проведенню аналізу здоров'я спільноти, виділенню групи ризику, розробці та оцінці проекту, партнерству з місцевими медичними установами і відділами охорони здоров'я. По завершенню модуля учасники курсу зможуть: проводити оцінку стану здоров'я населення в контексті профілактики і боротьби з ВІЛ (методи, показники); розуміти принципи оцінки проекту та результатів програм охорони здоров'я для спільнот (методи, індикатори, вимір індикаторів); розуміти роль соціальної справедливості, культурних і соціальних детермінант здоров'я в оптимізації здоров'я на рівні спільноти.

Модуль ІІ. Концепція якості в охороні здоров'я. Модуль представляє базові концепції якості в охороні здоров'я. Студенти отримають навички, необхідні для контролю якості реалізації профілактичної програми, включаючи написання стандартної операційної процедури (СОП), вибір і первинний аналіз індикаторів якості, розробка моніторингового опитувальника. По завершенню модуля учасники курсу зможуть: дати визначення якості в практиці охорони здоров'я; охарактеризувати типи індикаторів (змінних), що використовуються в громадській охороні здоров'я; визначити загальні помилки при зборі та аналізі індикаторів; моніторувати і аналізувати якість обслуговування / реалізації профілактичної програми, застосовуючи СОП, індикатори, запитальники моніторингу.

Модуль ІІІ. Моніторування якості медсестринських послуг в контексті досягнення цілей 90-90-90. У модулі розглядається функції і обов'язки менеджера за якістю середньої ланки в проведенні профілактики і лікування ВІЛ інфекції в контексті досягнення цілей 90-90-90. Практичні заняття будуть спрямовані на закріплення лекційного матеріалу. По завершенню навчального курсу учасники курсу зможуть: застосовувати підхід управління якістю до послуг і програм, спрямованих на досягнення цілей 90-90-90; розуміти, як пілотні проекти впливають на практику тестування на ВІЛ; розуміти концепцію клінічного менеджменту ВІЛ інфекції; розробити індивідуальний план профілактики та моніторингу для первинного пацієнта з ВІЛ інфекцією. Враховуючи практичну направленість даної програми, наприкінці навчання слухачі повинні оволодіти наступними практичними навичками: вміти робити аналіз здоров'я спільнот, аналізувати проекти профілактичної програми, вміти самостійно написати СОП, скласти опитувальник для моніторингового візиту, проводити аналіз індикаторів якості, написати персоналізований план профілактики та моніторингу для первинного пацієнта з ВІЛ інфекцією.

Висновки. Підготовка фахівців з питань оцінки якості даних потребує створення сучасних освітніх програм в рамках циклів повторного підвищення кваліфікації викладачів, тематичного удосконалення, а також інших форм підвищення кваліфікації на етапі постійної медичної освіти.

Габорець Ю.Ю., Дудіна О.О., Дудник С.В.

Тенденції захворюваності дитячого населення України

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

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

Динаміка захворюваності дітей мала хвилеподібний характер – рівень захворюваності мав тенденцію до зменшення з 1394,4 на 1000 дітей віком 0-17 років у 2013р до 1286,07 у 2014р. зі збільшенням до 1385,5 у 2015р. і зменшенням до 1291,69 у 2017р.

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

На високих рівнях залишається захворюваність дитячого населення соціально значимими хворобами – туберкульозом і злоякісними новоутвореннями: туберкульозом 11,7 на 100тис. відповідного населення у 2013р. і 11,6 у 2017 р., у т. ч. туберкульозом органів дихання 10,4 і 10,2 відповідно, а злоякісними новоутвореннями – 12,13 і 12,13 відповідно.

Динаміка захворюваності дітей на хламідійні інфекції, трихомоніаз і урогенітальний мікоплазмоз також мала спадну тенденцію і становила відповідно у 2013 і 2017 рр. 3,98 і 1,17; 15,46 та 6,15 і 6,88 та 2,27.

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

Несприятливими відносно рівня захворюваності дитячого населення у 2017 році (≥ 1500) залишаються Київська, Івано-Франківська, Житомирська, Дніпропетровська області та м. Київ.

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

Така ситуація щодо захворюваності та її відмінності у розрізі регіонів свідчать про те, що зростання захворюваності пов'язане із соціальними, екологічними та економічними чинниками, які є стрижневими у політичному і громадському розвитку країни, і про необхідність пильної уваги до вирішення проблем, як на рівні держави, так і на рівні сфери охорони здоров'я.

