на психічні розлади</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Поширеність психічних розладів</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Захворюваність на психічні розлади (пов'язані з вживанням алкоголю) (хронічний алкоголізм та алкогольні психози)</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

Вид захворювань	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Поширеність психічних розладів (пов'язані з вживанням алкоголю) (хронічний алкоголізм та алкогольні психози)</b>											
Обидві статі абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Жінки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Чоловіки абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Діти (0-17) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											
Доросле населення (18+) абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб з нього особи працездатного віку* абс. число у розрахунку на 100 тис. осіб											

\* 18-54 рр. жінки, 18-59 рр. чоловіки

## Опитник щодо впровадження основних інтервенцій для профілактики факторів ризику НІЗ на регіональному рівні

Область \_\_\_\_\_

Фактори ризику та інтервенції	Питання
<b>Вживання тютюну</b>	
1. Введення повної заборони на рекламу, спонсорство та стимулювання продажу тютюну	1.1. Чи є контроль за виконанням цієї заборони: чи проводяться перевірки (планові та позапланові)? Їх кількість за 2019 рік і 2020 рік та розмір накладених штрафів.
2. Усунення впливу вторинного тютюнового диму на всіх робочих місцях у приміщеннях, громадських місцях та громадському транспорті	2.1. Чи є контроль за виконанням цієї заборони: чи проводяться перевірки (планові та позапланові) закладів ресторанного господарства? Їх кількість за 2019 і 2020 рік та розмір накладених штрафів. 2.2. Скільки закладів ресторанного харчування є в області станом на 01.01.2020 року та 01.01.2021 року? 2.3. Скільки актів за порушення куріння у громадських місцях було складено на фізичних осіб? Яка сума штрафів була стягнута?
3. Проведення ефективних інформаційних кампаній у ЗМІ з метою інформування населення про шкоду куріння/вживання тютюну та пасивного куріння	3.1. Чи проводилися на рівні регіону інформаційні кампанії щодо профілактики вживання тютюну/ пасивного куріння протягом останніх 3-х років? Якщо так, то 1) які саме (назва, тематика)? 2) хто проводив/за чий кошт? 3) період проведення; 4) цільова аудиторія; 5) канали поширення інформації; 6) результати (якщо проводилася оцінка).
4. Забезпечення ефективних засобів підтримки (включаючи короткі поради, безкоштовну національну телефонну лінію) у відмові від тютюну усім, хто хоче відмовитися від вживання тютюну	4.1. Чи є (були протягом останніх 3-х років) на рівні регіону місцеві безкоштовні сервіси для допомоги курцям? 4.2. Чи є інформація/ чи проводилася оцінка щодо надання консультацій з відмови від куріння на первинній ланці? Наприклад, чи відомо, який % сімейних лікарів проводить такі консультації? 4.3. Чи надають консультації з відмови від куріння у наркологічних диспансерах області?
<b>Вживання алкоголю</b>	
5. Введення та контроль за дотриманням заборони або комплексних обмежень щодо реклами алкоголю (у різних типах засобів масової інформації)	5.1. Чи є контроль за виконанням цієї заборони: чи проводяться перевірки, чи накладаються штрафи? Їх кількість за 2019 і 2020 рік та розмір накладених штрафів.
6. Впровадження та контроль за дотриманням обмежень щодо фізичної доступності алкоголю, яким торгують у роздріб (шляхом скорочення годин продажу)	6.1. Чи було прийнято розпорядження на рівні області/ обласного центру/ окремих населених пунктів області щодо обмеження годин продажу алкоголю? Якщо так, то які обмеження були введені, де саме та які штрафи за їх невиконання передбачено?
7. Впровадження та виконання законів щодо керування транспортними засобами у стані алкогольного сп'яніння та встановлення допустимого вмісту алкоголю в крові за допомогою пунктів перевірки на стан алкогольного сп'яніння	7.1. Яка кількість/ частка порушень щодо водіння у нетверезому стані, а також кількість ДТП, скоєних у стані алкогольного сп'яніння в області зафіксована за останні 5 років? 7.2. Чи проводилися в області будь-які заходи (акції, інформаційні кампанії тощо) для того, щоб зменшити кількість випадків водіння у стані алкогольного сп'яніння?





<p>8. Забезпечення короткого психосоціального втручання для людей з небезпечним та шкідливим рівнем споживання алкоголю</p>	<p>8.1. Хто в області надає допомогу особам з алкогольною залежністю (наркологічні диспансери, психіатричні лікарні, кабінети довіри, реабілітаційні центри тощо)? Чи доступна ця допомога?</p> <p>8.2. Чи є інформація/ чи проводилася оцінка щодо надання консультацій з відмови від вживання алкоголю на первинній ланці? Наприклад, чи відомо, який % сімейних лікарів проводить такі консультації?</p>
<p>9. Запровадження та забезпечення встановлення належного мінімального віку для придбання або споживання алкогольних напоїв та зменшення кількості роздрібних торгових точок</p>	<p>9.1. Як проводиться контроль за виконанням чинного закону про заборону продажу алкоголю неповнолітнім? Чи проводяться спеціальні заходи контролю (рейди, контрольні закупки)? Якщо так, яка їх кількість була проведена протягом 2019 рік та 2020 рік?</p> <p>9.2. Чи проводяться перевірки торгових точок на предмет продажу алкоголю без ліцензії? Якщо так, яка кількість порушень була виявлена у 2019 та 2020 рр. та яка кількість штрафів сплачена?</p>
<b>Нездорове харчування</b>	
<p>10. Зменшення рівня вживання солі шляхом зміни складу харчових продуктів у бік зниження вмісту солі та встановлення допустимих рівнів вмісту солі в продуктах харчування і стравах</p>	<p>10.1. Чи запроваджувались на рівні області/ котроїсь із громад будь-які ініціативи щодо зменшення кількості солі у продуктах/ деяких типах продуктів (наприклад тих, що виробляються на підприємствах області)?</p>
<p>11. Зменшення рівня вживання солі шляхом створення сприятливого середовища в державних закладах, таких як лікарні, школи, робочі місця та будинки для людей похилого віку</p>	<p>11.1. Чи запроваджувалися на рівні області/ котрогось із районів ініціативи щодо поставок продуктів харчування зі знизеним вмістом солі до шкіл, лікарень, інтернатів тощо?</p>
<p>12. Зменшення споживання солі шляхом комунікації і кампанії у ЗМІ, спрямованих на зміну поведінки</p>	<p>12.1. Чи проводилися на рівні регіону інформаційні кампанії щодо зменшення рівня споживання солі протягом останніх 3-х років? Якщо так, то 1) які саме (назва, тематика)? 2) хто проводив/ за чий кошт? 3) період проведення; 4) цільова аудиторія; 5) канали поширення інформації; 6) результати (якщо проводилася оцінка)</p>
<p>13. Зменшення споживання солі за допомогою відповідного маркування на упаковці</p>	<p>13.1. Чи були на рівні області будь-які ініціативи щодо маркування продуктів зі зменшеним рівнем солі?</p>
<b>Брак фізичної активності</b>	
<p>14. Проведення інформаційно-роз'яснювальної кампанії з метою просування фізичної активності, що включає кампанію в ЗМІ в поєднанні з іншими просвітницькими, мотиваційними та екологічними програмами на місцях, направлені на сприяння зміні поведінки з точки зору рівня фізичної активності</p>	<p>14.1. Чи проводилися на рівні регіону інформаційні кампанії щодо фізичної активності протягом останніх 3-х років? Якщо так, то 1) які саме (назва, тематика)? 2) хто проводив/ за чий кошт? 3) період проведення; 4) цільова аудиторія; 5) канали поширення інформації; 6) результати (якщо проводилася оцінка).</p>
<p>15. Забезпечення консультування з питань фізичної активності та перенаправлення, як частини рутинної медичної допомоги на первинному рівні з використанням методики «короткого втручання»</p>	<p>15.1. Чи є інформація/ чи проводилася оцінка щодо надання консультацій з питань фізичної активності на первинній ланці? Наприклад, чи відомо, який % сімейних лікарів проводить такі консультації?</p>



<p>16. Забезпечення того, щоб міським проектуванням на макрорівні було передбачено основні елементи щільності житлової забудови, пов'язані мережі вулиць, що включають тротуари, легкий доступ до різних пунктів призначення і доступ до громадського транспорту</p>	<p>16.1. Як дотримуються норми містобудування в контексті спортивно-оздоровчої інфраструктури у обласному центрі/ області? Наприклад, чи враховуються загальнодержавні норми, які вимагають наявності спортивного стадіону чи майданчика у певному радіусі новобудов?</p> <p>16.2. Чи протягом 2019 та 2020 року були якісь ініціативи в обласному центрі щодо розбудови спортивної інфраструктури? Наприклад, будівництво спортивних майданчиків, велодоріжок тощо.</p> <p>16.3. Чи є якісь позитивні приклади в громадах?</p>
<p>17. Впровадження загальношкільної програми, яка включає в себе якісне фізичне виховання, наявність належних засобів та програм для підтримки фізичної активності всіх дітей</p>	<p>17.1. Чи є якісь регіональні ініціативи щодо запровадження додаткових ініціатив у школах з метою підвищення рівня фізичної активності?</p>
<b>Безпека на дорогах</b>	
<p>18. Підтримка реалізації Української національної стратегії щодо безпеки дорожнього руху</p>	<p>18.1. Чи існує (затверджена) Стратегія (або план заходів) на регіональному рівні?</p> <p>18.2. Якщо ні, чи є плани її прийняти?</p> <p>18.3. Якщо прийнята, чи реалізуються якісь активності, передбачені нею? Які саме?</p>
<p>19. Розробка та підтримка регулярного збору об'єктивних та надійних даних про ключові порушення правил дорожнього руху (перевищення швидкості, невикористання / неправильне використання ременів безпеки, дитячих крісел, шоломів, вплив факторів, що відволікають від управління транспортом) та узгодження національних даних із Глобальним звітом щодо безпеки дорожнього руху</p>	<p>19.1. Чи збираються на обласному рівні дані за ключовими типами порушення правил дорожнього руху:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• перевищення швидкості;</li><li>• невикористання / неправильне використання ременів безпеки, дитячих крісел, шоломів;</li><li>• вплив факторів, що відволікають від управління транспортом.</li></ul> <p>Якщо так, то в якому вигляді? Чи є спеціальна база даних?</p>
<p>20. Забезпечення перегляду показників моніторингу безпеки дорожнього руху на національному та регіональному рівнях для поточної оцінки безпеки дорожнього руху</p>	<p>20.1. Чи приймаються на рівні області якісь рішення на основі моніторингу показників безпеки дорожнього руху? Чи публікуються якісь звіти з цієї тематики?</p>

## ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ІНТЕРВ'Ю З ФАХІВЦЯМИ НАЦІОНАЛЬНОГО РІВНЯ

### Пріоритетність НІЗ, наявність національних програм і планів

1. Чи є боротьба з НІЗ чітко сформульованим елементом офіційної, задокументованої або задекларованої політики чи стратегії держави в галузі охорони здоров'я? Чи докладає політичне керівництво країни будь-яких зусиль до того, щоб підкреслити важливість НІЗ, або чи характеризує воно будь-які конкретні неінфекційні захворювання як пріоритетні для вжиття заходів?
2. Чи обґрунтовувалися будь-які реформи в системі охорони здоров'я саме необхідністю поліпшення показників з НІЗ? Які кроки були зроблені (або, принаймні, запропоновані), й чи є ці кроки, на вашу думку, реалістичними і важливими для вирішення поставлених завдань?
3. Які, на вашу думку, зміни необхідні для поліпшення показників з НІЗ? Чи розроблялися (плануються) програми для імплементації цих змін?
4. Чи є в національних програмах/ планах розвитку згадка про профілактику і лікування НІЗ? Чи є розроблена/ прийнята стратегія протидії НІЗ (як, наприклад, «Здоров'я нації» чи «Здоров'я 2020»)?
5. Чи є в Міністерстві охорони здоров'я спеціально призначений співробітник або співробітники, відповідальний /відповідальні за розробку і реалізацію програм у сфері громадського здоров'я/ НІЗ?
6. Чи існує система збору даних, що дозволяє фіксувати повноту охоплення такими програмами, і чи проводилася оцінка ефективності цих програм?
7. Хто в МОЗ відповідає за просвітницьку діяльність, комунікацію з населенням щодо НІЗ? Як ви розумієте покриття населення просвітницькою діяльністю щодо НІЗ (чи збираєте таку інформацію)?
8. Чи є цільове фінансування програм протидії НІЗ та просвітницької діяльності щодо НІЗ?
9. Які фактори поза системою охорони здоров'я обмежують можливості домогтися змін у сфері профілактики та контролю НІЗ?
10. Чи проводилися (проводяться) кампанії з інформування громадськості або заходи типу соціального маркетингу для забезпечення підтримки планів щодо здійснення змін?
11. Чи тягар хвороб корелюється (пов'язаний) з порядком денним у сфері економічного зростання і соціального розвитку?
12. Чи є в уряді та серед політичних діячів впливові прихильники заходів у сфері профілактики та контролю НІЗ?
13. Чи докладалися зусилля для того, щоб збільшити державне фінансування послуг з профілактики НІЗ?
14. Чи існують механізми для оцінки розподілу факторів ризику і наслідків НІЗ між різними соціально-економічними групами, у тому числі між групами, які відрізняються за доходами, місцем проживання, статтю та національністю?
15. Чи достатньо цілеспрямовано займається система охорони здоров'я проблемою НІЗ, чи забезпечені її структури достатньою кількістю кадрів та фінансуванням для виконання основних функцій?

## Міжсекторальна співпраця

16. Які кроки зробив уряд (на рівні вище, ніж Міністерство охорони здоров'я) для мобілізації міжвідомчих або загальнодержавних дій з профілактики та контролю НІЗ?
17. Чи існують на рівні Кабінету Міністрів або при ньому будь-які офіційні міжміністерські комісії або координаційні структури, що займаються питаннями політики охорони здоров'я в цілому або боротьбою з НІЗ зокрема? Наскільки успішно вдається їм планувати, затверджувати та реалізовувати стратегії і програми?
18. Які кроки зробило Міністерство охорони здоров'я (якщо вони були зроблені) для мобілізації допомоги з боку інших відомств у здійсненні міжвідомчих дій для реалізації втручань щодо профілактики НІЗ на рівні населення? Якщо ці кроки не мали успіху, хто чинив опір в уряді (наприклад, Міністерство фінансів) та в інших секторах (наприклад, тютюнова промисловість)?
19. Чи існують спільні міжгалузеві процедури встановлення цілей і цільових показників, формування політики, реалізації втручань, моніторингу та звітності щодо НІЗ?
20. Чи існують міжгалузеві механізми, що дозволяють вирішувати інші питання охорони здоров'я або впливати на соціальні детермінанти здоров'я (наприклад, принцип врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях, сталий розвиток, економічне зростання, що зачіпає всі верстви суспільства, залучення до соціального життя усіх верств суспільства)? Чи дозволяють ці механізми розширити охоплення заходами з профілактики НІЗ, включаючи вплив на соціальні детермінанти НІЗ?
21. Які існують фінансові стимули або анти-стимули для дій на міжгалузевому рівні? Чи є які-небудь дані, які свідчать про формування об'єднаних бюджетів? Як розподіляється відповідальність і підзвітність?
22. Чи взаємодіє система охорони громадського здоров'я з первинною ланкою медико-санітарної допомоги таким чином, щоб охопити своїми заходами всіх людей, забезпечити раннє виявлення хвороби і підвищити рівень санітарної грамотності?

## Фінансово-економічні питання

23. Чи існує чітко визначений процес виділення бюджетних коштів, за допомогою якого розподіл коштів відбувається відповідно до пріоритетів охорони здоров'я?
24. Як формується бюджет охорони здоров'я?
25. Як визначаються пріоритетні статті фінансування?
26. Скільки ресурсів заплановано на профілактику та контроль неінфекційних захворювань (НІЗ) – динаміка за 5 останніх років + план на 2022 рік?
27. Чи виділялися якісь конкретні суми на певні захворювання, патологічні стани або послуги у сфері НІЗ?
28. Чи докладалися зусилля для того, щоб збільшити державне фінансування послуг з профілактики НІЗ?

29. Опишіть процес формування бюджету і те, як при річних обрахунках встановлюється рівень державних витрат на охорону здоров'я. Чи враховується при цьому тягар хвороб? Чи докладаються зусилля до того, щоб використовувати співвідношення витрат і ефективності як критерію для виділення ресурсів, включаючи дані про співвідношення витрат і ефективності послуг у сфері НІЗ?
30. Чи існують спеціальні підходи для визначення частки фінансування первинної медико-санітарної допомоги, на відміну від вторинної і третинної допомоги?
31. Наскільки ефективно діють індикатори якості надання медичної послуги (на усіх рівнях надання медичної допомоги)? Чи враховуються вони при здійсненні виплат?
32. Чи планується запровадження мотиваційних індикаторів для медичних працівників? Якщо так, то чи будуть вони включати профілактику НІЗ?
33. Чи є в системах фінансування і планування охорони здоров'я, а також в структурі послуг охорони здоров'я механізми прийняття заходів для того, щоб уникнути несправедливого розподілу ризиків і наслідків НІЗ? Чи береться до уваги соціальна справедливість під час встановлення пріоритетів фінансування?
34. Які існують фінансові стимули або анти-стимули для дій на міжгалузевому рівні? Чи є які-небудь дані, які свідчать про формування об'єднаних бюджетів? Як розподіляється відповідальність і підзвітність?
35. Чи є цільове фінансування програм протидії НІЗ та просвітницької діяльності щодо НІЗ?
36. Чи враховувалися питання НІЗ під час формування гарантованих пакетів медичної допомоги і як саме?

### **Забезпеченість системи охорони здоров'я кадрами**

37. Як укомплектовано кадрами більшість закладів первинної ланки?
38. Яку кваліфікацію має лікарський і нелікарський персонал закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)?
39. Чи існує вимога щодо того, щоб персонал обов'язково мав підготовку у сфері ПМСД, сімейної медицини?
40. Чи пов'язані лікувальні заклади з медичними навчальними закладами з точки зору залучення нових кадрів?
41. Чи існує система підготовки та забезпечення кадрів для екстреної медичної допомоги?
42. Який кадровий потенціал є у МОЗ для оцінки потреб населення у медичній допомозі, планування в галузі охорони здоров'я, оцінки потреб охорони здоров'я, моніторингу та визначення пріоритетів у сфері НІЗ?
43. Який кадровий потенціал є у сфері інформаційної системи охорони здоров'я?
44. Чи відповідає кількість кадрів у системі охорони здоров'я потребам системи?
45. Чи адекватне співвідношення персоналу, що працює у сфері неінфекційних захворювань (НІЗ), порівняно з тими, хто займається інфекційними захворюваннями?
46. Чи достатньо лікарів та медичних сестер на первинній ланці надання медичної допомоги, вузьких фахівців?
47. Скільки штатних одиниць медичних працівників є вакантними в державному секторі?

