

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2021.227145
УДК 613+614.2:330.131.5(477)+616-057

Нагорна А.М., Басанець А.В., Кононова І.Г., Медведовська Н.В., Гвоздецький В.А.

Стан здоров'я населення працездатного віку та ефективність функціонування системи охорони здоров'я України

ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України», м. Київ, Україна

antoninagornaya@gmail.com, a_basanets@meta.ua, ntgu@ukr.net, medvedovsky@ukr.net, viktorhvozdeckij431@gmail.com

Нагорная А.М., Басанец А.В.,
Кононова И.Г., Медведовская Н.В., Гвоздецкий В.А.
**Состояние здоровья населения трудоспособного
возраста и эффективность функционирования
системы здравоохранения Украины**
ГУ «Институт медицины труда
им. Ю.И. Кундиева НАМН Украины»

Nahorna A.M., Basanets A.V.,
Kononova I.G., Medvedovska N.V., Gvozdetskiy V.A.
**The state of health of the working age population and
the effectiveness of the health care system in Ukraine**
SI "Kundiiev Institute of Occupational Health
of the NAMS of Ukraine"

Вступ

Здоров'я працюючих обумовлює кількість і якість трудового потенціалу країни, який забезпечує добробут населення, економічне зростання, обороноздатність, незалежність держави. Демографічна криза в Україні є віддзеркаленням соціально-економічних процесів, що відбуваються в країні, і вимагає концентрації дій, спрямованих на забезпечення здоров'я населення працездатного віку. У показниках здоров'я працюючих відображається вся складна дія екологічних, генетичних чинників, якості медичної допомоги, способу життя, а також умов праці і трудового процесу (дія фізичних, хімічних, біологічних факторів, тяжкості і напруженості праці, іноді з небезпекою для здоров'я і життя особистого і оточуючих). Реалізація цього важливого завдання щодо збереження здоров'я працюючих повинно бути важливою складовою соціальної політики держави.

Мета роботи: надати характеристику стану здоров'я населення працездатного віку та ефективності функціонування системи охорони здоров'я України.

Матеріали та методи

При виконанні роботи були використані статистичні показники Держкомстату України, Центру статистики МОЗ України, Фонду страхування України, Наукові звіти ДУ «Інститут медицини праці ім. Ю.І.Кундієва НАМН України» за останнє десятиріччя.

Результати дослідження та їх обговорення

Стан загального та професійного здоров'я населення працездатного віку

Демографічні показники (2005–2018 рр.). Аналіз показників, що проводився за даними офіційної

статистики, свідчить, що у віковій структурі населення із загальної чисельності населення особи молодше 14 років складають 13,7–15,0%, проти –20,0–22,7% у попередні роки, що свідчить про зниження резерву трудового потенціалу в майбутньому. В Україні вже у наступні роки потреба в трудових ресурсах у провідних галузях промисловості може бути задоволена лише на 38–44%, що загрожує колапсом кадрового забезпечення виробництва, особливо в таких галузях, як металургійна, хімічна та коксохімічна, вугільна, гірничо-збагачувальна, енергетична промисловість. Важливим демографічним показником, що характеризує трудовий потенціал, є смертність населення. Вже багато років в Україні показники смертності населення працездатного віку мають розбіжності між чоловіками і жінками в 3,66 рази (табл. 1). Смертність осіб працездатного віку значно знижує середню очікувану тривалість життя у чоловіків, здебільшого (70%) смертність у них припадає на вік 30–60 років. Третина населення не доживає до завершення періоду трудової діяльності (65 років). Відмічається значний розрив у рівнях чоловічої (66,73) і жіночої (76,46 років) середньої тривалості життя, на початок 2018 року він дорівнював 9,7 року [5].

Відомо, що гендерні відмінності тривалості життя зумовлені біологічними і генетичними чинниками, і становлять 1,9 року, тоді решта розриву (7,8 років) визначається розбіжностями самозбережувальної поведінки чоловіків і жінок. Чоловіча «надсмертність» формується, в основному, за рахунок соціально-гігієнічних факторів, шкідливих і небезпечних умов праці, нічних змін, високого рівня фізичного навантаження, нервово-емоційного напруження (оператори, керівні посади), частішого ніж у жінок вживання алкоголю, тютюну тощо. Дослідниками Інституту демографії НАН України проведено оцінку «запобіжної» смертності населення працездатності віку, тобто смертності від

причин, яким можливо було б запобігти за умови належної медичної допомоги і різних технологій первинної, вторинної та третинної профілактики, що залишається актуальною в теперішній час. Тільки з передчасної смерті населення щорічно країна втрачає біля 4 млн років потенційного життя, відповідно недовироблене національного продукту на 47,9–89,1 млрд грн при тому, що більшість втрат обумовлена передчасною смертю чоловіків. Рівні смертності серед населення працездатного віку за окремими класами хвороб найвищими є від хвороб системи кровообігу, новоутворень, травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин. Серед зовнішніх причин в останні 5 років додалося багато

випадків смертей внаслідок бойових дій, навмисних вбивств. Залишаються високими рівні смертності від самогубств, від дії вогню, отруєння алкоголем і іншими отруйними речовинами, випадковими утопленнями.

Недосконалість системи профілактики професійних захворювань чинить серйозний негативний вплив не тільки на працівників та їх сім'ї, а й на суспільство в цілому. Йдеться про вартість втрат через зниження продуктивності праці і навантаження на систему соціального забезпечення.

Зайняте населення зменшилось на 35,0% від 1995 р., коли його кількість складала 23,72 млн чол., в 2018 році – 16,36 млн [19].

Таблиця 1. Смертність населення України (на 1000 відповідного населення)

	2015	2016	2017	2018
Все населення, у тому числі:	14,9	14,8	14,5	14,8
чоловіки	15,7	15,6	15,3	15,8
жінки	14,0	14,1	13,8	14,0
Все населення працездатного віку*, у тому числі:	4,5	4,4	4,3	4,9
чоловіки	7,0	6,7	6,6	7,5
жінки	2,0	1,9	1,8	2,0

* Працездатний вік: жінки – 16-55 років, чоловіки – 16-60 років [31].

Таке зменшення кількості зайнятого населення пов'язане із «згоранням» деяких видів виробництва, закриттям підприємств, «переміщенням» робочого часу потенціалу до тіньової економіки, а також на роботу за кордоном, до когорти безробітних, до непродуктивної сфери, проведенням військових дій на Сході України, анексії Криму та ін. Збільшилося число працюючих з частковою зайнятістю. Питома вага працівників, переведених з економічних причин на неповний робочий день (тиждень) збільшилася і становить 9,9%. Упродовж року кожен працівник у середньому відпрацював 1628 годин, що становила 86,2% фонду робочого часу, встановленого на підприємствах, що характеризується як зниження ефективності використання робочого часу. Рівень економічної активності населення у працездатному віці дорівнює 72,7%, а рівень зайнятості – 66,1%.

Є дані, що 5,5 млн. працівників сфери малого і середнього бізнесу в Україні перебувають «у тіні», тобто працюють без юридичного оформлення трудових відносин з роботодавцями. Вони практично позбавлені права на цільове медичне обслуговування, пільги та компенсації за важкі та шкідливі умови праці, допомоги у разі нещасного випадку. Мають місце працевлаштування працівників на підставах тимчасових угод без оформлення трудових книжок, у т. ч. незаконне працевлаштування мігрантів, що фактично знімає з роботодавця відповідальність за організацію попередніх та періодичних профілактичних медичних оглядів, створення безпечних умов праці, забезпечення працюючих санітарно-побутовими приміщеннями, спецодягом, засобами індивідуального захисту, що сприяє виникненню професійно обумовлених захворювань і отруєнь.

В Україні змінюються форми власності підприємств, спостерігається тенденція до переходу від великих підприємств до малих та середніх. З 1,97 млн. підприємств за видами економічної діяльності питома вага великих, середніх та малих складає 0,6%, 5,7%, 93,7% відповідно. У 1991 р. в країні нараховувалося 47,1 тис. дрібних підприємств із середнім числом працюючих – 25, до 2018 р. їхня чисельність збільшилася більш ніж в 40 разів – до 1,98 млн. підприємств із середнім числом працівників – до 9 осіб [7].

Це ускладнює контроль за виконанням санітарно-гігієнічних вимог на робочих місцях. Ускладнилися і механізми взаємин між роботодавцями і державними структурами стосовно оцінки професійного ризику, надання пільг і компенсацій за шкідливі умови праці й ушкодження здоров'ю. Уповільнено темпи щодо удосконалення безпеки праці, ослабло керування професійним ризиком здоров'ю працюючих.

Захворюваність працюючих. Наявність соматичних захворювань серед робітників має тяжкі наслідки щодо працездатності і життя людини. Однією з об'єктивних характеристик стану здоров'я трудового потенціалу є показники захворюваності осіб працездатного віку. Серед населення працездатного віку поширеність захворювань, що зареєстрована закладами охорони здоров'я в 2017 році, складає 3,34 млн. випадків, або 1357,1 випадків на 1 тис. відповідного населення (в 2000 році – 1202,9). На кожну працюючу людину припадає майже 1,4 хвороби [8,9].

За останні 15 років поширеність захворювань зросла на 11,4%. Кожна третя-четверта людина серед працюючих має хворобу системи кровообігу, кожна четверта-п'ята – хворобу органів дихання. Захворюваність

працюючих за хворобами системи кровообігу є загальнодержавною проблемою і повинно вирішуватись сумісно не тільки профпатологічною, але і кардіологічною службами.

Найбільш поширеною патологією у працездатному віці є хвороби системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, сечостатевої системи, травми та отруєння (рівні поширеності на 100 тис. осіб працездатного віку відповідно 33349,7, 25039,7, 14835,6, 10883,9, 4590,8). Ці хвороби значною мірою визначають рівень тимчасової втрати працездатності, інвалідності і смертності.

Структуру поширеності захворювань осіб працездатного віку формували переважно хвороби системи кровообігу (24,1%), органів дихання (18,1%), органів травлення (10,76%), хвороби сечостатевої системи (7,9%), нервової системи (7,5%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (3,3%) [17].

Однією з важких захворювань для людини є злоякісні новоутворення. У 2017 році зареєстровано хвороб серед населення працездатного віку за класом «Новоутворення» 759,6 тис. випадків (3135,1 на 100 тис. осіб працездатного віку), що дорівнює 68,5% від загальної захворюваності всього населення. Злоякісні новоутворення складають 2395 на 100 тис. відповідного населення [22].

Серед осіб працездатного віку останніми роками збільшилась кількість випадків хвороб ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин (понад 1,7 млн. осіб), в т.ч. понад 400 тис. осіб з сахарним діабетом.