Глембоцька А.В.

Збереження здоров'я працюючого населення України

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

Здоров'я – одна із головних потреб людини і передумова реалізації її можливостей та здібностей. Саме тому в Конституції України зазначено, що життя, здоров'я і безпека людини визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.

Слід зазначити, що в політиці охорони здоров'я важливим є не лише питання розвитку медицини, ефективність її діяльності, а, передусім – питання збереження здоров'я населення, тобто – вирішення питань першопричин, а не наслідків. Адже вплив медичної системи на стан охорони здоров'я громадян знаходиться в межах 8-10 %. Визначальними є превентивні заходи, які попереджають виникнення захворювань і сприяють збереженню здоров'я.

Україна, як й інші країни Європи, глибоко зацікавлена в збереженні здоров'я нації і як складової – поліпшенні умов праці робітників на підприємствах зі шкідливими виробничими чинниками та в профілактиці професійних і виробничо обумовлених захворювань, що є основою збереження трудового потенціалу та продовження якісного працездатного довголіття населення.

За даними Держстату з 1998 року чисельність населення України скоротилася майже на 9 млн осіб з 52,2 млн до 42,6 млн. Щорічно Україна втрачає близько 600 тис. своїх громадян, третину яких становлять люди працездатного та репродуктивного віку.

Найвища смертність осіб у працездатному віці відіграє основну роль у формуванні низького рівня тривалості життя населення, який складає 72 роки (чоловіки – 66,3 роки, жінки – 76,3 роки), що значно нижче порівняно з іншими європейськими країнами.

У 2017 році кількість працюючого населення України становила 16,4 млн осіб. Щороку в Україні на виробництві травмуються близько 20–25 тис., з яких майже 1,0–1,5 тис. із смертельним наслідком. До 2015 року у працівників в Україні щорічно виявлялось в середньому 5,0–7,0 тис. професійних захворювань. На сьогодні спостерігається значна кількість прихованої професійної патології, що підтверджується значним зниженням кількості встановлених професійних захворювань у 2015-2017 роках до 1750 випадків.

Як приклад, за даними Міжнародної організації праці у світі щорічно реєструється близько 160 млн випадків професійних захворювань. У США кількість встановлених професійних захворювань знаходиться в межах 125-350 тисяч на рік, у Канаді – 77-112 тисяч, у Росії – 9-12 тисяч.

Ризик загибелі та травмування працівників на 100 тис. працюючих на робочих – місцях в Україні вищий у 8,5 рази у порівнянні з Великобританією, у 3 рази – з Японією, у 2 рази – з Німеччиною. Причини майже 73 % нещасних випадків і аварій на виробництві в Україні є організаційними, 14 % – технічними, 13 % – психофізіологічними.

Ситуація, що склалась пояснюється не тільки змінами у структурі виробництва, але й у небажанні власників забезпечити виявлення професійних захворювань на ранніх стадіях їх розвитку, щоб уникнути витрат на лікування та реабілітацію потерпілих. Значну роль відіграє незацікавленість самого працівника у виявленні профзахворювань через страх втратити роботу, а також недостатній рівень медико-санітарної та спеціалізованої профпатологічної допомоги.

Відсутність постійного системного моніторингу умов праці й стану здоров'я працівників, не дозволяє отримувати об'єктивну оцінку і прогнозувати вплив умов праці на захворюваність працюючого населення та обґрунтовувати ефективні заходи профілактики, що в кінцевому результаті призводить до значних соціально-економічних збитків.

Досвід світової медичної науки переконливо свідчить, що стан здоров'я працюючого населення залежить від впливу багатьох виробничих факторів – фізичних, хімічних, біологічних, психологічних, що можуть бути безпосередньою причиною розвитку професійно обумовлених захворювань, отруєнь і травм. Згідно з даними ВООЗ, 3–5 % ВНП розвинених країн втрачається внаслідок небезпечного й нездорового виробничого середовища.

За даними Інституту медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України та Інституту економіки НАН України (2012 р.), економічні та медико-соціальні втрати від професійних захворювань в Україні складали 1,14% ВВП, а саме:

- прямі втрати суспільства від професійної патології – 14,04 млрд. грн.;