48. Де спостерігаються серйозні проблеми кадрового забезпечення: в містах або в сільській місцевості?
49. Яким чином кадри направляються для роботи в конкретну місцевість або призначаються на певну посаду?
50. Наскільки на цей процес впливають академічна успішність, особисті зв'язки або неформальні платежі?
51. Яких фахівців не вистачає найбільше (лікарі первинної ланки, фармацевти, медсестри, фахівці в сфері інформаційних технологій тощо)?
52. Наскільки дефіцит кадрів є результатом обмеженого випуску підготовлених кадрів у країні, еміграції кваліфікованого персоналу, переходу в приватний сектор, виходу з професії тощо?
53. Чи існує в Міністерстві охорони здоров'я підрозділ, який контролює питання, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я? Чи достовірно він оцінює наявний резерв кадрових ресурсів і щорічний приплив і відтік кадрів?
54. Яких заходів було вжито протягом останніх років (якщо було) з розширення можливостей підготовки кадрів або щодо зміни змісту навчання, щоб усунути дефіцит кадрів? Зокрема, чи докладалися зусилля для збільшення випуску фахівців первинної ланки (лікарів, медсестер тощо) або для збільшення кількості академічних годин, присвячених НІЗ, навичкам навчання пацієнтів тощо?
55. Чи є спеціальні програми, що стимулюють кадри до переїзду в сільські райони? Що це за програми? Чи передбачені надбавки за роботу в певній місцевості, переваги в доступі до спеціалізованої підготовки, житлові субсидії або допомоги на покриття транспортних витрат, державний розподіл на роботу в обов'язковому порядку? Чи проводилася оцінка ефективності таких програм і, якщо проводилася, які її результати?
56. Якою є якість програми медичної освіти з точки зору отримання студентами загальної освіти, орієнтованої на формування компетенцій?
57. Якими є якість, тривалість і зміст навчання в інтернатурі та ординатурі для підготовки надавачів первинної медико-санітарної допомоги та вузьких фахівців, щоб задовольняти нинішні потреби в містах та сільських районах?
58. Чи мають надавачі ПМСД та вузькі фахівці доступ до якісної професійної підготовки, зокрема щодо НІЗ?
59. Який рівень підготовки отримують медичні працівники в сфері популяційних аспектів НІЗ, нерівностей щодо здоров'я і соціальних детермінант НІЗ? Які заходи вживаються для того, щоб у медичних працівників були навички міжкультуральної та гендерної чуйності?
60. Чи докладає держава зусиль для того, щоб набирати кандидатів на навчання з числа сільських жителів або національних меншин? Які заходи були вжиті для того, щоб зберегти цих кандидатів протягом усього навчання і потім у складі кадрів, що працюють? Скільки кандидатів було набрано, і чи повернулися вони після закінчення навчання працювати в рідні місця?
61. Який процес призначення керівників лікувальних установ? Хто приймає рішення про призначення і на підставі яких процесів та якої інформації це робиться? Які пропонуються стимули або, навпаки, який тиск чиниться на людей, які приймають рішення про призначення, коли вони вибирають кандидатів?
62. Чи стало «управління охороною здоров'я» професією?
63. Хто (з точки зору підготовки, віку, колишнього досвіду роботи) зазвичай займає керівні посади на первинній, вторинній та третинній ланці надання допомоги?

Зокрема, яку підготовку та досвід роботи в галузі управління вони мають? Чи існують які-небудь вимоги до осіб, які займають такі посади, щодо наявності формальної освіти в галузі управління?

64. Яке коло повноважень і відповідальності керівників різних рівнів щодо прийому на роботу і звільнення працівників, проведення закупівель, укладення договорів, організації надання медичних послуг, підвищення якості та вдосконалення процесу, забезпечення дотримання лікарями клінічних настанов і алгоритмів надання допомоги тощо?
65. Які матеріальні та нематеріальні стимули є у керівників? Чи передбачено які-небудь грошові винагороди за досягнуті результати роботи? Чи існують які-небудь системи заохочення або кар'єрного росту в сфері управління на основі результатів (показників) роботи?
66. Кому підпорядковуються керівники установ різного рівня? Чи є ці фахівців підготовленими і досвідченими управлінцями? Яку інформацію вони зазвичай отримують для оцінки роботи керівників установ? В якій мірі керівники несуть відповідальність за показники діяльності лікувального закладу?
67. Чи є якісь загальні особливості системи управління, що впливають на рівень відповідальності керівників за підвищення якості допомоги при НІЗ в таких аспектах, як безперервність і наступність допомоги, правильність призначення лікування та навчання пацієнтів?
68. Яку підготовку пройшли керівники лікувальних установ (якщо проходили) для реалізації змін в контексті реформ, і яка система моніторингу і підтримки існує для полегшення цього завдання?

### **Організація надання медичної допомоги (первинний рівень)**

69. Чи достатньо цілеспрямовано система охорони здоров'я займається проблемою НІЗ? Чи забезпечені її структури достатньою кількістю кадрів та фінансуванням для виконання основних функцій?
70. Чи існують спеціальні процеси для визначення частки фінансування первинної медико-санітарної допомоги?
71. Чи обговорювалися в Міністерстві охорони здоров'я, в медичних спільнотах або в академічних колах питання про необхідність підвищити ступінь самостійного ведення пацієнтами своїх хвороб і про нові моделі надання допомоги, орієнтовані на потреби і запити пацієнтів, зважаючи на стрімке зростання поширеності НІЗ?
72. Чи достатньо добре розвинені центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), щоб якісно надавати допомогу пацієнтам, які мають хронічні захворювання?
73. Чи існує чітко сформульована політика зміцнення первинної ланки і реструктуризації або скорочення лікарняного сектора?
74. Чи оптимальне співвідношення між первинним та вторинним рівнями надання допомоги, особливо з точки зору проблеми НІЗ?
75. Чи достатньо широке коло обов'язків надавачів ПМСД, щоб охоплювати більшість основних послуг з НІЗ, або ж ці обов'язки мають вужчу спрямованість?
76. Вкажіть фактори, що перешкоджають фахівцям первинної ланки виконувати функції «центрального вузла» в наданні допомоги в сфері НІЗ (освіта пацієнтів, координація дій з фахівцями, забезпечення ефективності скерувань в стаціонари, встановлення зв'язків з соціальними службами тощо).

77. Чи робилися кроки для підвищення статусу і розширення кола обов'язків надавачів ПМСД і, якщо так, якими є результати?
78. Чи доступні основні діагностичні тести щодо НІЗ на рівні ПМСД (наприклад, вимірювання артеріального тиску, аналіз на вміст цукру і холестерину в крові, електрокардіограма)?
79. Хто відповідає за охоплення скринінгом (наприклад, скринінгом на рак шийки матки) і імунізацією (наприклад, проти вірусу гепатиту В)? Хто стежить за тим, щоб проводився збір і аналіз даних щодо цього? Яку відповідальність несуть індивідуальні надавачі послуг за скринінг і вакцинацію?
80. Чи існує організована система підтримки сільських медичних працівників засобами телемедицини?
81. Наскільки ефективна координація дій різних медичних фахівців у разі надання допомоги хронічним хворим з НІЗ?
82. Наскільки ефективною є багатопрофільна взаємодія (між лікарями, медичними сестрами, працівниками санітарної освіти тощо) в умовах установ на рівні ПМСД?
83. Оцініть алгоритм переведення хворого для надання допомоги при гострих станах у хворих з хронічними НІЗ: від постачальника первинної медико-санітарної допомоги в стаціонар, а потім на реабілітацію.
84. Чи існує система переведення пацієнта після надання допомоги у разі загострення захворювання назад на первинну ланку разом з історією хвороби та іншою інформацією, яка знадобиться надавачу ПМСД для ефективного ведення випадку?
85. Наскільки тісно надавачі медичних послуг взаємодіють з надавачами соціальних послуг, особливо під час надання допомоги пацієнтам зі складними потребами або пацієнтам, які перебувають в несприятливому соціально-економічному становищі?
86. Чи сприяє метод фінансування системи охорони здоров'я інвестиціям в комплексну і доступну для всіх первинну медико-санітарну допомогу? Чи забезпечують механізми оплати медичних фахівців необхідні стимули для надання основних послуг в сфері НІЗ? Зокрема, чи існують які-небудь окремі механізми оплати за послуги або оплата за результати роботи, щоб заохочувати медпрацівників проводити діагностику та вести пацієнта?
87. Чи сприяють системи стимулювання тому, щоб надавачі допомоги прагнули до справедливого охоплення допомогою пацієнтів з різних соціально-економічних і етнічних груп?
88. Чи існує ймовірність того, що система стимулювання може призвести до посилення несправедливості, змушуючи надавачів допомоги відмовлятися від витрати додаткових зусиль або часу для роботи з важкодоступними групами?
89. Чи є мотиваційні доплати на рівні ПМСД?
90. Наскільки складно надавачам ПМСД направляти хворих до потрібних вузьких фахівців?
91. Наскільки ефективною є багатопрофільна взаємодія (між лікарями, медичними сестрами, працівниками санітарної освіти тощо) в умовах установ на рівні ПМСД?
92. Чи були спроби введення посади медсестри з розширеними повноваженнями?