Звертає на себе увагу поширеність хвороб за класом «Розлади психіки та поведінки», яка у 2018 році дорівнювала понад 961 тис. осіб, або 2277 на 100 тис. населення працездатного віку. Значною соціальною проблемою для країни є поширеність розладів психіки та поведінки від уживання усіх груп токсичних речовин, яка складала 552960 осіб (1238,75 на 100 тис. населення). З них за рахунок уживання алкоголю (хронічний алкоголізм) – 456,2 тис. осіб, (1080,5 на 100 тис.), гострих психотичних алкогольних розладів (алкогольні психози) – 4559,0 (10,8), через уживання наркотичних речовин (наркоманії) – 60,7 тис. (143,5), інших (крім алкоголю, наркотичні) психоактивні речовини (токсикоманії) 1557,0 (3,69 на 100 тис.) [8,17].

Природно, що така кількість населення працездатного віку з розладами психіки та поведінки, має значні медичні, соціальні, моральні і економічні наслідки для суспільства. Ці хвороби часто мають хронічний характер перебігу і потребують значних зусиль як органів охорони здоров'я, так і багатьох державних структур для врегулювання життєвих проблем цієї категорії людей, в т.ч. їх працевлаштування.

Травматизм. На постійно високому рівні залишається смертність населення від нещасних випадків, вбивств, самогубств за рахунок нещасних випадків, пов'язаних з транспортом, вуличним, спортивним, побутовим травматизмом, випадковими і навмисними утопленнями, нещасними випадками, викликаними електричним струмом, вбивствами та навмисними пошкодженнями, травмами на виробництві, бойовими

травмами. Дорожньо-транспортний травматизм є основною причиною смертності й інвалідності. Щороку в Україні гинуть у ДТП біля 3 тис. осіб і понад 30 тис. отримують травми. ДТП в Україні є першою за поширенням причиною смерті молоді в віці 15-24 років. За 15 років ведення офіційної публічної статистики в Україні загинуло в ДТП 74 тис. осіб. 76% травмованих в ДТП в Україні помирають на до госпітального етапі, тоді як в Євросоюзі – 28%. Особливою категорією серед травмованих є військовослужбовці. Також треба враховувати травми внаслідок військових дій. Станом на 14 квітня 2017 року, за даними Міністерства оборони України, бойові втрати становили 2652 військовослужбовців з усіх силових відомств України (ЗСУ, НГУ, МВС, СБУ, прикордонників тощо), а ще 9578 військовослужбовців дістали поранення.

Станом на 28 жовтня 2017 року, за даними Генерального штабу Збройних сил України, з початку проведення АТО бойові втрати склали 10710 військовослужбовців Збройних сил України, з них безповоротні – 2333 (загиблі), санітарні – 8377 (поранені та травмовані внаслідок бойових дій).

Станом на 27 жовтня 2017 року, за даними головного військового прокурора України, небойові втрати (втрати, яких зазнали не під час бою чи провокацій ворога) усіх силових структур України (ЗСУ, НГУ, МВС, СБУ, прикордонників тощо) за час конфлікту на всій території України склали 10 103 людини, з них 2150 – безповоротні (загиблі). Безпосередньо у зоні бойових дій на Донбасі небойові втрати склали 3699 осіб, з яких 935 – безповоротні. Таки втрати суттєво впливають на генофонд України, демографічну ситуацію, трудовий потенціал [4,18].

Виробничий травматизм має тенденцію до зниження, але залишається одним із самих високих в Європі (у 2018 році – 4965 випадків, з них 332 – зі смертельними наслідками). Кількість нещасних випадків на виробництві, які реєструються та визнаються страховими випадками, з 2015 до 2018 року скоротилась з 4260 до 4 126 (на 3,1%), а кількість смертельно травмованих збільшилась з 375 до 409 осіб (на 7,6%).

Зменшення кількості травмованих у країні відбувається не завжди завдяки виваженої державної політики, наполегливої профілактичної роботи щодо попередження виробничих ризиків, а внаслідок значного скорочення промислового виробництва, а також приховуванню нещасних випадків та переведення їх у розряд таких, що не пов'язується з виробництвом. Основні види травм – це переломи черепа, хребта та кісток тулубу, внутрішньо черепні травми, верхніх та нижніх кінцівок, вивихи, розтягнення та травми зв'язок, рани та ушкодження судин, травматична ампутація тощо. З загальної кількості травмованих 56,7% мають віддалені наслідки. При травматизмі кількість днів непрацездатності на одного потерпілого дорівнює 55,4 днів [15,32].

З загальної кількості травмованих в 2018 році працюючих у вугільній промисловості складають 17,6%, в агропромисловому комплексі – 12,2%, у машинобудуванні – 8,8%, у металургійній промисловості – 5,9%, у будівництві та промисловості будівельних матеріалів –

5,0%, в енергетичній галузі – 2,5%, у хімічній, нафтохімічній, нафтопереробній та целюлозній промисловості – 2,9%, у водопровідно-каналізаційному господарстві – 1,4%. На кожну з інших галузей виробництва і соціальної сфери припадає біля 1,0%. Основними галузями, серед працівників яких трапляються нещасні випадки на виробництві, є вугільна промисловість і агропромисловий комплекс.

Безпека гірських робіт залишається серйозною проблемою на Україні; видобуток вугілля у 2018 році знизився до 33,3 млн. т., знизився і рівень смертельного травматизму на шахтах, за останні три роки за кожен мільйон тон видобутого вугілля заплатили життям більше ніж 5 гірників (коефіцієнт – 1,5). Значущим травмуючим фактором на шахтах є гостра серцева недостатність. Тільки з 2015 до 2018 року від нещасних випадків природної смерті на робочому місці чи після виїзду з шахти померло 120 осіб, що залежить від несвоєчасного виявлення хвороб системи кровообігу у гірників під час медичних оглядів чи ухилення явно хворих працівників від щорічних медоглядів, відсутності передзмінного контролю при спуску в шахту, а також фактичній відсутності можливості надання медичної допомоги протягом зміни. За всіма галузями нагляду за останні 4 роки нещасні випадки природної смерті на робочому місці складають 2815.

Найбільші показники нещасних випадків природної смерті на робочому місці визначаються в вугільній та гірничорудній, машинобудівній галузях, на транспорті та в шляхобудівній галузі, в агропромисловому комплексі, в соціально-культурній сфері та торгівлі [15,32].

Переважаючими видами подій, пов'язаних з виробництвом, що призвели до нещасних випадків із смертельними наслідками, були:

- Дорожно-транспортні пригоди та наїзди транспортного засобу – 27% (від загальної кількості загиблих внаслідок нещасних випадків зі смертельним наслідком, пов'язаних з виробництвом);
- Падіння потерпілого – 22%;
- Падіння, обрушення, обвалення предметів, матеріалів, породи, ґрунту тощо – 17%;
- Дія предметів та деталей, що рухаються, розлітаються, обертаються – 12%;
- Ураження електричним струмом – 9%;
- Навмисне вбивство – 3%.

За 2018 рік серед професій з найбільшою кількістю смертельно травмованих на виробництві були: транспортні працівники (водії, трактористи) – 24%, будівельники (монтажники, зварювальники, підсобники) – 16,5%; керівні працівники – 10%; електрики – 7%; працівники агропромислового комплексу – 7%; слюсарі – 6%; шахтарі – 6%.

Аналіз причин виникнення нещасних випадків зі смертельним наслідком за 2018 рік свідчить, що з організаційних причин загинуло 74,0% від усієї кількості загиблих від нещасних випадків зі смертельним наслідком, пов'язаних з виробництвом, внаслідок технічних причин загинуло – 14,0%, через психофізіологічні причини – 12,0%.

За рівнем смертності на виробництві, Україна випереджає всі країни ЄС і має найгірші показники, навіть в порівнянні з колишніми країнами СНД (наприклад, Молдова, Естонія). Про приховування від обліку нещасних випадків, недоліків спеціальних розслідувань свідчать і вкрай низькі показники співвідношення нещасних випадків зі смертельним наслідком до загального числа зареєстрованих нещасних випадків: в середньому 1 до 10 (на 1 нещасний випадок зі смертельним наслідком припадає 10 випадків загального травмування). В європейських країнах співвідношення числа загиблих до числа травмованих складає, наприклад, у Німеччині – 1 до 1260, Словаччині – 1 до 208, Польщі – 1 до 145.

Показники відношення нещасних випадків на виробництві, які закінчились смертельним наслідком, до таких, що не пов'язані з виробництвом, розкривають дуже небезпечну для України тенденцію, при збереженні якої вона може перетворитися чи не в єдину державу у світі, в якій на виробництві реєструються тільки нещасні випадки із смертельним наслідком. Про інші випадки травмування взагалі не будуть інформувати, будуть приховувати від розслідування.

Самогубства. В минулому році коефіцієнт самогубств в Україні склав 16,6 осіб на 100 тис. населення (дані ВООЗ відрізняються: 20,1 на 100 тис. осіб), тобто всього жертвами суїциду стало близько 7 тисяч українців. Самогубство в Україні – друга причина смерті після природних і зовнішніх причин закінчення життя. Випадки суїциду серед молоді – це передовсім соціальна проблема, позначається на психологічному стані оточуючих. За даними медичної статистики самогубства досягають максимальної кількості у віці 15-24 років. У 2018 році на одну жінку, що загибла від самогубства, припадало у середньому 6,7 загиблих чоловіків. Офіційна статистика з цього приводу неповна, тому що реально реєструються лише частка завершених самогубств, випадки отруєнь чи самопоризи лікарі кваліфікують як нещасні випадки чи передозуванням наркотичної речовини. Звітність про невдалі спроби самогубства також неповна, бо спроби самогубства ніде не фіксуються. Але у випадках самогубства в Україні додається ще одна категорія молоді – нинішні і колишні військові. Адже на фронті спосіб життя дуже сильно відрізняється від того, що жителі ведуть на мирній території країни. При цьому дуже важливо розуміти, наскільки учасники бойових дій в АТО (нині ООС) були самі готові вступити в сутичку із зовнішнім агресором. Мобілізація різко, без будь-якої адаптації і "перехідного режиму", змусила молодих призовників піднімати зброю, воювати за свою країну. При цьому добровольці, тобто політично та ідеологічно переконані люди, набагато менше страждають від депресії, дезорієнтації і десоціалізації. Це підтвердило нещодавно проведене дослідження Інститутом психології імені Г.С. Костюка (2018 р.). Психічні порушення і нейропсихологічні особливості: посттравматичний стресовий розлад, психогенна амнезія щодо психотравмуючих подій, конструктивна агресія, почуття провини за те, що вижив, а соратники не змогли тощо, є причиною тому, що щотижня в районі бойових дій суїцид скоюють 2-3 військовослужбовці: тобто з початку військових дій на сході на себе наклали руки понад 500

бійців нашої армії. При цьому ці підрахунки не враховують вже демобілізованих учасників бойових дій [24,25].

