Альянс громадського здоров'я

ЗВІТ

ОЦІНКА ПОТОЧНОГО СТАТУСУ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЩОДО СМЕРТНОСТІ ВІД ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

станом на 2020 рік

КИЇВ – 2020

Альянс громадського здоров'я

ЗВІТ

ОЦІНКА ПОТОЧНОГО СТАТУСУ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЩОДО СМЕРТНОСТІ ВІД ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

станом на 2020 рік

КИЇВ – 2020

Авторський колектив:

ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»:

Бугаєнко Н., лікар-епідеміолог, PhD/MD
Зубко М., лікар-епідеміолог
Марциновська В., фахівець з епіднагляду, PhD/MD

КНП «Київська міська клінічна лікарня № 5:

Городецька А., завідувачка патолого-анатомічного відділення

Київський міський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики:

Петравчук Л., директор

МБФ «Альянс громадського здоров'я»:

Ковтун О., старший програмний спеціаліст з досліджень та оцінки
Корнілова М., старший менеджер проєкту з епідеміологічної ситуації та розвитку потенціалу
Салюк Т., керівник проєкту
Федотова Я., старший програмний спеціаліст MiO, PhD

Верстка:
Сухомлинова І.

Літературна редакція:
Божок В.

Оцінка поточного статусу епідеміологічного нагляду щодо смертності від ВІЛ-інфекції в Україні станом на 2020 рік. – Бугаєнко Н., Зубко М., Марциновська В., Городецька А., Петравчук Л., Ковтун О., Корнілова М., Салюк Т., Федотова Я. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2020 р. – 72 с.

Альянс громадського здоров'я

Підготовка звіту стала можливою за технічної підтримки проєкту «Удосконалення каскаду лікування ВІЛ для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків та залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні», що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Дана публікація підтримана Угодою про співробітництво NU2GGH002114 з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC). Відповідальність за її зміст лежить винятково на авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC).

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2020

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 4

ВСТУП 5

РОЗДІЛ І. 7
СУЧАСНИЙ СТАН ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ
ЗА ВИПАДКАМИ СМЕРТІ, ЩО ЗУМОВЛЕНІ ВІЛ, В УКРАЇНІ 7

РОЗДІЛ ІІ. 29
ЗБІР СТАТИСТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ПРИЧИН СМЕРТІ
В ОРГАНАХ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ СТАТИСТИКИ УКРАЇНИ 29

РОЗДІЛ ІІІ. 32
ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ВИПАДОК СМЕРТІ
НА РІВНІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 32

РОЗДІЛ IV. 37
ДІЯЛЬНІСТЬ ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У 2018–2019 РОКАХ (на прикладі міста Києва) 37

АНАЛІЗ СИЛЬНИХ СТОРІН ТА СФЕР ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ У СИСТЕМІ
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА СМЕРТНІСТЮ ВІД ВІЛ В УКРАЇНІ 42

ВИСНОВКИ 44

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ 46

ДОДАТКИ 48
Додаток 1. 48
Додаток 2 50
Додаток 3 54
Додаток 4 56
Додаток 5 58
Додаток 6 60
Додаток 7. 62
Додаток 8 65
Додаток 9 66
Додаток 10 67
Додаток 11 70

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГУС	Головне управління статистики
ГУРС	Головне управління регіональної статистики
ЕН	Епідеміологічний нагляд
ЄС	Європейський Союз
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
ЛВІН	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики
МКХ	Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МІС-ВІЛ	Медична інформаційна система «ВІЛ-інфекція в Україні»
НАМН	Національна академія медичних наук
РАЦС	Реєстрація актів цивільного стану
РЕН	Рутинний епідеміологічний нагляд
СЕМ	Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТБ	Туберкульоз
ЦГЗ	ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
Центр СНІДу	Центр профілактики та боротьби зі СНІДом
CDC	Центри з контролю і профілактики захворювань США *(Centers for Disease Control and Prevention)*

ВСТУП

Оцінка поточного статусу епідеміологічного нагляду щодо смертності від ВІЛ-інфекції в Україні проводилася в рамках проєкту «Удосконалення каскаду лікування ВІЛ для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків та залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні».