## Організація надання медичної допомоги (спеціалізована допомога, міжрівнева взаємодія)

93. Чи обґрунтовувалися будь-які реформи в системі охорони здоров'я саме необхідністю поліпшення показників з НІЗ? Які кроки були зроблені (або, принаймні, запропоновані), й чи є ці кроки, на вашу думку, реалістичними і важливими для вирішення поставлених завдань?
94. Чи є/ планується співплата громадян під час формування пакетів допомоги? Якщо так, то за яких умов?
95. Чи залежить фінансування того чи іншого напрямку від тягаря захворювання?
96. Наскільки ефективно діють індикатори якості надання медичної послуги (усі рівні медичної допомоги)?
97. Чи планується запровадження мотиваційних індикаторів? Якщо так, то чи будуть вони включати профілактику НІЗ?
98. Чи є організовані послуги паліативної допомоги тим пацієнтам, яким не допоможе подальше агресивне лікування? Як вони фінансуються і наскільки широко вони доступні?
99. Чи враховувалися питання НІЗ під час формування гарантованих пакетів медичної допомоги і як саме?
100. Чи збираються дані про показники госпіталізації і показники звернень до установ первинної ланки на душу населення як в цілому, так і через НІЗ (наприклад, показник госпіталізації у зв'язку з артеріальною гіпертензією вказує на невідповідний рівень стаціонарної допомоги)?
101. Як відбувається направлення пацієнтів до фахівців або для отримання стаціонарної допомоги?
102. Чи існує офіційна система або механізм для направлення пацієнтів назад на первинний рівень? Хто ініціює і відповідає за встановлення такого зв'язку між двома рівнями надання допомоги? Чи є алгоритм скерування пацієнта з первинного рівня на вторинний? Чи використовується при цьому якась інформаційна система? Чи відбувається рух історій хвороби в обох напрямках?
103. Оцініть алгоритм переведення хворого для надання допомоги при гострих станах у хворих з хронічними НІЗ: від постачальника первинної медико-санітарної допомоги в стаціонар, а потім на реабілітацію.
104. Наскільки тісно надавачі медичних послуг взаємодіють з надавачами соціальних послуг, особливо під час надання допомоги пацієнтам зі складними потребами або пацієнтам, які перебувають в несприятливому соціально-економічному становищі?
105. Чи існує задокументований та чітко сформульований план, в якому визначена роль кожного з наступних рівнів надання допомоги (наприклад, громада, область)? Яким чином в плані передбачено лікування гострих станів при серцево-судинних захворюваннях, таких як інфаркти міокарда та інсульти? Чи встановлено будь-які мінімальні вимоги для стаціонарів щодо лікування таких випадків? Чи мають в лікарнях бути спеціальні відділення або персонал для лікування таких випадків? Чи лікарні реєструють кількість випадків, які вони фактично пролікують, чи вказують цю кількість у звітності або як вона відслідковується?
106. Як реалізується план щодо скринінгу на ракові захворювання та їх лікування? Чи встановлені будь-які мінімальні вимоги для лікарень щодо лікування



- випадків раку? Чи лікарні реєструють кількість випадків, які вони фактично пролікують, чи вказують цю кількість у звітності або як вона відслідковується?
107. Чи існує національний план боротьби з онкологічними захворюваннями, в якому чітко вказано, які типи раку мають бути проліковані в тих чи інших медичних установах?
  108. Оцініть ефективність бригадної роботи під час надання допомоги онкологічним хворим. Наскільки добре скоординовані дії хірургів, онкологів-радіологів та лікарів-онкологів? Чи ефективно і обґрунтовано використовуються надавачі допомоги, які не є лікарями (наприклад, медичні сестри, фахівці з обладнання для променевої терапії, нутриціологи, соціальні працівники)?
  109. Чи існують чітко сформульовані методичні вказівки про те, коли потрібно припиняти лікування або не проводити лікування?
  110. Чи є організована програма надання паліативної допомоги, яку пропонують пацієнтам у таких випадках?
  111. Скільки лікарень надають невідкладну допомогу цілодобово?

### **Організація надання медичної допомоги (екстрена медична допомога)**

112. Чи існує в країні державна система надання швидкої медичної допомоги? На якому рівні вона організована і фінансується: на місцевому, регіональному або національному?
113. Чи існує офіційний план організації та надання екстрених медичних послуг?
114. Чи існують які-небудь стандарти щодо транспортних засобів або стандарти щодо підготовки персоналу?
115. Чи є дані (наприклад, час прибуття на виклик) щодо ефективності роботи служби швидкої допомоги?
116. Який відсоток пацієнтів з невідкладними станами або постраждалих у результаті нещасних випадків доставляється у медичні заклади фахівцями екстреної допомоги, порівняно з приватним транспортом, таксі тощо?
117. Чи ведеться облік того, яка частина парку машин є в наявності на цей момент, а також машин в несправному стані, що знаходяться в ремонті?
118. Чи організована система евакуації хворих в екстрених випадках?

### **Клінічні настанови та протоколи**

119. Чи існує в країні структурований процес розробки клінічних настанов і протоколів, і чи засновані вони на доказах передової міжнародної практики?
120. Наскільки вичерпними є настанови і протоколи, затверджені для надання основних послуг?
121. Який підрозділ відповідає за розробку настанов і протоколів, і які правила або процеси дотримуються при цьому? Яка у нього структура управління, і яку роль в цьому процесі відіграють (якщо відіграють) групи з різними інтересами? Чи проводяться офіційні публічні слухання, і чи є можливості для залучення громадськості до процесу розробки? Чи має цей підрозділ чітко обґрунтовувати свої рішення? Чи є в підрозділі відповідний персонал, щоб своєчасно розробляти і переглядати настанови/ протоколи?

122. Який порядок поширення нових настанов та протоколів, навчання надавачів допомоги і контролю за тим, щоб вони дотримувалися положення настанов і протоколів?
123. Яким чином нові настанови та протоколи інтегруються (якщо інтегруються) в процес професійної підготовки медичних працівників та безперервної освіти? Зокрема, чи існують які-небудь вимоги щодо безперервної освіти? Як забезпечується (якщо забезпечується) дотримання таких вимог? Який підрозділ у структурі уряду відповідає за виконання цієї функції? Хто на практиці проводить навчання? Яку роль відіграють фармацевтичні компанії в безперервному підвищенні кваліфікації?
124. Чи мають місце процеси підвищення якості на рівні лікувальних установ (не як пілотування, а на постійній основі), що дозволяють посилити впровадження настанов і протоколів? Чи існують на рівні вище, ніж лікувальний заклад, будь-які процеси гарантії якості, що забезпечують контроль за дотриманням настанов/протоколів?
125. Чи проводиться оцінка відповідності та доцільності клінічної практики або показників роботи надавачів допомоги на постійній основі?
126. Чи існують будь-які перешкоди, що заважають доступу до міжнародної доказової бази, такі як мовний бар'єр або професійні підходи?


### **Медикаментозне забезпечення пацієнтів з НІЗ**

127. Як загалом пацієнти отримують лікарські препарати для лікування НІЗ? Ліки призначає лікар, їх купують пацієнти або ж видають медичні працівники в установах, які надають послуги? Чи вводяться рецепти в базу даних, де їх можна аналізувати?
128. Які законодавчі обмеження є на продаж ліків без рецепта? Наскільки забезпечено дотримання цих обмежень? Який відсоток лікарських засобів надходить через державний чи приватний сектор?
129. Наскільки забезпечення лікарськими засобами для лікування НІЗ та їх призначення лікарем відповідає стандартам, заснованим на доказах?
130. Чи використовуються генерики в конкретних фармацевтичних продуктах, що надаються державним сектором або фінансуються системами страхування? Чи існують які-небудь правила, що вимагають призначати генерики або обумовлюють можливість відпускати альтернативні генерики за рецептами на патентовані назви? Якщо є які-небудь дані про продаж та розподіл з розбивкою за складовими, що застосовуються в лікуванні НІЗ (контроль вмісту цукру, ліпідів в крові), чи можна отримати їх копії? Якщо є тільки розрахункові дані, вкажіть їх, будь ласка.
131. Як здійснюється фінансування лікарських засобів, призначених для амбулаторних хворих? Чи покриваються вони гарантованим пакетом? Якщо вони надаються через державний сектор, то який при цьому рівень співоплати? Чи є дані про те, який відсоток вартості лікарських засобів оплачує пацієнт? Чи існують офіційні або неофіційні дані про те, що пацієнти не вживали необхідних ліків через фінансові причини?

132. Наскільки розвинена конкуренція цін в приватному секторі на рівні оптових і роздрібних продажів? Чи приводить конкуренція до того, що ціни дійсно стають доступними? Як виглядають роздрібні ціни в порівнянні з цінами на регіональному або світовому рівні? Чи здійснюється моніторинг цін на фармацевтичні продукти? Чи здійснюється регулювання цін або цінових меж на фармацевтичні продукти?
133. Чи існують які-небудь проблеми з наявністю лікарських засобів для лікування та ведення основних НІЗ, особливо в сільських районах? Чи є проблеми в ланцюзі постачань на рівні роздрібною продажу в державному або в приватному секторі? Зокрема, яка частота випадків повного освоєння запасів в державних установах офіційно реєструється? Чи вживала держава будь-яких заходів для поліпшення системи постачання ліків у державному секторі, й який результат цих зусиль?
134. Чи існують перешкоди процедурно-бюрократичного характеру, що заважають справедливому доступу до лікарських засобів від НІЗ (наприклад, зайві обмеження щодо того, які постачальники можуть поставляти ті чи інші лікарські засоби, або щодо того, в якій кількості можуть бути відпущені лікарські засоби за один раз)?
135. Наскільки ефективний процес закупівлі лікарських засобів для державного сектора? Яке відомство відповідає за наявність і дотримання належних стандартів і як воно звітує за це? Наскільки прозорий процес проведення торгів і яка його частина здійснюється по електронних каналах з публічною звітністю? Наскільки ціни в Україні відповідають найбільш прийнятним світовими цінами?
136. Яке відомство відповідає за якість лікарських засобів в країні? Хто проводить перевірку якості й наскільки добре відповідні установи та їх персонал забезпечені всім необхідним? Який відсоток імпортованих лікарських засобів піддається перевірці? Чи розвинута місцева фармацевтична промисловість, і яка ефективність контролю за якістю на її підприємствах?
137. Чи проводилися якісь дослідження для вивчення поширеності неякісних і контрафактних лікарських засобів і, якщо проводилися, що вони показали? Чи є державна програма з протидії потоку таких лікарських засобів і, якщо є, який її вплив?
138. Який рівень освіти зазвичай мають продавці роздрібних лікарських засобів в містах та в сільській місцевості? Чи передбачено ліцензування точок роздрібною торгівлі, і чи мають їх власники проходити спеціальну підготовку? Чи вживають заходів для забезпечення дотримання цих вимог, особливо в сільських районах?
139. Як цінова доступність лікарських засобів впливає на дотримання встановленого режиму медикаментозного лікування пацієнтів з НІЗ? Як пом'якшується цей вплив завдяки якості генериків і схильності до використання патентованих препаратів?