Репродуктивне здоров'я. Сучасний стан репродуктивного здоров'я населення свідчить про його певні несприятливі тенденції, що значною мірою знижує можливість трудового потенціалу і погіршує якість життя жінок працездатного віку. Частота пологів у підпорядкованих МОЗ України закладах охорони здоров'я за останні 6 років мала тенденцію до зниження: у дівчат-підлітків 15-17 років – 10,03 та 8,61, у жінок 18-34 років – 73,5 і 65,7, у жінок 35 років і старших 9,14 та 8,6 на 1000 жіночого населення відповідного віку. Поширюється практика дошлюбних та позашлюбних статевих стосунків, що створює додаткові ризики поширення соціально небезпечних інфекційних хвороб. Привертає увагу істотне збільшення частки запальних захворювань репродуктивної системи. Ці захворювання мають найбільш несприятливі наслідки, якщо вони перенесені в підлітковому віці. У 2017 р. поширеність сальпінгітів, оофоритів у дівчат підлітковою віку в середньому в Україні дорівнювала 131,5 на 10 тис. дівчат 15-17 років. Досить високий відсоток юнаків і дівчат за даними медичних обстежень мають низький рівень репродуктивного здоров'я, тобто для багатьох складно або й узагалі неможливо зачати, виносити і народити дитину. З'ясовано, що найбільшу частку серед чоловіків, що страждають на безпліддя, складають чоловіки у віці від 18 до 25 років. Головною причиною цього автори вважають шкідливий спосіб життя, а саме алкоголізм, особливо пивний. Жіноче безпліддя складає 80% шлюбного безпліддя. Основну частку в віковій структурі жіночого безпліддя складають жінки у віці від 25 до 30 років. Переважною причиною жіночого безпліддя є ендокринні розлади. Так, загальною тенденцією, що виявляється багатьма дослідниками при вивченні особливостей сексуальної поведінки сучасної молоді, є зниження середнього віку початку статевого життя. З метою покращення репродуктивного здоров'я в Україні 16 березня 2017 року було опубліковано проект Розпорядження Кабінету Міністрів України «Концепція Загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року» [20].

В Україні аборт все ще залишається одним із методів регулювання народжуваності і його наслідки вважаються основним чинником розладу репродуктивного здоров'я. Кількість абортів складала у 2000 році 434, тис. (34,1 на 1000 жінок, 113 – на 100 пологів). До 2017 року відмічається суттєве зниження – 95 тис. (9,4 на 1000 жінок, 27 – на 100 пологів, але залишається набагато вище ніж у розвинених країнах.

З 2010 року смертність жінок від причин, що пов'язані з вагітністю, пологами та ускладненнями післяпологового періоду зменшилась в 3,4 рази, але цей показник залишається несприятливим, високим, в порівнянні з країнами Європи, і складав у 2017 році 10,7 випадків на 100 тис. живонароджень, в основному за рахунок материнської смертності (9,1) [23,28].

Інфекційні захворювання соціально обумовленого характеру. Викликає занепокоєння статистика захворюваності на деякі інфекційні захворювання, що

мають соціально обумовлений характер – туберкульоз, ВІЛ/СНІД та венеричні хвороби. Медичною і соціальною проблемою залишається епідемія ТБ в Україні, що розпочалась з 1995 року. За цей час спостерігається значна кількість первинних хворих на туберкульоз. В структурі захворюваності серед інших країн Європейського регіону ВООЗ (2018 р.) Україна займає VIII місце. Епідемічна ситуація з ТБ в Україні станом на 01.01.2019 року вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу, враховуючи, що ТБ є соціально небезпечною інфекційною хворобою, основними чинниками якого є політичні, соціальні, економічні аспекти, а наслідки несуть в собі загрозу економіці і національній безпеці нашої держави, що посилюється війною на сході України. Понад мільйон внутрішньо-переміщених осіб (ВПО) розкидані по всій Україні і потребують невідкладної допомоги, включаючи лікування ТБ і ко-інфекції ТБ/ВІЛ. За оціночними даними МОЗ України щогодини в країні реєструється чотири нові випадки захворювання на туберкульоз та один випадок смерті від цієї хвороби. Щороку виявляється 50 тис. і помирає близько 6,5 тис. осіб, хворих на туберкульоз, стільки ж стає інвалідами. Така ситуація зумовлена соціально-економічними та медичними факторами, зокрема зниженням рівня життя населення, недостатнім фінансуванням протитуберкульозних заходів, нестачею кваліфікованих медичних працівників, поширенням хіміорезистентного туберкульозу та ВІЛ-інфекції. У 2018 р. захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, серед усього населення України становило 50,5 на 100 тис. населення, зареєстровано 27121 випадків (2017 р. – 63,9 – 21995 випадків) – зниження рівня захворюваності на 20,9% [33].

Станом на 01.01.2019 р., на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України та під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я перебувало 31221 хворих на всі форми активного ТБ (у 2017 році – 32492). У 2018 році показник поширеності ТБ складав 74,0 на 100 тис. населення проти 76,6 в 2017 році, став на 3,5% нижче, але залишається найвищим в Європі.

Понад 80,0% осіб захворіли на ТБ у працездатному віці – від 18 до 60 років, на вікову групу 25-44 роки припадає 50,13% хворих. Ці показники свідчать про високу соціальну значимість захворюваності на ТБ та економічну збитковість ТБ для держави [17].

Гострою залишається проблема поширеності серед осіб працездатного віку ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Всього з 1987 року в Україні офіційно зареєстровано 330485 нових випадків ВІЛ-інфекції, за цей час від СНІДу померло 47646 людей. Найбільше вражені ВІЧ-інфекцією регіони в країні – це Дніпропетровська, Одеська, Донецька, Київська, Миколаївська області, м. Київ. ООН назвала ВІЛ головною причиною смерті жінок віком 30-49 років. Кількість ВІЛ-інфікованих, що перебували на обліку в медичних закладах, на кінець 2018 року складала 141,6 тис. осіб, або 335,4 на 100 тис. Кількість хворих на СНІД – 43,9 тис., або 103,9 випадків на 100 тис. населення. Ситуація з цією патологією є найгіршою в Європі. Це знижує трудовий потенціал, погіршує репродуктивне здоров'я населення, є важким

тягарем для системи охорони здоров'я, завдає значних економічних втрат державі і спричинює несприятливий соціальний статус людині з певної стигми суспільства до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД [30].

Поширеність захворювань серед осіб працездатного віку, що передаються статевим шляхом, притаманна особам найчастіше молодого віку, що знижує не тільки працездатність і продуктивність праці, а і впливає на репродуктивне здоров'я населення. Наявність приватних клінік, лікарів, самолікування, відсутність санепіднагляду призводить до некерованості процесу обліку, реєстрації, проведення запобіжних заходів щодо поширеності цього виду патології. І при такої системі обліку хворих у 2018 році з вперше в житті встановленим діагнозом венеричного захворювання сифілісу, гонококової інфекції, хламідіаза, трихомоніаза, уrogenітального мікоплазмозу захворюваність складає 177,8 тис. випадків (95,4 на 100 тис. осіб працездатного віку) [30].

Інвалідність. На тлі розглянутих закономірностей щодо формування стану здоров'я працюючого населення природним виглядає розподіл кількості визнаних осіб з інвалідністю за класами хвороб серед населення у віці 18 років і старшому. Якщо в кінці 80-х років загальне число осіб з інвалідністю становило близько 3% всього населення, то на сьогодні це вже близько 6,1% від загальної чисельності населення України. Станом на 1 січня 2019 р. в Україні понад 2,8 млн. людей мають статус інваліда. Понад 80% інвалідів в Україні – це люди працездатного віку. Найбільш поширеними хворобами, які призводять до інвалідності, є хвороби системи кровообігу (24,4%), новоутворення (20%), хвороби кістково-м'язової системи (11,1%), хвороби очей (3,7%), ендокринні хвороби, розлади харчування і порушення обміну речовин (4,2%) [16].

Крім перелічених вище нозологій, за останній рік із загальної кількості осіб з інвалідністю внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання 89,5% – у працездатному віці [27].

Стан професійної захворюваності в Україні (матеріали наведені за результатами наукових звітів НДР ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України» [13]. Значною складовою здоров'я працюючого населення є професійна захворюваність.

Характерною особливістю динаміки показників професійної захворюваності є перевищення темпів зростання показника захворюваності над темпами зростання абсолютної кількості хворих. Рівень професійної захворюваності не відображає стану умов праці. Динаміка профзахворюваності за останні 6 років свідчить про відсутність будь-яких закономірностей. Коливання її були від 5860 випадків (5,3 на 10 тис. працюючих) у 2013 році до 1903 (1,2 на 10 тис. працюючих) у 2018 році (табл. 2).

Динаміка професійної захворюваності в Україні за останні 6 років (2013-2018) характеризується зменшенням кількості хворих на профзахворювань з 5860 до 1903. Такі ж тенденції спостерігаються і відносно рівня професійної

захворюваності в цей період – він зменшився з 5,3 до 1,2 на 10 тис. працюючих. Різке зниження кількості хворих та рівня професійної захворюваності відносно попереднього періоду можна пояснити зміною системи нагляду за умовами праці та станом здоров'я працюючих, недостатністю нормативного регулювання медичного забезпечення робітників, а також проведенням військових дій в східних регіонах.

Таблиця 2. Показники професійної захворюваності в Україні в 2013-2018 роках [13]

Рік	Кількість постраждалих	Рівень на 10 тис. працюючих
2013	5860	5,3
2014	4352	4,1
2015	1761	1,1
2016	1599	1,0
2017	1951	1,2
2018	1903	1,2

Особливість регіонального розподілу потерпілих обумовлена структурою виробництва – Основна кількість випадків профзахворювань зосереджена у областях з розвинутою видобувною та переробною промисловістю: в Дніпропетровській, Львівській, Луганській, та Донецькій областях. Необхідно зазначити, що, починаючи з 2015 р., кількість виявлених хворих в Донецькій та Луганській областях значно зменшилась, що пов'язано з проведенням військових дій в цій зоні. Значно менша, ніж у вказаних вище областях, кількість потерпілих реєструвалася у Волинській, Запорізькій, Кіровоградській, Сумській, Харківській і Тернопільській областях.

Показники професійної захворюваності на 10 тис. працюючих свідчать, що найбільш високі її рівні, значно вищі, ніж середній по країні, спостерігались в Львівській, Донецькій, Луганській та Дніпропетровській областях.

Стан професійної захворюваності в Україні має особливості щодо її рівнів і розподілу потерпілих за видами економічної діяльності (табл. 3). Найбільша кількість хворих спостерігається у добувній промисловості. Питома вага їх в структурі профзахворювань має 77,5-85,7%. 57,1-78,1% від усіх хворих на професійні захворювання у добувній промисловості реєструються в сфері видобування кам'яного вугілля (вугільна промисловість). Показники професійної захворюваності на 10 тис. працюючих у цій галузі протягом усіх років у багато разів перевищують як рівень по країні в цілому, так і по всім без винятку іншим видам економічної діяльності. З 2013 року кількість хворих у вугільній промисловості зменшилась з 4576 до 1338 в 2018 р. Поступове щорічне зменшення кількості випадків до 1000-1300 випадків в останні роки, скоріш за все, пов'язано з проведенням військових дій та руйнацією і закриттям підприємств вугільної промисловості в східних регіонах.