Зниження кількості смертей від хвороб, зумовлених ВІЛ, на глобальному рівні безумовно пов'язане з розширенням доступу людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), до антиретровірусної терапії (АРТ)[1]. Упродовж 2018 року в країнах Європейського регіону ВООЗ (Регіон) померло від СНІДу 4882 особи, що на 11% менше, ніж у 2012 році, коли була зафіксована найбільша кількість смертей за останнє десятиліття у Регіоні; 4045 (83%) смертей від СНІДу припадає на країни східної частини Регіону, з них 3448 випадків зафіксовано в Україні[2].

Епідеміологічний нагляд за випадками смерті серед ЛЖВ є надійним інструментом вимірювання впливу АРТ та оцінки прогресу в сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції. За умови охоплення АРТ на рівні 80% смертність, зумовлена ВІЛ, на рівні популяції матиме стійку тенденцію до зниження через 3–5 років[3].

Починаючи з 2004 року в Україні було досягнуто значного прогресу в забезпеченні ЛЖВ АРВ-препаратами. Сьогодні антиретровірусне лікування доступне для кожного пацієнта і на кінець 2019 року було надане 113 046 ВІЛ-позитивним людям, що складає 83,2% від осіб, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ)[4].

Ранній початок АРТ та підвищення рівня охопленості лікуванням за останні роки мали б значно покращити ситуацію щодо виживання серед ЛЖВ, проте дані офіційної статистики це не підтверджують. Так, кількість померлих серед ЛЖВ у 2017 році зафіксована на рівні 5500 осіб, з них 2620 (47,6%) перебували на АРТ, а в 2018 році цей показник складав уже 6761 особу, з них 3082 (45,6%) на АРТ, у 2019 році – 5943 померлих, з них 3555 (59,8%) на АРТ. Близько 50% смертей пов'язані безпосередньо з ВІЛ-інфекцією *(у т.ч. 25–30% від туберкульозу/ВІЛ-інфекції)* та 38% з інших причин, не пов'язаних з ВІЛ. Статистика щодо кількості осіб, які жили з ВІЛ і померли, не знаючи про свій ВІЛ-статус, не збирається, і це викликає занепокоєння, адже кількість смертей серед ВІЛ-позитивних осіб може бути заниженою.

1 *https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_ru.pdf*

2 *https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2019.pdf*

3 *Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic/WHO, UNAIDS, 2013.-72 p*

4 *Статистичні дані ЦГЗ МОЗ; без урахування дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом*

Існуючі проблеми реєстрації та звітності щодо смертності серед ВІЛ-позитивних людей були висвітлені у рамках проведеного у 2014 році дослідження причин смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ[5], та оцінки системи епіднагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні, що була здійснена у 2018 році[6].

За результатами цих аналітичних робіт встановлено:

- достовірність показника смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, залежить від впливу діючої нормативно-правової бази, рівня кваліфікації лікарів, відповідальних за постановку клінічного та патолого-анатомічного діагнозів;
- розтин проводиться згідно чинного законодавства, яке вимагає, щоб всі особи, які померли у медичних закладах і поза ними, та ті, хто помер через підозру на інфекційне захворювання, обов'язково проходили патологічні та анатомічні дослідження;
- в Україні не існує законодавчої бази, яка передбачає чіткі вказівки та норми щодо проведення розтину у випадку підозри на ВІЛ-інфекцію та встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції померлої особи на підставі результатів лабораторного та епідеміологічного обстеження, клінічних та морфологічних ознак;
- аналіз даних по регіонах України показав, що практично не існує налагодженого обміну інформацією між ЗОЗ, які здійснюють медичний нагляд за ЛЖВ, обласними патолого-анатомічними відділеннями та бюро судово-медичної експертизи на різних організаційних рівнях;
- у загальній електронній системі цивільної реєстрації та життєвої статистики *(CRVS – Civil registration and vital statistics)* не відстежуються випадки смерті ВІЛ-позитивних осіб, що обліковуються ЗОЗ, які здійснюють медичний нагляд за ЛЖВ.