## **Збір та аналіз даних щодо НІЗ**

140. З якого джерела/ джерел надходять дані щодо НІЗ?
141. Чи коректно складається свідоцтво про смерть, чи має воно єдиний зразок, і чи точно в свідоцтві про смерть вказуються соціально-економічні дані (наприклад, етнічна приналежність)?
142. Чи збирається інформація про проведення стандартизованих загально-національних обстежень населення на рутинній основі, або чи є в наявності дані, що стосуються факторів ризику НІЗ, використання медичних послуг і показників з НІЗ? Чи можна привести дані про використання медичних послуг у зв'язку з НІЗ і показники з НІЗ до знаменника населення?
143. Чи можна дезагрегувати дані про фактори ризику НІЗ, використання послуг і результати здоров'я за основними «параметрами справедливості» (наприклад, за соціально-економічним статусом, статтю, етнічною приналежністю, місцем проживання)? Чи застосовується один і той самий метод до всіх джерел даних і чи вживаються рутинні заходи контролю якості для того, щоб зібрані дані були повними і точними?
144. Чи проводиться на рутинній основі аналіз даних про фактори ризику НІЗ, використання медичних послуг і наслідки НІЗ, щоб оцінити тенденції в охопленні ними населення? Чи публікуються результати аналізу? Чи повідомляють їх на територіальному рівні й чи повідомляють про результати в різних соціально-економічних групах? Чи існує механізм для обліку такої інформації в процесі перегляду обсягів фінансування, стратегій і планів в галузі охорони здоров'я?
145. Чи є в закладах інформаційні системи, що полегшують для працівників первинної ланки медико-санітарної допомоги задачу ведення хронічних патологічних станів, такі як а) системи телефонних дзвінків з автоматичним нагадуванням пацієнтам про прийом для огляду або скринінгу і б) історії хвороби, що полегшують стратифікацію ризиків і планування лікування? Які комп'ютерні системи та можливості доступу в Інтернет, як правило, є на різних рівнях в установах, і наскільки добре персонал володіє ними?
146. Чи є такі інформаційні системи, які дозволяють координувати допомогу на всіх рівнях і забезпечують можливість обміну даними при збереженні конфіденційності?
147. Чи є такі інформаційні системи, які дають можливість пацієнтам грати більш значиму роль в управлінні наданою їм допомогою, наприклад, забезпечення доступу пацієнтів до медичної документації або використання електронної пошти чи інших електронних засобів для спілкування пацієнтів з надавачами допомоги?
148. Які є системи для реєстрації показників якості клінічної допомоги та подання звітності за цими показниками, особливо щодо хворих з НІЗ?
149. Які інформаційні системи є для відстеження обсягів, якості послуг та іншої неклінічної інформації? Чи реєструються і надаються «керівникам керівників» або органам на регіональних рівнях в єдиному форматі дані про робоче навантаження, кількість прийнятих хворих, тривалість прийому, часу очікування тощо?

- 
- 
150. Які системи існують для обліку витрат і фінансового контролю? Чи уніфіковано визначення і категорії в системах бухгалтерського обліку (наприклад, визначення центрів витрат і бази розподілу непрямих витрат)? Який аналіз витрат проводиться в плановому порядку на рівні установ, і яка звітність надається до вищих інстанцій?
  151. У більших установах чи існує порядок, відповідно до якого керівники різних клінічних відділень отримують регулярні звіти про витрати, якість і результати, і наскільки вони підзвітні за показники роботи своїх відділень?
  152. Який кадровий потенціал є у інформаційної системи охорони здоров'я для моніторингу та оцінки факторів ризику, послуг і показників з НІЗ, включно зі здатністю дезагрегувати інформацію за такими соціально-економічними параметрами, як рівень доходів, етнічна приналежність, стать і місце проживання?

### Успіхи, досягнення та проблеми у сфері профілактики та контролю НІЗ

153. Назвіть дві-три ефективні практики чи інновації, які були впроваджені в Україні та допомогли вирішити певні проблеми системи охорони здоров'я.
154. Назвіть дві-три основні проблеми чи перешкоди, які заважають впровадженню позитивних змін у сфері профілактики та контролю НІЗ.

## ПИТАННЯ ДЛЯ ІНТЕРВ'Ю З ФАХІВЦЯМИ РЕГІОНАЛЬНОГО РІВНЯ

### Пріоритетність НІЗ та наявність регіональних програм і планів

1. Чи є боротьба з НІЗ чітко сформульованим елементом офіційної, задокументованої або задекларованої політики чи стратегії регіону в галузі охорони здоров'я?
2. Чи керівництво регіону доклало зусиль до того, щоб підкреслити важливість НІЗ, або чи характеризувало воно будь-які конкретні неінфекційні захворювання як пріоритетні для вжиття заходів? Як люди, що працюють у системі державного управління і поза цією сферою, характеризують важливість НІЗ у порівнянні з іншими проблемами охорони здоров'я в регіоні?
3. Які є на сьогодні регіональні програми протидії НІЗ (зокрема профілактики факторів ризику НІЗ)? Які програми були або заплановані до прийняття? Чи налагоджена міжвідомча співпраця у сфері профілактики та контролю НІЗ та якими є її результати?
4. Чи є в регіональних планах розвитку згадка про профілактику і лікування НІЗ, коли тягар хвороб корелюється (пов'язаний) з порядком денним у сфері економічного зростання і соціального розвитку регіону?
5. Чи є у регіоні, у тому числі серед політичних діячів впливові прихильники заходів у сфері профілактики та контролю НІЗ?
6. Чи багато уваги приділяється проблемам НІЗ в регіоні поза сферою державного управління, коли громадські організації, пацієнти, активісти різних рухів тощо обговорюють показники діяльності системи охорони здоров'я?
7. Чи існує регіональний план боротьби з онкологічними захворюваннями, в якому чітко вказано, які типи раку мають бути проліковані в тих чи інших медичних установах?

### Бюджетування сфери НІЗ

8. Чи існує чітко визначений процес виділення та розподілу бюджетних коштів, відповідно до пріоритетів охорони здоров'я, і чи враховуються там питання НІЗ, зважаючи на тягар НІЗ? Чи протягом останніх років виділялися якісь конкретні суми на профілактику чи лікування конкретних захворювань, патологічних станів або послуг?
9. Опишіть процес формування бюджету і те, як при річних обрахунках встановлюється рівень державних витрат на охорону здоров'я. Чи враховується при цьому тягар хвороб? Чи докладаються зусилля до того, щоб використовувати співвідношення витрат і ефективності як критерію для виділення ресурсів, включаючи дані про співвідношення витрат і ефективності послуг у сфері НІЗ?
10. Чи існують спеціальні процеси прийняття рішень про фінансування послуг на рівні населення (профілактику факторів ризику НІЗ) на відміну від індивідуальних послуг (ведення НІЗ)? Що стосується індивідуальних послуг, чи існують спеціальні процеси для визначення частки фінансування первинної медико-санітарної допомоги, на відміну від вторинної і третинної медико-санітарної допомоги? Чи проводилися якісь дослідження, чи публікувалися доповіді на цю тему?

11. Чи докладалися зусилля для того, щоб збільшити державне фінансування послуг з профілактики НІЗ в регіоні?
12. Як ви оцінюєте рівень фінансування програм з протидії ССЗ/ цукровому діабету/ онкологічним захворюванням у вашому регіоні?

### **Підходи до стимулювання роботи системи, медичних працівників та пацієнтів**

13. Чи сприяє метод фінансування системи охорони здоров'я інвестиціям в комплексну і доступну для всіх первинну медико-санітарну допомогу? Чи забезпечують механізми оплати медичних фахівців необхідні стимули для надання основних послуг в сфері НІЗ? Зокрема, чи існують будь-які окремі механізми оплати за послуги або за результати роботи, щоб заохочувати медпрацівників проводити діагностику та вести пацієнтів з НІЗ?
14. Чи наявні мотиваційні доплати за профілактику НІЗ? Наскільки ефективними є індикатори якості надання медичної послуги (на усіх рівнях)? Чи планується запровадження мотиваційних індикаторів? Якщо так, то чи будуть вони включати профілактику НІЗ?
15. Чи існують фінансові механізми, що дозволяють зв'язати надання медичних послуг з діяльністю щодо охоплення осіб з хронічними захворюваннями (особливо з інвалідністю, обумовленою НІЗ), і надання їм соціальної допомоги?
16. Чи існують фінансові або нефінансові стимули для проведення просвітницької роботи і консультування пацієнтів щодо факторів ризику НІЗ та зміни поведінки щодо власного здоров'я? Чи існують фінансові механізми підтримки та розвитку взаємного навчання серед осіб рівного статусу і створення груп підтримки при основних патологічних станах?
17. Чи існують які-небудь матеріальні стимули (або пільги нефінансового характеру) для пацієнтів, що сприяють дотриманню призначеного режиму лікування ними?
18. Чи сприяють системи стимулювання тому, щоб надавачі допомоги прагнули до справедливого охоплення допомогою пацієнтів з різних соціально-економічних і етнічних груп? Чи існує ймовірність того, що система стимулювання може призвести до посилення несправедливості, змушуючи надавачів допомоги відмовлятися від витрати додаткових зусиль або часу для роботи з важкодоступними групами?
19. Які існують фінансові стимули або анти-стимули для дій щодо профілактики НІЗ на міжгалузевому рівні? Чи є дані, які свідчать про формування об'єднаних бюджетів? Як розподіляється відповідальність і підзвітність?