Таблиця 3. Динаміка професійної захворюваності в Україні за основними галузями відповідно КВЕД (2013-2018 рр.) [13]

Галузі	2013		2015		2016		2017		2018	
	Кількість випадків	Питома вага (%)	Кількість випадків	Питома вага (%)	Кількість випадків	Питома вага (%)	Кількість випадків	Питома вага (%)	Кількість випадків	Питома вага (%)
Промисловість, в тому числі:	5560	94,9	1639	93,1	1525	95,3	1810	95,8	1837	96,5
Добувна промисловість, в тому числі:	5023	85,7	1365	77,5	1307	81,7	1612	82,6	1580	83,0
- видобування кам'яного вугілля (вугільна промисловість)	4576	78,1	1006	57,1	1030	64,4	1367	70,1	1338	70,3
- видобування залізної руди	258	4,4	238	13,5	195	12,2	160	8,2	152	8,0
- видобування уранової і торієвої руд	85	1,5	82	4,7	62	3,9	74	3,8	74	3,9
Переробна промисловість, в тому числі:	528	9,0	269	15,3	215	13,5	255	13,1	257	13,5
- металургійне виробництво	147	2,5	97	5,5	66	4,1	57	2,9	52	2,7
- виробництво машин та устаткування (машинобудування)	246	4,2	137	7,8	100	6,3	143	7,3	162	8,5
Виробництво та розподілення електроенергії, газу та води	9	0,2	5	0,3	3	0,2	3	0,1	3	0,2
Сільське господарство	13	0,2	7	0,4	5	0,3	9	0,5	7	0,4
Будівництво	157	2,7	27	1,5	16	1,0	17	0,9	21	1,1
Діяльність транспорту та зв'язку	7	0,1	3	0,2	3	0,2	9	0,5	4	0,2
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	46	0,8	36	2,0	30	1,9	30	1,5	22	1,2
Інші галузі	77	1,3	49	2,8	20	1,3	16	0,8	12	0,6
Всього в Україні	5860	100,0	1761	100,0	1599	100,0	1951	100,0	1903	100,0

Друге рангове місце за кількістю хворих на профзахворювання у добувній промисловості має видобування залізної руди – 4,4-13,5% від загальної кількості професійних захворювань в Україні. Меншою, але дуже важливою групою професійних захворювань в добувній промисловості, є видобування уранових і торієвих руд (1,5-4,7% у вказані роки) – саме ця галузь дає найбільшу кількість онкологічної патології через такий небезпечний виробничий фактор, як іонізуюче випромінювання.

Переробна промисловість є другою за кількістю хворих на професійні захворювання (9,0-15,3% від усіх випадків в країні). Значними складовими, що формують основну кількість випадків професійних захворювань в цій промисловості, є металургійне виробництво (1,5-4,1%) та виробництво машин та устаткування (4,2-7,8%).

Спостерігаються низькі показники профзахворюваності в будівництві – в останні роки відбувається значне зменшення кількості випадків з 131 в 2014 році до 16-21 в 2016-2018 роках та в охороні здоров'я (в 2018 році було зареєстровано 22 хворих).

Професійна захворюваність медичних працівників останніми роками зростає, в основному, за рахунок туберкульозу органів дихання (67,6% усіх випадків),

захворювань алергічного генезу (11,9%), захворювань шкіри (3,3%) та сироваткового гепатиту (2,8%). Аналіз розповсюдження професійного туберкульозу свідчить, що найчастіше ця хвороба реєструється серед працюючих осіб працездатного віку (90%). З них найбільший відсоток – у віці 25-34 роки (32%), а в 10% випадків – навіть у віці 20-25 років. Професійне захворювання у молодому працездатному віці має край негативне соціальне значення, серйозні медичні наслідки, а також значні економічні витрати.

Наші дані збігаються з результатами аналізу вікового розподілу хворих на ТБ серед населення України: 75% осіб, які захворіли на ТБ, працездатні за віком – від 18 до 54 років, на вікову групу 25-44 роки припадає 50,1% хворих. Значна кількість хворих працездатного віку вилучається з виробничого процесу на довгий час. У статевому співвідношенні хворих на професійний туберкульоз легень переважають особи жіночої статі (82,9%, середнє статеве співвідношення Ч/Ж = 0,2, від 0,1 до 0,4), на відміну від загальнопопуляційних характеристик захворюваності на туберкульоз, де переважають особи чоловічої статі (в 2,4 рази).

Середній вік чоловіків, що захворіли на професійний туберкульоз, залишається низьким – 45,7±

1,03 років, а середній стаж при цьому дорівнює $15,4 \pm 0,75$ рокам. У жінок середній вік хворих достовірно нижчий – $37,4 \pm 0,65$ роки при середньому стажі $10,5 \pm 0,46$ років.

Ця вікова категорія є основним робочим ресурсом країни та найбільшим платником податків, тож очевидно, що це спричинює негативний вплив епідемії туберкульозу на економічний стан держави.

В агропромисловому комплексі України, який є одним з найбільших і найважливіших секторів вітчизняної економіки, протягом всього періоду спостереження відбулось стійке зменшення щорічних вперше виявлених хворих з 46 в 2013 році до 7 в 2018 році. Структура професійної захворюваності в сільському господарстві протягом вивчених років лишалася майже незмінною: на першому місці – захворювання кістково-м'язової системи та сполучної тканини, на другому – вібраційна хвороба, на третьому – хронічний бронхіт, далі група «інші» захворювання, профотруєння, нейросенсорна приглухуватість і пневмококіоз. Значно зменшилася кількість отруєнь хімічними речовинами та випадків нейросенсорної приглухуватості. Майже перестали реєструватись у сільгоспробітників професійні дерматози – за останні 10 років лише 3 випадки, що пов'язано із відсутністю необхідної лабораторної та інструментальної бази в представників сільської медицини. Необхідно відзначити, що «зниження»

кількості професійних захворювань на тлі несприятливих умов праці пов'язане з труднощами обліку та контролю за працюючими в сільському господарстві, погіршенням медичного, профпатологічного обслуговування сільського населення. У працівників сільського господарства підозра на профзахворювання частіше встановлюється при зверненні (у 80–90% випадків), ніж при проведенні медичних оглядів на пізніх стадіях захворювань, коли вже відбулися незворотні зміни в організмі працівника.

Найбільша кількість хворих на професійну патологію припадає на захворювання органів дихання, що викликані дією пилу та деяких токсичних речовин (табл. 4). Цю групу захворювань формують пневмококіоз, хронічний бронхіт (пилової та токсико-пилової етіології) та ХОЗЛ (найчастіше поєднує в собі два захворювання – хронічний бронхіт та емфізему), на які припадає 40-80% від щорічно зареєстрованих у країні хворих. Кількість хворих на пилові захворювання органів дихання значно зменшилась з 4041 в 2013 році до 928-955 в 2017-2018 роках. Слід звернути увагу на захворюваність професійним туберкульозом (коніотуберкульозом) серед шахтарів (ГРОЗ, майстер підземний, прохідник підземний, електрослюсар підземний, майстер-підрильник, машиніст гірничих виймальних машин підземний, гірничий технік тощо), який складає 13,0% від загальної кількості ТБ професійного генезу.

Таблиця 4. Розподіл випадків професійних захворювань за діагнозами серед працюючих в Україні в 2013-2018 роках (абсолютна кількість та відсоток в структурі профзахворювань) [13]

Форми патології	2013		2015		2016		2017		2018	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Загалом в Україні, в тому числі:	5860	100,0	1761	100,0	1599	100,0	1951	100,0	1903	100,0
Хвороби органів дихання, в тому числі:	4041	83,2	896	50,9	713	44,6	928	47,6	955	50,2
пневмококіоз	1551	26,5	198	11,2	148	9,3	190	9,7	157	8,3
хронічний бронхіт	738	12,6	244	13,9	227	14,2	313	9,7	204	10,7
ХОЗЛ	1734	29,6	432	24,5	319	20,0	416	21,3	594	31,2
Вібраційна хвороба	246	4,2	134	7,6	143	9,0	176	9,0	156	8,2
Сенсоневральна приглухуватість	245	4,2	71	4,0	60	3,8	76	3,9	63	3,3
Патологія опорно-рухового апарату, в тому числі:	1238	21,2	601	34,1	640	40,0	710	36,4	691	36,3
- викликана ураженням кістково-м'язової системи та сполучної тканини	227	3,9	19	1,1	10	0,6	12	0,6	8	0,4
- викликана ураженням нервової системи	1011	17,3	582	33,0	630	39,4	698	35,8	683	35,9
Інфекційні захворювання, в тому числі:	42	0,7	35	2,0	29	1,8	32	1,6	24	1,3
туберкульоз	42	0,7	35	2,0	28	1,8	32	1,6	23	1,3
Злоякісні новоутворення	16	0,3	21	1,2	17	1,1	14	0,7	9	0,4

Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2	0,03	-	-	-	-	1	0,1	-	-
Хвороби хімічної етіології	139	2,4	93	5,3	56	3,5	40	2,1	68	3,6

Наступне місце у загальній структурі професійної захворюваності займає патологія опорно-рухового апарату – 17,4-36,4% від усіх постраждалих від профзахворювань. В абсолютних цифрах це становить 601-1238 хворих щорічно. В останні роки у нас з'явилась можливість розмежувати цей вид патології на захворювання, викликані ушкодженням кістково-м'язової системи та сполучної тканини, та хвороби, викликані ушкодженням нервової системи. В більшості своїй група захворювань опорно-рухового апарату професійного генезу формується за рахунок вражень периферичної нервової системи (81-87% від усієї групи) – вегето-сенсорної поліневропатії та різних радикулопатій. До меншої частки, що включає хвороби кістково-м'язової системи (13-19%), входять артрити, періартрити, епіконділіти, спондиліоз, асептичний некроз тощо.

Гігієнічна недосконалість обладнання, машин і механізмів, що генерують підвищені рівні шуму і вібрації, продовжують бути причиною формування у працюючих вібраційно-шумової патології. До її складу входять вібраційна хвороба і сенсоневральна приглухуватість, на частку яких припадає за роки спостереження відповідно 4,2-9,0% та 2,6-4,2% від всієї профпатології в країні в цілому. Найчастіше вібраційно-шумова патологія спостерігається у працюючих у вугільній галузі.

Вібраційна хвороба посідає в структурі захворюваності третє рангове місце, на неї припадає за роки спостереження від 143 до 246 хворих щорічно з явно вираженою тенденцією до зменшення. Кількість щорічно зареєстрованих хворих на сенсоневральну приглухуватість за період 2013-2018 рр. знаходиться в межах 60-245 випадків і також простежується тенденція до зменшення кількості випадків. Слід зауважити, що як більшість випадків вібраційної, так і шумової патології, виявляється у осіб, що піддаються одночасному впливу локальної вібрації і шуму, що працюють із застосуванням різного роду пневмоінструментів (перфоратори, свердла, обрубні молотки тощо).

Питома вага захворювань хімічної етіології в загальній структурі професійної захворюваності за вказаний період складала 2,1-5,3%. Абсолютна кількість була 40-140 випадків в різні роки з тенденцією до зменшення. До цієї групи входять такі захворювання, як контактний дерматит, токсична енцефалопатія, хронічні респіраторні стани, викликані хімічними речовинами, газами, димами і парами, бронхіальна астма, флюороз, злоякісні новоутворення, порушення крові і кровотворних органів тощо, для більшості з них характерний тривалий і важкий перебіг та втрата працездатності.

У період з 2013 по 2018 рр. професійна патологія реєструється в основному (> 90%) у чоловіків. Більшість потерпілих має стаж роботи в професії більше 10 років, значна їх частина знаходиться у віці від 20 до 40 років, що свідчить про тривалий латентний період експозиції

шкідливого фактору. Вікова структура хворих на професійні хвороби визначається значною кількістю осіб у віці 50-54 років (15,0%) і в пенсійному віці (до 40,0%), більшість з них старше 60 років (23,0%), що значною мірою відображає процес «постаріння» постраждалих, але також може свідчити про пізнє виявлення профпатології у осіб, що раніше одержали пенсію на загальних підставах. На молодий вік – до 29 років, за останні роки припадає 3,0% від усіх потерпілих.

Середній вік і середній стаж роботи виникнення професійних захворювань, майже за всіма видами патології, порівняльне невеликий як серед чоловіків так і серед жінок, більшість профзахворювань діагностується в віці біля 50 років при стажі роботи – 17,6–21,3 років без тенденції до збільшення середнього стажу потерпілих.

Це положення стосується всіх окремо взятих форм професійної патології, причому періоди їхнього формування відрізняються вкрай незначно. Однак слід звернути увагу, що найменший період формування професійної патології спостерігається для захворювань туберкульозу – 13,0 років, опорно-рухового апарату – близько 17 років. При цьому вік потерпілих складає 41-46 років.

Професійний склад потерпілих становить більше 200 професій. У переліку професій найбільш питома вага припадає на працівників вугільної промисловості. За допомогою Фонду соціального страхування в Інституті був проведений аналіз по розрахункам накопиченої професійної захворюваності за 2010-2014 р. р. Кількість професійних хворих в Україні складає понад 200 тис. осіб.

Фактори ризику загального та професійного здоров'я працюючого населення в Україні. Вибір факторів ризику базувався на висновках щодо методології оцінки стану здоров'я населення, впливу навколишнього середовища, в тому числі виробничого середовища, на виникнення загальної та професійної захворюваності працюючого населення. Оцінка умов праці та важкості та напруженості праці оцінювались за Державними санітарними нормами та правилами «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» [3,6]. Гігієнічна класифікація розподіляє умови праці на 4 класи: від оптимального (1 клас) та допустимого (2 клас) до 3 класу (шкідливі умови праці) першого ступеню (3.1), другого (3.2), третього (3.3), четвертого (3.4) та 4 класу (небезпечні умови праці), що створюють загрозу для життя, високий ризик виникнення гострих професійних уражень, в тому числі і важких форм.

Професійні фактори. За даними Держкомстату України³ кількість працюючих в основних галузях економіки в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам і вимогам, становить 836,6 тис. осіб, або

28,4% від облікової кількості штатних працівників (табл. 5). Кожний третій працює в умовах, що перевищують ГДК і ГДР. При цьому найгірші умови праці мають місце у видобувній промисловості (вугільна) та переробній (хімічна, металургійна, машинобудування). Одним з показників характеристики факторів ризику професійних захворювань виступає фактор часу, який переважно дорівнює 13-20 років праці в шкідливих умовах. Факторами ризику виникнення травм на виробництві і

профзахворювань є незадовільний стан умов і безпеки праці, наявність недосконалих технологічних процесів, фізично зношеного і морально застарілого обладнання, машин і механізмів, які не відповідають безпеці здоров'я і життю працівників, відсутність належного забезпечення працюючих засобами колективного та індивідуального захисту, невідповідність робочих місць вимогам санітарно-гігієнічних норм, недостатня свідомість працівників щодо збереження свого здоров'я тощо.

Таблиця 5. Стан умов праці працівників за окремими видами економічної діяльності в 2017 році* [3]

	Кількість працівників, що працюють в умовах, які не відповідають санітарно-гігієнічним нормам		З них працюють в умовах, що перевищують ГДК і ГДР, (%)						
	всього, тис. осіб	у % до облікової кількості штатних працівників	хімічні фактори	мікроклімат	вібрація (локальна, загальна)	шум, інфразвук, ультразвук	важкість праці	напруженість праці	біологічні фактори
Всього, в тому числі:	836,6	28,4	11,0	12,7	3,7	16,1	10,7	12,8	0,2
Сільське господарство	42,5	12,6	3,1	4,8	3,7	5,1	3,2	3,0	0,4
Добувна промисловість і розроблення кар'єрів	144,5	67,9	26,9	37,0	12,2	42,8	35,2	40,3	0,1
Переробна промисловість (хімічна, металургійна, виробництво машин тощо)	333,7	27,8	13,5	13,0	2,1	16,8	9,7	10,8	0,1
Будівництво	26,1	20,5	7,9	10,5	4,0	11,8	11,2	10,4	-
Транспорт та зв'язок	147,2	23,5	4,7	6,3	4,8	13,6	8,2	14,8	0,1

* Інформацію за 2017 р. наведено без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Шкідливі звички. Особливу стурбованість викликає проблема тютюнопаління. Це зумовлено масштабністю шкоди паління для здоров'я. За статистичними даними стосовно реалізації тютюнових виробів і результатами опитування населення в Україні кількість тих, хто палить, збільшується, особливо серед представників жіночої статі. Уже до 18 років 82% юнаків та 72% дівчат мають досвід паління. Особливо негативним є те, що серед жінок у дітородному віці (20-39 років) палять 25-30%. Не менше турбує паління серед ще молодшої частини населення. Так, серед молоді віком 17-18 років, за різними даними, цією шкідливою звичкою уражені від 50 до 74%.

Рівень захворюваності серед молоді на хронічний алкоголізм залишається високим (0,4 випадків на 10 тис. підлітків). Відповідно до загальноприйнятих міжнародних норм, вимираючою вважається нація, яка вживає понад

8 л чистого спирту на душу населення на рік. Рівень споживання алкоголю в Україні дорівнює 10,2-13,9 л/рік.

Щороку через алкоголізм в Україні помирає понад 40 тисяч людей за даними Національної ради з питань охорони здоров'я. Це близько 8 тис. отруєнь, ще 8 тисяч – кардіопатій, а також інші захворювання і нещасні випадки, пов'язані із вживанням алкоголю. Алкоголь є причиною передчасної смерті майже 30% українських чоловіків. На думку вітчизняних медиків, наразі в Україні нараховується біля 456,2 тисяч лише офіційно зареєстрованих алкоголіків. Чверть алкоголіків в Україні – молоді люди. І це лише за офіційною статистикою. Кожен п'ятий випиває майже щодня. Вживають алкоголь 68% хлопців і 64% дівчат. Найпопулярнішим алкогольним напоєм серед молоді є пиво, вживання його за останні 4 роки зросло удвічі. Україна несе значні фінансово-економічні, трудові та інші втрати через стигматизацію

частини нашого суспільства хворих на алкогольну залежність.

Мединою і соціальною проблемою є широке розповсюдження наркоманії. Перша спроба вживання наркотиків для більшості відбувається ще в підлітковому віці до досягнення 19 років: Рівень захворюваності серед молоді на наркоманію залишається високим – 2,5 випадків на 10 тис. підлітків. Хоча захворюваність підлітків на наркологічні розлади за 5 років дещо зменшилася, вона все ж таки залишається високою. Встановлено, що серед підлітків і молоді до 20 років майже кожний третій хоча б один раз вживав наркотичні речовини. Середній вік ініціації вживання наркотичних речовин дорівнює 26 років. У 2018 р. в Україні під наглядом перебуває 694,9 тис. осіб із розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин (диспансерна і профілактична групи нагляду) або 1631,6 на 100 тисяч населення, з них понад 50.0% молодь віком від 15 до 35 років. В структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин у 2017 році чоловіки складають 16,7, жінки – 1,9 на 100 тис. відповідного населення. Найближчими роками, за прогнозами, їх кількість неухильно зростатиме за рахунок тих, хто вживає психоактивні речовини, тоді як кількість хворих практично не зменшиться у зв'язку з дуже низькою ефективністю традиційних методів лікування – за даними статистики від наркоманії виліковуються лише 5-8% хворих [1,14,25].

Люди з алкогольною і наркотичною залежністю в працездатному віці (понад 456 тис.) значною мірою послабляють трудовий потенціал країни, практично мало беруть участь у виробництві матеріальних благ і часто самі потребують уваги і зусиль суспільства. Через їхню вину виникає багато аварій (на транспорті, пожежі, травми тощо), захворюваність на туберкульоз, венеричні хвороби, ВІЛ-інфекцію, порушення репродуктивного здоров'я [2,28].

Фізичний розвиток і ожиріння. Важливим показником здоров'я населення в цілому є фізичний розвиток людини. Результати вивчення фізичного розвитку населення дають змогу говорити про певне зниження порівняно з даними попередніх років основних показників фізичного розвитку. Зростає популярність малорухомого способу життя (гіподинамія, комп'ютери, електронні ігри, перегляд телепередач тощо). Все більше переважають пасивні форми дозвілля, ризикована поведінка та різні форми залежності: алкоголь, наркотики, тютюнопаління тощо. Відхилення у нормальному фізичному розвитку призводить до функціональних відхилень в діяльності різних систем організму, зниження імунітету до захворювань. За даними вибірових досліджень, 36,4% підлітки 15-17 років мають низький рівень фізичного здоров'я, 33,5% – нижче за середній, 22,6% – середній і лише 6,7% – вище за середній, 0,8% – високий. Що стосується дорослого населення, то приблизно 70% його має низький та нижчий за середній рівні фізичного здоров'я, в тому числі у віці 16-19 років – 61%, 20-29 років – 67,2%, 30-39 років – 66,9%, і це

закономірно, якщо врахувати, що лише 6-8% дорослого населення регулярно займаються фізичною культурою, а за соціологічними даними Українського інституту соціальних досліджень третина опитаних респондентів 15-28 років не займаються фізкультурою і спортом, займається лише кожний шостий. 60 відсотків з них не спроможні виконати вимоги загальноєвропейських тестів фізичної підготовленості. Гіподинамія, сидячий спосіб життя призводять до ослаблення серцево-судинної системи та захисних функцій організму. Зважаючи на це, за останні 30 років у Фінляндії, Японії, Канаді та низці інших країн сформувалася державна політика, спрямована на створення умов для широкого впровадження у повсякденне життя різних форм рухової активності та їхнє поєднання з раціональним харчуванням, профілактикою негативних звичок, збереженням екології тощо. Результати досить значні: смертність людей молодого та середнього віку скоротилася в кілька разів, середня тривалість життя збільшилася від 10 до 20 років, різко зросла життєва спроможність населення, його добробут. Ці дані вказують на значні резерви підвищення працездатності працюючого населення [2,28].