### **Лікування онкологічних захворювань**

20. Як фахівці з надання медичної допомоги при онкологічних захворюваннях у вашому регіоні оцінюють наявні в країні можливості лікування різних станів? Чи є конкретні лікарські засоби, установи або види обладнання, які їм хотілося б мати, але для яких вони не можуть отримати фінансування?
21. Чи є регіональні програми лікування за кордоном (в динаміці за 5 років)? Якщо так, дайте будь ласка статистичні дані лікування за кордоном (нозології, кількість пацієнтів, обсяг фінансування).



22. Чи надає регіон хоч якусь фінансову допомогу пацієнтам з тим, щоб вони могли спробувати отримати лікування за кордоном, і якщо надає, то як визначають тих, хто має право на таку підтримку?
23. Як реалізується план щодо скринінгу на ракові захворювання та їх лікування? Чи встановлені будь-які мінімальні вимоги для лікарень щодо лікування випадків раку? Чи лікарні реєструють кількість випадків, які вони фактично пролікують? Чи вказують цю кількість у звітності або як вона відслідковується?

### Паліативна допомога

24. Чи є організована програма надання паліативної допомоги?
25. Як фінансується паліативна допомога у вашому регіоні?
26. Чи є у вас хоспіси і які? Як вони фінансуються і наскільки широко вони доступні?

### Просвітницькі заходи щодо профілактики НІЗ

27. Які є програми просвітницького характеру щодо запобігання НІЗ?
28. Як ведеться роз'яснювальна робота щодо реформи ОЗ, зокрема щодо реформи громадського здоров'я, серед населення?
29. Чи існують програми, мета яких полягає у тому, щоб підвищити рівень грамотності у питаннях охорони здоров'я в цілому, створити умови для громадян, щоб вони могли брати на себе відповідальність за власне здоров'я, вимагати дотримання своїх прав у системі охорони здоров'я і знати, на що вони можуть претендувати, куди і як звертатися за послугами (особливо це стосується безправних і соціально знедолених груп населення)?
30. Чи є спеціально розроблені стратегії, канали, програми або методичні посібники для освіти пацієнтів, з фокусом на осіб, які страждають від НІЗ? Чи практикується цільове виділення коштів для підтримки цієї діяльності, і чи є в департаменті охорони здоров'я (ОДА) спеціально призначений співробітник, відповідальний за розробку і реалізацію таких програм? Чи існує система збору даних, що дозволяє фіксувати повноту охоплення такими програмами? Чи проводилася оцінка ефективності цих програм?
31. Хто в регіоні відповідає за просвітницьку діяльність, за комунікацію з населенням щодо НІЗ?
32. Чи є цільове фінансування програм протидії НІЗ та просвітницької діяльності щодо НІЗ?
33. Які підходи в області застосовуються, щоб покрити населення просвітницькою діяльністю щодо НІЗ (чи збирається така інформація)?

### Залучення пацієнтів до профілактики та контролю НІЗ

34. Чи проводиться якась організована робота зі створення груп взаємної підтримки пацієнтів? Наскільки ці групи є функціональними? Чи проводилася коли-небудь оцінка їх ефективності?
35. Чи існують які-небудь фінансові стимули для пацієнтів, щоб вони брали участь в подібних заходах – групах (наприклад, зниження розмірів співоплати за лікарські засоби)?
36. Наскільки інформація є доступною для пацієнтів?

- a. Чи мають вони доступ до своєї медичної документації?
  - b. Чи є в Інтернеті джерела інформації, якими можуть користуватися і користуються пацієнти?
  - c. Чи існують групи захисту інтересів пацієнтів з конкретними захворюваннями, які надають інформацію і підтримку, і наскільки успішно вони функціонують, особливо у віддалених районах країни?
37. Наскільки характерні для регіону культурні, мовні та гендерні бар'єри, що заважають участі пацієнтів у піклуванні про власне здоров'я?
  38. Наскільки звичною є ситуація, коли лікарі не розповідають пацієнтам подробиць про їхній стан здоров'я (наприклад, при раку) або коли молодші члени сім'ї не розповідають подробиць своїм старшим родичам? Які взаємини між пацієнтами та іншими медичними працівниками, наприклад, медичними сестрами?
  39. Наскільки певні групи населення є більш безправними порівняно з іншими у вашому регіоні? Яких заходів було вжито з розширення прав і можливостей знедолених або вразливих груп населення або для надання їм підтримки в доступі до медичних послуг (включаючи скринінг і зміцнення здоров'я)? Яких заходів було вжито для того, щоб забезпечити їх якісною допомогою протягом усього періоду їх взаємодії з системою медичного обслуговування?

### Організація системи охорони здоров'я з точки зору ефективності профілактики та контролю НІЗ

40. Чи достатньо цілеспрямовано займається система охорони здоров'я в регіоні проблемою НІЗ? Чи забезпечені її структури достатньою кількістю кадрів та фінансуванням для виконання основних функцій? Чи взаємодіє система охорони громадського здоров'я з первинною ланкою медико-санітарної допомоги таким чином, щоб охопити своїми заходами всіх людей і забезпечити раннє виявлення хвороби, підвищити рівень грамотності у питаннях охорони здоров'я?
41. Чи достатньо добре розвинені первинна ланка медико-санітарної допомоги та сімейна медицина, щоб бути центром надання допомоги пацієнтам, які страждають на хронічні захворювання? Чи існує чітко сформульована політика зміцнення первинної ланки і реструктуризації або скорочення лікарняного сектора?
42. Чи укомплектовано кадрами більшість закладів первинної ланки? Яку кваліфікацію має лікарський і нелікарський персонал? Чи існує вимога про те, щоб персонал мав підготовку у сфері первинної медико-санітарної допомоги, сімейної медицини, освіти пацієнтів або допомоги при НІЗ?
43. Хто з надавачів послуг бере участь у роботі з профілактики та контролю НІЗ і хто відповідає за цю роботу? (Наприклад, акушерки можуть в повсякденній практиці проводити скринінг на рак шийки матки тощо).
44. Чи є які-небудь інноваційні приклади горизонтального співробітництва в наданні послуг із боротьби з НІЗ?
45. Чи оптимальне співвідношення між первинним та вторинним рівнями надання допомоги, особливо з точки зору проблеми НІЗ?
46. Будь ласка, надайте дані про показники госпіталізації і показники звернень до установ первинної ланки на душу населення як в цілому, так і через НІЗ. (Наприклад, показник госпіталізації у зв'язку з артеріальною гіпертензією).

47. Як надається амбулаторна допомога в більшості установ або в більшості ситуацій? Чи мають пацієнти постійні відносини з певним працівником на первинному рівні, на якому вони можуть отримати основний обсяг допомоги? В цілому, чи є ці відносини постійними або епізодичними (пов'язаними з випадками екстреної допомоги)? Чи мають пацієнти право вибору постачальника допомоги?
48. Чи ведеться облік патологічних станів, обумовлених НІЗ, в спеціальному журналі/ системі та чи отримують пацієнти нагадування по телефону/ поштою або іншим шляхом про необхідність з'явитися на огляд?
49. Протягом яких годин відкрито більшість закладів первинної медико-санітарної допомоги для прийому пацієнтів (як теоретично, так і практично)? Чи існує система запису на прийом? Як довго доводиться чекати в черзі в лікувальних установах? Скільки часу триває звичайний прийом у лікаря, і чи є можливість протягом цього часу приділити увагу потребам пацієнта у питаннях зміцнення здоров'я, профілактики та веденні захворювання? Як ці фактори впливають на сприйняття якості послуг і на бажання звертатися за допомогою з приводу НІЗ?
50. Чи доступні основні діагностичні тести щодо НІЗ на первинній ланці медико-санітарної допомоги (наприклад, вимірювання артеріального тиску, аналіз на вміст цукру і холестерину в крові, електрокардіограма)? Хто відповідає за охоплення скринінгом (наприклад, скринінгом на рак шийки матки) та імунізацією (наприклад, проти вірусу гепатиту В)? Хто стежить за тим, щоб проводився збір і аналіз даних? Яку відповідальність несуть індивідуальні надавачі послуг за скринінг і вакцинацію?
51. Як надається допомога при НІЗ у віддалених сільських районах або в поселеннях мігрантів, де може бракувати персоналу? Чи існує система ротації при виїзді фахівців у ці місця? Чи існує організована система підтримки сільських медичних працівників засобами телемедицини? Чи є організована система евакуації хворих в екстрених випадках?
52. Як відбувається направлення пацієнтів до фахівців або для отримання стаціонарної допомоги? Чи можуть пацієнти звертатися до фахівців або в лікарні безпосередньо? Чи існує офіційна система або механізм для направлення пацієнтів назад на первинний рівень? Хто ініціює і відповідає за встановлення такого зв'язку між двома рівнями надання допомоги? Чи є алгоритм скерування пацієнта з первинного рівня на вторинний? Чи використовується при цьому якась інформаційна система? Чи відбувається рух історій хвороби в обох напрямках?
53. Вкажіть фактори, що перешкоджають фахівцям первинної ланки виконувати функції «центрального вузла» в наданні допомоги в сфері НІЗ (освіта пацієнтів, координація дій з вузькими фахівцями, забезпечення ефективності скерувань у стаціонари, встановлення зв'язків з соціальними службами тощо).
54. Наскільки ефективна координація дій різних медичних фахівців під час надання допомоги хронічним хворим з НІЗ у вашому регіоні? Наскільки складно надавачам первинної медико-санітарної допомоги направляти хворих до потрібних фахівців?
55. Наскільки ефективною є багатопрофільна взаємодія (між лікарями, медичними сестрами, працівниками санітарної освіти тощо) в умовах установ на рівні ПМСД? (Подумайте про ведення конкретних патологічних станів, наприклад, астми, ішемічної хвороби серця, інсульту або раку як індикаторів).