Медико-соціальне значення проблеми ожиріння визначається не тільки його зростаючою поширеністю, але й вагою ускладнень та несприятливих наслідків для фізичного і психосоціального здоров'я. Порушення метаболізму, що виникають при ожирінні та надлишкової масі тіла, закономірно призводять до розвитку серцево-судинної патології, цукрового діабету 2 типу, захворювань суглобів, безпліддя, жирового гепатозу, гіперурикемії, злоякісних новоутворень, захворювань, що супроводжуються гіпоксією (апное, астма), та інших захворювань. Велика частина людей – 26% жінок і 16% чоловіків в Україні страждають від надмірної ваги. Основна причина в тому, що велика частина нашої популяції не веде здоровий спосіб життя, мало рухається і має нездорові звички в харчуванні. Найбільші темпи приросту випадків ожиріння спостерігаються у віковій групі 15-17 років – у 3 рази (2003 р. – 9,7 на 1000 підлітків відповідного віку, 2017 р. – 29,39). За результатами регресійного аналізу, на основі якого побудовано математичні моделі динамічних змін показників поширеності та захворюваності з логарифмічною апроксимацією, прогнозні тенденції щодо поширеності та захворюваності на ожиріння в країні є несприятливими. Наразі профілактика ожиріння внесена до завдань Плану дій ВООЗ з реалізації заходів Цілей сталого розвитку в Європі щодо попередження безпліддя [2,28].

Оцінка доступу до послуг з лікування загальних та професійних хвороб працюючого населення. З проголошенням незалежності Україна успадкувала від колишнього СРСР організацію забезпечення охорони праці і систему медичного обслуговування працюючих, що сформувалася за довгі роки.

За останні 15-20 років в Україні практично змінилася система надання медичної допомоги працюючим. Працюючі отримують її: у загальній системі охорони здоров'я, у МСЧ підприємств, у приватних ЗОЗ.

В загальній системі ОЗ, особливо у її первинній ланці, лікарі часто не обізнані з особливостями впливу умов праці на стан здоров'я. Кількість медико-санітарних частин і здоровпунктів на підприємствах значно скоротилась, в обов'язки яких входило проведення профілактичної та лікувальної роботи серед працюючих. У 2017 році в країні функціонувало: число медсанчастин – 14, з них обслуговують виключно працівників підприємств – 4; здоровпунктів лікарських – 38, крім того на договірних засадах – 16; здоровпунктів фельдшерських – 349, крім того на договірних засадах – 28 проти тисяч таких в попередні роки. Приватні ЗОЗ не відповідають за диспансерні спостереження за працюючими в шкідливих і небезпечних умовах. На сьогодні законодавством України не регламентовано створення та існування жодної офіційної системи медичної допомоги працівникам в Україні. Чисельність санітарних лікарів по гігієні праці зараз офіційно у звітних формах не передбачена. Лікарів з гігієни праці в лабораторних центрах та філіях – біля 35, інші лікарі мають фах та посади лікарів з загальної гігієни [12,29]. В Держпраці України станом на 2018 рік лікарів з гігієни праці було біля 90 осіб. Крім того, в усіх санітарно-промислових лабораторіях підприємств та організацій, яким на даний час надано право проведення досліджень факторів виробничого середовища і трудового процесу для атестації робочих місць, введено посади лікарів з гігієни праці. Таких лабораторій на даний час 78, з них в НДІ гігієнічного профілю – 7, в лабораторних центрах МОЗ України – 30, в експертно-технічних центрах – 9, в лабораторіях підприємств – 15, в незалежних лабораторіях – 17.

Підготовка кадрів з гігієни праці (стажування та спеціалізація) проводиться в КМАПО (м. Київ) та ХМАПО

(м. Харків). У національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця підготовка на санітарно-гігієнічному факультеті припинена. Відчувається дефіцит фахівців, що можуть здійснювати контроль з гігієни праці. Функціональні обов'язки фахівців з гігієни праці в територіальних управліннях Держпраці та лабораторних центрах МОЗ України не розмежовані і остаточно не визначені.

Медичні огляди працюючих в шкідливих та небезпечних умовах праці на даний час організуються і проводяться на підставі Наказу МОЗ України №246 від 2007 року. Перегляд зазначеного порядку затягується вже більше ніж 2 роки. За останніми рекомендаціями експертів МОП виникає необхідність розробки документа щодо медичного обслуговування працюючих взагалі, з визначенням окремих особливостей для працюючих в шкідливих умовах. Цей пункт ввійшов у План заходів щодо реалізації Концепції реформування системи управління охорони праці, який затверджений розпорядженням КМУ від 12.12.2018 р. №989-р з терміном до 2020 року.

В Україні на даний час медичні огляди для працюючих в шкідливих та небезпечних умовах праці проводять 1096 медичних комісій, з них 90% – це комісії державних ЗОЗ; 4,5% – приватні ЗОЗ; 5,5% – медсанчастини підприємств та відомств. У м. Києві таких медичних комісій 35. Визначення категорій працюючих для медоглядів та контроль виконання рекомендацій медичних комісій здійснюють виключно фахівці територіальних підрозділів Держпраці України. В таблиці 6 наведені результати проведення медичних оглядів працюючих.

Таблиця 6. Динаміка проведення медичних оглядів працюючих у шкідливих та небезпечних умовах праці (2010–2015 рр. – за даними Держсанепідслужби України; з 2016 р. – за даними Державної служби України з питань праці) [10]

Рік	Підлягало медоглядам	Оглянуто	Відсоток охоплення	Відсторонено від роботи
2010	н/д	н/д	н/д	52499
2011	1948741	1919251	98,5	48281
2012	1288036	1238536	96,1	17491
2013	1727944	1655104	95,8	4755
2014	1049563	999407	95,2	3290
2015	1409749	1363531	96,7	592
2016	485029	460421	94,9	н/д
2018	1181231	998318	84,52	н/д

Якість, повнота охоплення, своєчасність, забезпеченість лабораторним і інструментальним обладнанням для проведення медичних оглядів має недоліки вже багато років поспіль.

Виникає необхідність визначення нових підходів та розроблення програм для збереження здоров'я працівників, оскільки наявна система профпатологічної медичної допомоги в Україні фактично не має профілактичного спрямування.

Таким чином, ризики захворюваності і смертності від наведених раніше хвороб є результатом складної соціально-економічної ситуації в країні, стресами, несприятливими умовами праці, економічними негараздами, поширенням шкідливих звичок серед населення, низької якості харчування та незадовільної його організації на роботі і вдома тощо. Зростання захворюваності, смертності, зниження тривалості життя призводить до падіння якості життя і впливає на розвиток

держави, стримує економічне зростання. По суті значної уваги потребує захворюваність майже на всі хвороби: системи кровообігу, органів дихання, новоутворення, травлення, психічні, ендокринні порушення, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, сечостатевої системи, травматизм тощо, які знижують рівень і якість здоров'я, і якість життя працюючого населення, мають суттєві наслідки для суспільства, знижують його трудовий потенціал. Хворі люди не можуть забезпечити високу продуктивність праці і належного економічного зростання.

Розглянуті показники захворюваності серед працюючих, свідчать про те, що стан здоров'я населення працездатного віку в Україні, не відповідає нормам і стандартам європейських країн, і сподіванням системи охорони здоров'я, і самому населенню. Однак в суспільстві є значний резерв заходів щодо збереження здоров'я населення через державні інституції різного рівня. Існує багато доцільних наукових і практичних розробок і пропозицій, впровадження яких може надати значний медичний, соціальний і економічний ефект, які недостатньо затребувані суспільством в існуючій системі людських цінностей, яким є здоров'я і життя людини.

Оцінка фінансування у сфері профілактики та лікування професійних хвороб. В реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я на сьогодні віддаються не профілактичним заходам по зниженню професійних ризиків, а їх матеріальній компенсації. На відшкодування реальних і потенційних збитків, які викликані порушенням здоров'я працівників внаслідок дії шкідливих і небезпечних умов праці, витрачається коштів в десятки разів більше, ніж на їх покращення. Витрати на страхові виплати Фондом соціального страхування потерпілим (членам їх сімей) складають на компенсацію втраченого здоров'я понад 7,8 млрд грн. В той же час на заходи з профілактики нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань використано 12,3 млн. грн (0,1%). Підприємства та організації щорічно начисляють до Фонду соціального страхування 22% від фонду заробітної плати. По країні це в 2018 році складало 228 млрд. грн [21].

Щорічно кожен випадок професійного захворювання для суспільства коштує понад 300 тис. грн. Відомо, що профілактика набагато більш ефективна і менш затратна, ніж лікування або реабілітація. Розрахунки щодо економічних та медико-соціальних втрат від професійних захворювань в Україні (1,14% ВВП) складається з прямих втрат суспільства від професійної патології, та втрат суспільства від втрачених років здорового життя в результаті передчасної смерті від професійної патології [11].

Оцінка управління та менеджменту у сфері профілактики та лікування професійних хвороб. Адміністративне законодавство в сфері професійного охорони здоров'я на сьогодні потребує суттєвого перегляду, особливо з урахуванням гармонізації

нормативно-правової бази з європейським законодавством. Необхідно:

- Визначення стратегічних пріоритетів розвитку трудового потенціалу відповідно до напрямів державної політики щодо реалізації інноваційної моделі розвитку економіки та суспільства.

- Удосконалення нормативно-законодавчої бази в сфері медицини праці: Затвердження Концепції відновлення медицини праці в Україні та здійснення профілактичних заходів із запобігання професійним захворюванням і професійним отруєнням у працівників, зайнятих на виробництвах із шкідливими умовами праці; затвердження Наказу МОЗ України «Про удосконалення системи профпатологічної допомоги працюючим в Україні» (в листопаді 2014 року проект був оприлюднено на сайті МОЗ України, але після обговорення він досі не затверджений МОЗ України); затвердження Проекту Постанови КМ України «Про створення Державного реєстру України осіб, яким встановлено професійне захворювання (отруєння)»; Затвердження Проекту Наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працюючих в умовах дії шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища і трудового процесу» на заміну Наказу МОЗ №246-2007р.;

- Вдосконалення організаційних форм медичного забезпечення і профпатологічної допомоги та диспансеризації, здійснення її структурної перебудови з пріоритетом на амбулаторно-поліклінічний рівень і стаціонарозаміщуючі технології в державних, приватних і відомчих ЗОЗ (медико-санітарні частини, лікувально-оздоровчі центри, санаторії-профілакторії);

- Залучення медичних працівників усіх рівнів, насамперед первинної медичної допомоги, до виконання окремих завдань у сфері медицини праці та розширення їх повноважень щодо надання послуг у сфері медицини праці (профілактичних, лікувальних, реабілітаційних);

- Включення аспектів психічного здоров'я в політику держави і корпорацію з питань медицини й охорони праці за рекомендацією Європейської Міністерської конференції ВООЗ з психічного здоров'я; забезпечення доступу для всіх працівників до служб медицини праці, ведення моніторингу психічного здоров'я працюючих;

- Створення умов формування здорового способу життя працездатного населення, збереження репродуктивного здоров'я тих, що працюють, і подальших поколінь.

Висновки

1. За останнє десятиріччя стан здоров'я населення працездатного віку за показниками хвороб системи кровообігу, дихання, опорно-рухового апарату, органів травлення, хвороби сечостатевої, нервової системи, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, поширеності хвороб за класами «Новоутворення», «Розлади психіки та поведінки» має негативну динаміку.

2. Викликає занепокоєння значна поширеність серед працездатного населення соціально небезпечних інфекційних хвороб, а саме туберкульозу, ВІЛ/СНІДу,

хвороб, що передаються статевим шляхом, а також поширеність шкідливих звичок (алкоголізм, тютюнопаління, наркоманія, гіподинамія), що призводить до розвитку різних видів соматичної патології.

3. Адміністративне законодавство в сфері професійного охорони здоров'я на сьогодні потребує суттєвого перегляду, особливо з урахуванням гармонізації нормативно-правової бази з європейським законодавством. Вдосконалення організаційних форм медичного допомоги та диспансеризації, здійснення її структурної перебудови з пріоритетом на амбулаторно-поліклінічний рівень і інші сучасні технології в державних, приватних і відомчих ЗОЗ (медико-санітарні частини, лікувально-оздоровчі центри, санаторії-профілакторії); залучення медичних працівників усіх рівнів, насамперед первинної медичної допомоги, до

виконання окремих завдань у сфері медицини та розширення їх повноважень щодо надання послуг; створення умов формування здорового способу життя працездатного населення, збереження репродуктивного здоров'я тих, що працюють, і подальших поколінь.

4. Необхідно здійснити включення аспектів психічного здоров'я в політику держави і корпорацію з питань медицини й охорони праці за рекомендацією Європейської Міністерської конференції ВООЗ з психічного здоров'я; забезпечення доступу для всіх працівників до служб медицини праці, ведення моніторингу психічного здоров'я працюючих.

5. Створення умов формування здорового способу життя працездатного населення забезпечить збереження репродуктивного здоров'я тих людей, що працюють, а також подальших поколінь.

Література

1. Алкоголізм в Україні, 2019 рік. URL: <https://bitly.su/5fZxU> (дата звернення: 28.08.2019).
2. Вакулєнко О., Жаліло Л., Комарова Н., Левін, Солоненко І., Яременко О. Стан здоров'я дітей і молоді України. URL: <http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/165dc8dd0ddb56dc2256d8f00264254/43b1706f2a42e62bc2256ddc0039a330?OpenDocument> (дата звернення: 08.08.2019).
3. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 332 с.
4. Втрати силових структур внаслідок російського вторгнення в Україну, 2019. URL: <https://bitly.su/UftTAjD5> (дата звернення: 07.08.2019).
5. Демографічний щорічник "Населення України" за 2017 рік. Київ: Державна служба статистики України, 2018. 138с.
6. Державні санітарні норми та правила «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу». Київ, 2014. 34 с.
7. Діяльність суб'єктів великого, середнього, малого та мікропідприємництва. Статистичний довідник. Державна служба статистики України, 2018. 480 с.
8. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. Київ, 2018. 109 с.
9. Захворюваність населення 1990-2017 роки. Статистична інформація. Державна служба статистики України. Київ, 2019.
10. Інформація про стан організації та результати проведення періодичних медичних оглядів та кількість вперше виявлених професійних захворювань у працівників в 2018 році. Лист ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерство охорони здоров'я України», № 696/1/4.5-ДП-19 від 25.01.2019 р.
11. Медико-соціальні та економічні втрати від професійної захворюваності в Україні та шляхи їх попередження. Звіт НДР, ДУ «Інститут медицини праці ім. Ю.І.Кундієва НАМН України». Київ, 2014. 127 с.
12. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2017-2018 роки. Довідник ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2019. 66 с.
13. Наукові звіти НДР ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України» в динаміці 2013-2018 років.
14. Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні» К.-2017.- 176 с.
15. Оперативні дані щодо травматизму в Україні в 2018 році. Державна служба України з питань охорони праці. Київ, 2019.
16. Офіційно: среди жителей Украины больше нет "инвалидов". URL: <https://inform-ua.info/politics/ofytcyalno-sredu-zhyteley-ukrayn-bolshe-net-unvalydyov> (дата звернення: 07.08.2019).
17. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2018 рік. Довідник ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2019
18. Потери ВСУ на Донбассе: за 2018 год в боях погибло более 110 украинских бойцов. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/news-russian-46602422> (дата звернення: 07.08.2019).
19. Праця України в 2017 році. Статистичний довідник. Державна служба статистики України. Київ ТОВ Видавництво "Август Трейд", 2018. 282 с.

20. Проект Розпорядження Кабінету Міністрів України «Концепція Загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року», 16 березня 2017 р. URL: <https://www.apteka.ua/article/404360> (дата звернення: 09.08.2019).
21. Профілактика виробничого травматизму та професійних захворювань за 2018 рік. Звіт Фонду соціального страхування України від 20.03.2019 р. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/963263> (дата звернення: 09.08.2019).
22. Рак в Україні, 2017 – 2018. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень національного канцер-реєстру України № 20. Київ – 2019. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_20/index.htm (дата звернення: 04.08.2019).
23. Репродуктивне здоров'я молоді. URL: <https://studfiles.net/preview/4543089> (дата звернення: 10.08.2019).
24. С. Максименко. Суїцид в Україні – чому зростає кількість самогубств. URL: <https://bitly.su/COyGEq> (дата звернення: 07.08.2019).
25. Самогубства в Україні. URL: <https://bitly.su/JwpZpu2d> (дата звернення: 07.08.2019).
26. Селезньова О.О. Здоров'я молоді та формування здорового способу життя. URL: https://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=2513 (дата звернення: 08.08.2019).
27. Соціальний захист населення України. Статистичний довідник. Державна служба статистики України, 2019. 124 с.
28. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2014-2018 роки (за територіями, що підконтрольні Україні). Статистично-аналітичний довідник, Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2019. 45 таблиць EXSEL
29. Стан надання медичної допомоги сільським жителям на фельдшерсько-акушерських пунктах сфери управління МОЗ України за 2017 рік. Довідник ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2018. 8 таблиць EXSEL.
30. Статистичні довідки ВІЛ/СНІД. ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu/statistichni-dovidki-vilsnid> (дата звернення: 30.07.2019).
31. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2018 рік. Статистичний довідник. Державна служба статистики України. Київ, 2019. 34 с.
32. Травматизм на виробництві в Україні у 2018 році. Статистична інформація. Державна служба статистики України. Київ, 2019.
33. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник). Київ. 2017. ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2018. 78 с.
34. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

References

1. Alcoholism in Ukraine, (2019), URL: <https://bitly.su/5fZxU> (Accessed 28.08.2019).
2. Vakulenko O., Zhalilo L., Komarova N., Levin, Solonenko I., Yaremenko O. Vakulenko O., Zhalilo L., Komarova N., Levin, Solonenko I., Yaremenko O. (2005), "The state of health of children and youth in Ukraine", URL: <http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/165dc8dd0ddb56dc2256d8f00264254/43b1706f2a42e62bc2256ddc0039a330?OpenDocument> (Accessed 08.08.2019).
3. Voronenko Yu.V. (2002), Sotsial'na medytsyna ta orhanizatsiya okhorony zdorov'ya [Social medicine and health care organization], Ukrmedknyha, Ternopil. Ukraine.
4. Losses of power structures as a result of the Russian invasion of Ukraine. (2019), URL: <https://bitly.su/UftTAjD5> (Accessed 07.08.2019).
5. Demohrafichnyy shchorichnyk "Naseleण्या Ukrayiny" za 2017 rik. Kyiv. (2018), [Demographic yearbook "Population of Ukraine" for 2017], State Statistics Service of Ukraine, Kyiv Ukraine.
6. Derzhavni sanitarni normy ta pravyla "Hihiyenichna klasyfikatsiya pratsi za pokaznykamy shkidlyvosti ta nebezpechnosti faktoriv vyrobnychoho seredovyscha, vazhkosti ta napruzhenosti trudovoho protsesu". (2014), [State sanitary norms and rules "Hygienic classification of work on indicators of harmfulness and danger of factors of the production environment, the severity and intensity of the work process", Kyiv, Ukraine.
7. Diyal'nist' sub'yektiv velykoho, seredn'oho, maloho ta mikropidpryyemnytstva. Statystychnyy dovidnyk (2018), [Activity of large, medium, small and micro enterprises. Statistical reference book], State Statistics Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine.
8. Zaklady okhorony zdorov'ya ta zakhvoryuvanist' naseleण्या Ukrayiny u 2017 rotsi. Statystychnyy zbirnyk. (2018), [Health care facilities and morbidity of the population of Ukraine in 2017. Statistical Yearbook], Kyiv, Ukraine.
9. Zakhvoryuvanist' naseleण्या 1990-2017 roky. Statystychna informatsiya (2019) [Morbidity of the population 1990-2017. Statistical information], State Statistics Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