56. Оцініть алгоритм переведення пацієнта з хронічними НІЗ для надання допомоги при гострих станах у нього: від постачальника первинної медико-санітарної допомоги в стаціонар, а потім на реабілітацію. Чи є труднощі в доступі до історії хвороби пацієнта і до інформації про лікарські препарати на кожному з етапів? (Подумайте про індикаторні стани, такі як ГІМ, інсульт, хірургічна операція або хімієтерапія у онкологічних хворих тощо).
57. Оцініть ефективність бригадної роботи під час надання допомоги онкологічним хворим. Наскільки добре скоординовані дії хірургів, онкологів-радіологів та лікарів-онкологів? Чи ефективно і обґрунтовано залучено до процесу середній медперсонал та немедичних фахівців (наприклад, медичних сестер, фахівців з обладнання для променевої терапії, нутриціологів, соціальних працівників)?
58. Чи існує система переведення пацієнта після надання допомоги у разі загострення захворювання назад на первинну ланку разом з історією хвороби та іншою інформацією, яка знадобиться надавачу ПМСД для ефективного ведення випадку?
59. Який відсоток пацієнтів з основними НІЗ вибуває з подальшого спостереження, і як він варіюється між різними соціально-етнічними групами?
60. Чи існує задокументований та чітко сформульований план, в якому визначена роль кожного з наступних рівнів надання допомоги (наприклад, район, область)? Як здійснюється контроль за виконанням цього плану?
61. Наскільки тісно надавачі медичних послуг взаємодіють з надавачами соціальних послуг, особливо під час надання допомоги пацієнтам зі складними потребами або пацієнтам, які перебувають в несприятливому соціально-економічному становищі?
62. Чи пов'язані спеціалізовані медичні центри з медичними навчальними закладами?
63. Чи є механізми, що забезпечують справедливий доступ до медичних закладів, такі як допомога на оплату транспортних витрат або допомога з житлом для пацієнтів і їхніх родичів? Які є фактичні дані (офіційні або неофіційні), на основі яких можна оцінити справедливість або несправедливість доступу до спеціалізованої допомоги? Наскільки доступ залежить від особистих зв'язків, впливу, доходів або інших немедичних чинників?
64. Чи існують чітко сформульовані методичні вказівки про те, коли потрібно припинити лікування або не проводити лікування у хворих з НІЗ?
65. Скільки лікарень надають невідкладну допомогу цілодобово? Чи існує система підготовки та забезпечення кадрів для таких установ, в основі якої лежить офіційно визнана спеціалізація в сфері надання екстреної медичної допомоги?
66. Чи існує в регіоні система надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги? На якому рівні вона організована і фінансується: на місцевому, регіональному або національному? Чи існує офіційний план організації та надання екстрених медичних послуг? Чи існують які-небудь стандарти щодо транспортних засобів або стандарти щодо підготовки персоналу?
67. Чи є дані (наприклад, час прибуття на виклик) щодо ефективності роботи служби швидкої допомоги? Який відсоток пацієнтів з невідкладними станами або постраждалих у результаті нещасних випадків доставляється у медичні заклади фахівцями екстреної допомоги, порівняно з приватним транспортом, таксі тощо. Чи ведеться облік того, яка частина парку машин є в наявності на цей момент, а також машин у несправному стані, що знаходяться в ремонті?

## Клінічні настанови та протоколи

68. Який порядок поширення нових настанов та протоколів на обласному рівні, навчання надавачів допомоги і контролю за тим, щоб вони дотримувалися положення настанов і протоколів?
69. Яким чином нові настанови та протоколи інтегруються (якщо інтегруються) в процес професійної підготовки медичних працівників та безперервної освіти на рівні регіону? Хто на практиці проводить навчання для фахівців? Яку роль відіграють фармацевтичні компанії в безперервному підвищенні кваліфікації?
70. Чи мають місце процеси підвищення якості надання послуг пацієнтам з НІЗ на рівні лікувальних установ (на постійній основі) саме завдяки впровадженню настанов та протоколів? Чи існують на рівні вище, ніж лікувальний заклад, будь-які процеси гарантії якості, що забезпечують контроль за дотриманням настанов/ протоколів?
71. Чи проводиться оцінка відповідності та доцільності клінічної практики або показників роботи надавачів допомоги на постійній основі?
72. Чи існують будь-які перешкоди, що заважають доступу до міжнародної доказової бази, такі як мовний бар'єр або професійні підходи?

## Людські ресурси у сфері профілактики та контролю НІЗ

73. Який кадровий потенціал є в регіоні для оцінки потреб населення у медичній допомозі, планування в галузі охорони здоров'я, оцінки потреб охорони здоров'я, моніторингу та визначення пріоритетів у сфері НІЗ? Який кадровий потенціал є у секторі інформаційної системи охорони здоров'я для моніторингу та оцінки факторів ризику, послуг і показників з НІЗ, включно зі здатністю дезагрегувати інформацію за такими соціально-економічними параметрами, як рівень доходів, етнічна приналежність, стать і місце проживання?
74. Чи відповідає кількість кадрів у системі охорони здоров'я потребам регіону? Чи достатньо фахівців, які опікуються безпосередньо профілактикою та лікуванням НІЗ? Чи адекватне співвідношення персоналу, що працює у сфері НІЗ, порівняно з тими, хто займаються інфекційними захворюваннями? Чи достатньо лікарів та медичних сестер на первинній ланці надання медичної допомоги, вузьких фахівців?
75. Скільки штатних одиниць медичних працівників на рівні регіону є вакантними в державному секторі?
76. Де спостерігаються серйозні проблеми кадрового забезпечення: в містах або в сільській місцевості? Яким чином кадри направляються для роботи в конкретну місцевість або призначаються на певну посаду? Наскільки на цей процес впливають академічна успішність, особисті зв'язки або неформальні платежі?
77. Яких фахівців не вистачає в області найбільше (лікарі первинної ланки, фармацевти, медсестри, фахівці в області інформаційних технологій та ін.)?
78. Наскільки дефіцит кадрів є результатом обмеженого випуску підготовлених кадрів у країні, еміграції кваліфікованого персоналу, переходу в приватний сектор, виходу з професії тощо?
79. Чи існує в Департаменті/Управлінні охорони здоров'я підрозділ, який контролює питання, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я? Чи достовірно він оцінює наявний резерв кадрових ресурсів, щорічний приплив і відтік кадрів?

80. Яких заходів було вжито протягом останніх років (якщо було) з розширення можливостей підготовки кадрів або щодо зміни змісту навчання, щоб усунути дефіцит кадрів на рівні регіону? Зокрема, чи докладалися зусилля для збільшення випуску фахівців первинної ланки (лікарів, медсестер тощо) або для збільшення кількості академічних годин, присвячених НІЗ, навичкам навчання пацієнтів тощо?
81. Чи є спеціальні програми, що стимулюють кадри до переїзду в сільські райони? Що це за програми? Чи передбачені надбавки за роботу в певній місцевості, переваги в доступі до спеціалізованої підготовки, житлові субсидії або допомоги на покриття транспортних витрат, державний розподіл на роботу в обов'язковому порядку? Чи проводилася оцінка результатів таких програм і, якщо проводилася, яка вона?
82. Чи були спроби передати частину функцій фахівцям з нижчим рівнем підготовки для поліпшення надання допомоги в сільських районах? Якщо так, які ініціативи були зроблені у зв'язку з цим і які результати?
83. Чи мають надавачі первинної медико-санітарної допомоги та вузькі фахівці доступ до якісної професійної підготовки з питань НІЗ?
84. Який рівень підготовки отримують медичні працівники в сфері популяційних аспектів НІЗ, нерівностей щодо здоров'я і соціальних детермінант НІЗ? Які заходи вживаються для того, щоб у медичних працівників були навички міжкультуральної та гендерної чуйності?
85. Чикладає регіон зусиль для того, щоб направляти кандидатів з числа сільських жителів або національних меншин на навчання? Які заходи були вжиті для того, щоб зберегти цих кандидатів протягом усього навчання і потім у складі кадрів, що працюють? Скільки кандидатів було набрано, і чи повернулися вони після закінчення навчання працювати в рідні місця?

### Медичні препарати

86. Як загалом пацієнти отримують лікарські препарати для лікування НІЗ в регіоні: ліки призначає лікар, їх купують пацієнти або ж видають медичні працівники в установах, які надають послуги? Чи вводяться рецепти в базу даних, де їх можна аналізувати? Які законодавчі обмеження є на продаж ліків без рецепта? Наскільки забезпечено дотримання цих обмежень? Який відсоток лікарських засобів надходить через державний чи приватний сектор?
87. Як здійснюється фінансування лікарських засобів, призначених для амбулаторних хворих? Чи покриваються вони страховкою? Якщо вони надаються через державний сектор, то який при цьому рівень співоплати? Чи є дані про те, який відсоток вартості лікарських засобів оплачує пацієнт? Чи існують офіційні або неофіційні дані про те, що пацієнти не вживали необхідних ліків через фінансові причини?
88. Наскільки розвинена конкуренція цін у приватному секторі на рівні оптових і роздрібних продажів? Чи приводить конкуренція до того, що ціни дійсно стають доступними? Як виглядають роздрібні ціни в порівнянні з цінами на регіональному або світовому рівні? Чи здійснюється моніторинг цін на фармацевтичні продукти? Чи здійснюється регулювання цін або цінових меж на фармацевтичні продукти?

89. Чи існують будь-які проблеми з наявністю лікарських засобів для лікування та ведення основних НІЗ, особливо в сільських районах? Чи є проблеми в ланцюзі постачань на рівні роздрібного продажу в державному або в приватному секторі? Зокрема, яка частота випадків повного освоєння запасів у державних установах офіційно реєструється? Чи вживав регіон будь-яких заходів для поліпшення системи постачання ліків у державному секторі, і який результат цих зусиль?
90. Яке відомство в регіоні відповідає за наявність і дотримання належних стандартів медичних препаратів і як воно звітує за це? Наскільки прозорий процес проведення торгів і яка його частина здійснюється електронними каналами з публічною звітністю? Наскільки ціни відповідають найбільш прийнятним світовими цінами?
91. Який рівень освіти зазвичай мають продавці роздрібних лікарських засобів у містах та в сільській місцевості? Чи передбачено ліцензування точок роздрібною торгівлі, і чи мають їх власники проходити спеціальну підготовку? Чи вживають заходів для забезпечення дотримання цих вимог, особливо в сільських районах?

#### Управління системою та закладами охорони здоров'я

92. Який процес призначення керівників лікувальних установ? Хто приймає рішення про призначення і на підставі яких процесів та якої інформації це робиться? Які пропонуються стимули або, навпаки, який тиск чиниться на людей, які приймають рішення про призначення, коли вони вибирають кандидатів?
93. Яке коло повноважень і відповідальності керівників різних рівнів щодо прийому на роботу і звільнення працівників, проведення закупівель, укладення договорів, організації надання медичних послуг, підвищення якості та вдосконалення процесу, забезпечення дотримання лікарями клінічних настанов і алгоритмів надання допомоги тощо?
94. Які матеріальні та нематеріальні стимули є у керівників? Чи передбачені які-небудь грошові винагороди за досягнуті результати роботи? Чи існують які-небудь системи заохочення або кар'єрного росту в сфері управління на основі результатів (показників) роботи?
95. Кому підпорядковуються керівники установ різного рівня? Чи є ці керівники підготовленими і досвідченими управлінцями? В якій мірі керівники несуть відповідальність за показники діяльності лікувального закладу з надання допомоги при НІЗ? Які стимули є у керівників (якщо є) для того, щоб домагатися покращень у наданні медико-санітарної допомоги?
96. Які звіти про діяльність лікувальних установ отримують керівники (якщо отримують) в установленому порядку і з якою періодичністю? В якому форматі представляються ці звіти: на папері або в електронному вигляді, і чи є стандартна форма звітності? Який персонал є у керівників для аналізу цих звітів? Чи оцінюються на рівні формування політики зібрані дані про НІЗ і показники діяльності установ? Як використовуються показники діяльності установ при формуванні регіональної політики?

97. Чи існує система моніторингу і винагороди лікувальним установам та медичним працівникам, що працюють індивідуально, за досягнуту ними якість лікування і послуг? Чи надаються у звичному порядку звіти і чи проводяться планові оцінки, що стосуються таких показників діяльності? Якщо так, до кого такі звіти надходять?
98. Чи проводяться дослідження з вивчення рівня задоволеності пацієнтів послугами ПМСД і скринінгу? Що показують ці дослідження?
99. Чи є будь-які особливості системи управління в цілому, що впливають на рівень відповідальності керівників за підвищення якості допомоги при НІЗ (і мають необхідні для цього повноваження) в таких аспектах, як безперервність і наступність допомоги, правильність призначення лікування та навчання пацієнтів?
100. Наскільки регіональні керівники системи охорони здоров'я чітко визначили зміни в системі охорони здоров'я (включно зі змінами в організації та наданні допомоги), які, на їхню думку, необхідні для поліпшення показників з НІЗ? Чи вони розробили програми на рівні системи ОЗ або лікувальних установ для здійснення цих змін?
101. Які перешкоди поза системою охорони здоров'я обмежують можливості домогтися змін (наприклад, поведінка міжнародних агенцій, донорів та інших представників державного сектору)?
102. Яку підготовку пройшли керівники лікувальних установ (якщо проходили) для реалізації запланованих змін, і яка система моніторингу і підтримки існує для полегшення цього завдання?
103. Чи була якась реакція на зміни з боку зацікавлених груп всередині або за межами системи охорони здоров'я? Чи були проведені переговори і які інформаційно-роз'яснювальні заходи були вжиті для налагодження співпраці з ними?
104. Чи проводили в регіоні будь-які кампанії з інформування громадськості або заходи типу соціального маркетингу для забезпечення підтримки своїх планів щодо здійснення змін з боку пацієнтів і громадян?
105. Які системи існують для обліку витрат і фінансового контролю? Чи уніфіковано визначення і категорії в системах бухгалтерського обліку (наприклад, визначення центрів витрат і бази розподілу непрямих витрат)? Який аналіз витрат проводиться в плановому порядку на рівні установ, і яка звітність надається до вищих інстанцій?
106. У більших установах чи існує порядок, відповідно до якого керівники різних клінічних відділень отримують регулярні звіти про витрати, якість і результати, і наскільки вони підзвітні за показники роботи своїх відділень?

### **Дані та опитування щодо НІЗ**

107. З якого джерела надходять дані щодо НІЗ? Чи можна привести дані про використання медичних послуг у сфері профілактики й контролю НІЗ і показники з НІЗ до знаменника населення?



108. Чи можна дезагрегувати дані про фактори ризику НІЗ, використання послуг і результати здоров'я за основними «параметрами справедливості» (наприклад, за соціально-економічним статусом, статтю, етнічною приналежністю, місцем проживання)? Чи застосовується один і той самий метод до всіх джерел даних і чи вживаються рутинні заходи контролю якості для того, щоб зібрані дані були повними і точними?
109. Чи проводиться на рутинній основі аналіз даних про фактори ризику НІЗ, використання медичних послуг і наслідки НІЗ, щоб оцінити тенденції в охопленні ними населення? Чи публікуються результати аналізу? Чи повідомляють їх на регіональному рівні та чи повідомляють про результати в різних соціально-економічних групах? Чи існує механізм для обліку такої інформації в процесі перегляду обсягів фінансування, стратегій і планів в галузі охорони здоров'я?
110. Чи є інформаційні системи, що полегшують для працівників первинної ланки медико-санітарної допомоги задачу ведення хронічних патологічних станів, такі як а) системи телефонних дзвінків з автоматичним нагадуванням пацієнтам про явку на прийом для огляду або скринінгу і б) історії хвороби (амбулаторні картки), що полегшують стратифікацію ризиків і планування лікування? Які комп'ютерні системи та можливості доступу в Інтернет, як правило, є на різних рівнях в установі, і наскільки добре персонал володіє ними?
111. Чи є такі інформаційні системи, які дозволяють координувати допомогу на всіх рівнях і забезпечують можливість обміну даними при збереженні конфіденційності?
112. Чи є такі інформаційні системи, які дають можливість пацієнтам грати більш значиму роль в управлінні наданої їм допомоги, наприклад, забезпечення доступу пацієнтів до медичної документації або використання електронної пошти або інших електронних засобів для спілкування пацієнтів з надавачами допомоги?
113. Які є системи для реєстрації показників якості клінічної допомоги та подання звітності за цими показниками, особливо щодо хворих з НІЗ?
114. Які інформаційні системи є для відстеження обсягів, якості послуг та іншої неклінічної інформації? Чи реєструються і надаються «керівникам керівників» або органам на регіональному рівні в єдиному форматі дані про робоче навантаження, кількість прийнятих хворих, тривалість прийому, часу очікування тощо?
115. Чи проводяться регулярні опитування домашніх господарств, що дозволяють виявити перешкоди доступу до допомоги і фінансовий тягар, який лягає на пацієнтів? Чи є в цих опитуваннях очевидний зв'язок з НІЗ або факторами ризику НІЗ? Чи можна дезагрегувати перешкоди для доступу до допомоги і фінансовий тягар за ознаками соціально-економічного статусу, статі, етнічної приналежності та інших змінних, які представляють інтерес з точки зору справедливості?
116. Чи повідомляється в цих опитуваннях про перешкоди, що заважають користуватися допомогою, коли вона потрібна, і що це за перешкоди?
117. Чи можна оцінити показники госпіталізації, обумовлені конкретними причинами? Чи можна оцінити показники госпіталізації з приводу таких патологічних станів, як артеріальна гіпертензія або астма?
118. Виходячи з результатів опитування домогосподарств, наскільки високий у регіоні рівень платежів готівкою з власної кишені? Наведіть дані про частоту

випадків катастрофічних витрат, що призводять до зубожіння, і поясніть їх причини. Яка частка витрат на ліки на рівні ПМСД, стаціонарів і амбулаторної допомоги в платежах готівкою з власної кишені?

119. Який зв'язок існує між платежами і використанням основних послуг з НІЗ? Чи існують офіційні або неофіційні платежі, які стримують використання основних послуг з НІЗ, зокрема здійснення діагностики та подальшого спостереження у лікаря? Чи заважає система стягування плати за послуги формуванню постійних відносин між хворими на НІЗ і надавачами допомоги?
120. Як цінова доступність лікарських засобів впливає на дотримання встановленого режиму медикаментозного лікування?