10. Informatsiya pro stan orhanizatsiyi ta rezul'taty provedennya periodychnykh medychnykh ohlyadiv ta kil'kist' vpershe vvyavlenykh profesiynykh zakhvoryuvan' u pratsivnykiv v 2018 rotsi. (2019), [Information on the state of the organization and the results of periodic medical examinations and the number of newly diagnosed occupational diseases in employees in 2018], Datasheet of the Center for Public Health, Ministry of Health of Ukraine № 696/1/4.5-DP-19 of 25.01.2019, Kyiv, Ukraine.
11. Medyko-sotsial'ni ta ekonomichni vtraty vid profesiynoyi zakhvoryuvanosti v Ukraini ta shlyakhy yikh poperedzhennya. (2014), [Medical, social and economic losses from occupational diseases in Ukraine and ways for their prevention], Report of the scientific work of SI "Kundiiev Institute of Occupational Health of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine.
12. Medychni kadry ta merezha zakladiv okhorony zdorov'ya systemy MOZ Ukrainy za 2017-2018 roky. Dovidnyk. (2019), [Medical staff and network of health care institutions of the Ministry of Health of Ukraine for 2017-2018. Directory], SI "Centre for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine.
13. Scientific reports on the research work of "Kundiiev institute of Occupational Health of the NAMS of Ukraine" in the dynamics of 2013-2018, Kyiv, Ukraine.
14. Natsional'nyy zvit za 2017 rik shchodo narkotychnoyi sytuatsiyi v Ukraini (za danymy 2016 roku). Pohlyblennyy ohlyad narkosytuatsiyi v Ukraini». (2017), [National report for 2017 on the drug situation in Ukraine (according to 2016). In-depth review of the drug situation in Ukraine], Kyiv, Ukraine.
15. Operatyvni dani shchodo travmatyzmu v Ukraini v 2018 rotsi. Derzhavna sluzhba Ukrainy z pytan' okhorony pratsi. (2019), [Operational data on injuries in Ukraine in 2018. State Service of Ukraine for Labor Protection, Kyiv, Ukraine.
16. Officially: there are no more "disabled" people among the inhabitants of Ukraine, URL: <https://inform-ua.info/politics/ofytcyalno-sredy-zhyteley-ukrayn-bolshe-net-ynvalydiv> (Accessed 07.08.2019).
17. Pokaznyky zdorov'ya naseleennya ta vykorystannya resursiv okhorony zdorov'ya v Ukraini za 2018 rik. Dovidnyk DZ "Tsentr medychnoyi statystyky Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrainy" (2019), [Population health indicators and use of health resources in Ukraine in 2018. Directory of the Centre for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine]. Kyiv, Ukraine.
18. Losses of the MFU in Donbass: in 2018, more than 110 Ukrainian combatants died in the battles, URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/news-russian-46602422> (Accessed 07.08.2019).
19. Pratsya Ukrainy v 2017 rotsi. (2018), Statystychnyy dovidnyk. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy [Work in Ukraine in 2017. Statistical reference book. State Statistics Service of Ukraine], August-Trade, Kyiv, Ukraine.
20. Draft Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine. (2017), Concept of the National Program "Reproductive and Sexual Health of the Nation until 2021", March 16, 2017, URL: <https://www.apteka.ua/article/404360> (Accessed 09.08.2019).
21. Prevention of occupational injuries and occupational diseases in 2018. (2019), Report of the Social Insurance Fund of Ukraine dated March 20, 2019 URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/963263>.
22. Cancer in Ukraine, 2017 – 2018. Morbidity, mortality, indicators of the activity of the oncology service. Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine No 20, Kyiv, Ukraine, URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_20/index.htm.
23. Reproductive health of young people, URL: <https://studfiles.net/preview/4543089> (Accessed 10.08.2019).
24. Maksimenko S. Suicide in Ukraine – why the number of suicides is growing, URL: <https://bitly.su/COyGEq>.
25. Suicides in Ukraine, URL: <https://bitly.su/JwpZpu2d>.
26. Seleznyova O.O. (2013), Health of young people and formation of a healthy lifestyle, URL: https://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=2513 (Accessed 08.08.2019).
27. Sotsial'nyy zakhyst naseleennya Ukraini. (2019), Statystychnyy dovidnyk [Social protection of the population of Ukraine. Statistical reference book], State Statistics Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine.
28. Stan zdorov'ya zhinochoho naseleennya v Ukraini za 2014-2018 roky (za terytoriyamy, shcho pidkontrol'ni Ukraini).(2019), Statystychno-analitychnyy dovidnyk [The state of health of the female population in Ukraine for 2014-2018 (on the territories under the control of Ukraine). Statistical and analytical guide], Minisytry of Health of Ukraine, 45 Tables, EXSEL, Kyiv, Ukraine.
29. Stan nadannya medychnoyi dopomohy sil's'kym zhytelyam na fel'dshers'ko-akushers'kykh punktakh sfery upravlinnya MOZ Ukrainy za 2017 rik. (2018), Dovidnyk DZ "Tsentr medychnoyi statystyky Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrainy", [The state of medical care for rural residents at the medical and obstetric points of the Ministry of Health of Ukraine in 2017. Handbook of the "Centre for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine"], 8 Tables EXSEL, Kyiv, Ukraine.
30. HIV/AIDS statistics. SI "Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine", URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilnsid/statistika-z-vilnsidu/statistichni-dovidki-vilnsid> (Accessed 30.07.2019).
31. Tablytsi narodzhuvanosti, smertnosti ta seredn'oyi ochikuvanoyi tryvalosti zhyttya za 2018 rik. Statystychnyy dovidnyk. (2019), [Tables of births, deaths and average life expectancy for 2018. Statistical reference book], State Statistics Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine.
32. Travmatyzm na vyrobnytstvi v Ukraini u 2018 rotsi. Statystychna informatsiya. (2019), [Traumatism at work in Ukraine in 2018. Statistical information], State Statistics Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine.
33. Tuberkul'oz v Ukraini (Analitychno-statystychnyy dovidnyk. (2017), [Tuberculosis in Ukraine (Analytical and statistical reference book)], SI "Centre of Public Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

34. Shchorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naseleennyа, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu ta rezul'taty diyal'nosti systemy okhorony zdorov'ya Ukrayiny. (2017), [Annual report on the state of health of the population, the sanitary and epidemiological situation and the results of the health care system of Ukraine], Ministry of Health of Ukraine, SI "UISR of MH of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.12.2020 р.

Мета: надати характеристику стану здоров'я населення працездатного віку та ефективності функціонування системи охорони здоров'я України.

Матеріали та методи. При виконанні роботи були використані статистичні показники Держкомстату України, Центру статистики МОЗ України, Фонду страхування України, Наукові звіти ДУ «Інститут медицини праці ім. Ю.І. Кундієва НАМН України» за останнє десятиріччя.

Результати. За демографічними показниками, поширеністю та захворюваністю населення працездатного віку за основними класами хвороб, в т.ч. професійних захворювань та травматизму, в останні роки має негативну тенденцію.

Висновки. За останнє десятиріччя стан здоров'я населення працездатного віку за показниками хвороб системи кровообігу, дихання, опорно-рухового апарату, органів травлення, хвороби сечостатевої, нервової системи, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, поширеності хвороб за класами «Новоутворення», «Розлади психіки та поведінки» має негативну динаміку. Відмічається значна поширеність серед працездатного населення соціально небезпечних інфекційних хвороб, а саме туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, хвороб, що передаються статевим шляхом, а також поширеність шкідливих звичок (алкоголізм, тютюнопаління, наркоманія, гіподинамія), що призводить до розвитку різних видів соматичної патології. Адміністративне законодавство в сфері охорони здоров'я на сьогодні потребує суттєвого перегляду, особливо з урахуванням гармонізації нормативно-правової бази з європейським законодавством.

Ключові слова: здоров'я населення працездатного віку, система охорони здоров'я, нозологічні форми, шляхи подолання.

Цель – дать характеристику состояния здоровья населения трудоспособного возраста и эффективности функционирования системы здравоохранения Украины.

Материалы и методы. При выполнении работы были использованы статистические показатели Госкомстата Украины, Центра статистики МЗ Украины, Фонд страхования Украины, Научные отчеты ГУ «Институт медицины труда им. Ю.И. Кундиева НАМН Украины» за последнее десятилетие.

Результаты. По демографическим показателям, распространенности и заболеваемости населения трудоспособного возраста по основным классам болезней, в т.ч. профессиональных заболеваний и травматизма, в последние года Украина имеет негативную тенденцию.

Выводы. За последнее десятилетие состояние здоровья населения трудоспособного возраста по показателям болезней системы кровообращения, дыхания, опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения, болезней мочеполовой, нервной системы, травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних факторов, распространенности болезней по классам «Новообразования», «Психические расстройства и расстройства поведения» имеет негативную динамику. Отмечается, значительная распространенность среди трудоспособного населения социально опасных инфекционных болезней, а именно туберкулеза, ВИЧ/СПИДа, болезней, передающихся половым путем, а также распространенность вредных привычек (алкоголизм, табакокурение, наркомания, гиподинамия), что приводит к развитию различных видов соматической патологии. Административное законодательство в сфере здравоохранения сегодня требует существенного пересмотра, особенно с учетом гармонизации нормативно-правовой базы с европейским законодательством.

Ключевые слова: здоровье населения трудоспособного возраста, система здравоохранения, нозологические формы, пути преодоления.

Purpose of the work: to give characteristics of the state of health of the working age population and of the effectiveness of the health care system in Ukraine.

Materials and methods. The statistical indicators of the State Statistics Committee of Ukraine, the Statistics Centre of the Ministry of Health of Ukraine, the Insurance Fund of Ukraine, Scientific Reports of the Kundiev Institute of Occupational Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine over the last decade were used.

Results. According to demographic indicators, prevalence and morbidity of the working age population by main classes of diseases, including occupational diseases and traumatism, have a negative trend in recent years.

Conclusions. Over the past decade, indicators of diseases of the circulatory, respiratory, musculoskeletal, digestive, genitourinary and nervous systems, injuries, poisonings, and some other consequences of the effect of external factors, prevalence of diseases of Classes "Neoplasms" and "Mental and behavioral disorders", indicate deterioration of the health of the working age population.

There is a significant prevalence among the working population of socially dangerous infectious diseases, namely tuberculosis, HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, as well as bad habits (alcoholism, smoking, drug addiction, hypodynamia), which leads to the development of various types of somatic pathology.

Today, administrative legislation in the health care system needs to be substantially revised, especially in view of harmonization of the regulatory framework with European legislation.

Key words: health of the working age population, health care system, nosological types, ways to overcome.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Нагорна Антоніна Максимівна – д.мед.н., проф., член-кор. НАМН України, заввідділом епідеміологічних досліджень.
+380 (44) 289-70-88, antoninagornaya@gmail.com.

Басанець Анжела Володимирівна – д.мед.н., проф., член-кор. НАМН України, заввідділом профпатології.
+380 (44) 581-02-27, a_basanets@meta.ua.

Кононова Ірина Георгіївна – к.мед.н., с.н.с. лабораторії з моніторингу професійного здоров'я.
+380 (44) 289-15-12, ntgu@ukr.net.

Медведовська Наталія Володимирівна – д.мед.н., проф., начальник науково-координаційного управління НАМН України.
+380 (44) 484-60-98, medvedovsky@ukr.net.

Гвоздецький Віктор Анатолійович – к.мед.н., с.н.с., с.н.с. відділу профпатології.
+380 (44) 581-02-27, viktorhvozdeckij431@gmail.com.