Отже, наявні статистичні дані та результати існуючих оцінок свідчать про те, що в Україні існує проблема щодо системи організації повідомлень та реєстрації випадків смерті серед ВІЛ-позитивних осіб. Відстеження причин смерті серед діагностованих та не діагностованих ЛЖВ, які не мали зв'язку з лікуванням, є частиною епіднагляду, що є важливим для верифікації рівнів і тенденцій показника смертності, пов'язаної з ВІЛ, і потребуватиме більш масштабного спостереження.

На сьогодні існує гостра потреба в проведенні аналізу інформації щодо смертності, зумовленої ВІЛ, за різними джерелами даних, оскільки статистика кількості осіб, які жили з ВІЛ та померли, не знаючи про свій ВІЛ-статус, не збирається.

Тож метою проведення даної оцінки є розуміння всіх етапів процесу реєстрації випадків смерті від хвороб, зумовлених ВІЛ, та підвищення нагляду за відповідною інформацією в Україні.

---

5 *Аналітичний огляд показника смертності від станів та хвороб, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), в Україні, за період 1987–2013 рр., ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». – К., 2014. – 45 с.*

6 *https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Zvit_pro_rezultaty_otsinky_systemy_EN_2018.pdf*

РОЗДІЛ І

СУЧАСНИЙ СТАН ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ВИПАДКАМИ СМЕРТІ, ЩО ЗУМОВЛЕНІ ВІЛ, В УКРАЇНІ

Епідеміологічний нагляд за смертністю від хвороб, зумовлених ВІЛ, є обов'язковим компонентом системи епіднагляду за ВІЛ-інфекцією з 2000 року для всіх країн з тягарем ВІЛ/СНІДу. В Україні випадки смерті серед ЛЖВ реєструються з 1987 року в рамках рутинного епіднагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом *(далі – РЕН)*, а у 2005 та 2013 роках відбувався перегляд системи РЕН та моніторингу за випадками смерті ЛЖВ.

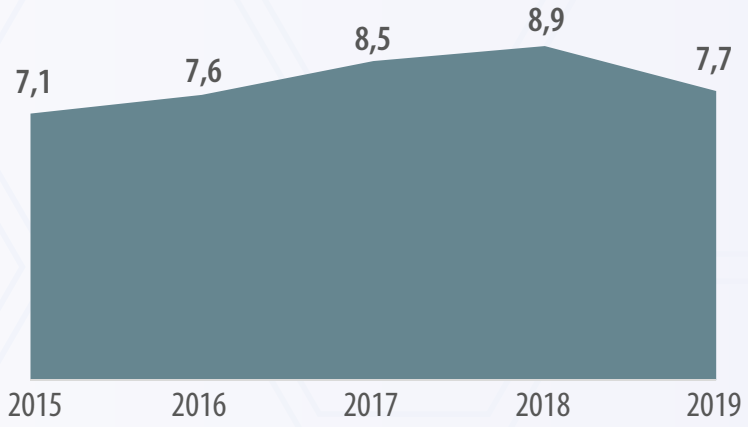
Для аналізу смертності ВІЛ-позитивних осіб використовують два показники:

- смертність від хвороб, зумовлених СНІДом *(смертність від СНІДу, тобто у IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції або за наявності ступеня імуносупресії CD4 < 200 кл/мкл)*, відповідні випадки реєструються з 1987 року;
- смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ *(смертність від станів та хвороб, що зумовлені ВІЛ, незалежно від клінічної стадії ВІЛ-інфекції)*, відповідні випадки реєструються з 2013 року.

1. Причини смертності ЛЖВ

За 2015–2019 роки кількість померлих ЛЖВ склала 28 499 осіб, з них більше половини щороку помирає від СНІДу. Загалом з 1987 року, моменту реєстрації першого випадку ВІЛ-інфекції, по 2019 рік в Україні зареєстровано 51 435 смертей від СНІДу.

Рис. 1. *Смертність від СНІДу в Україні за 2015–2019 роки (на 100 тис. населення)*

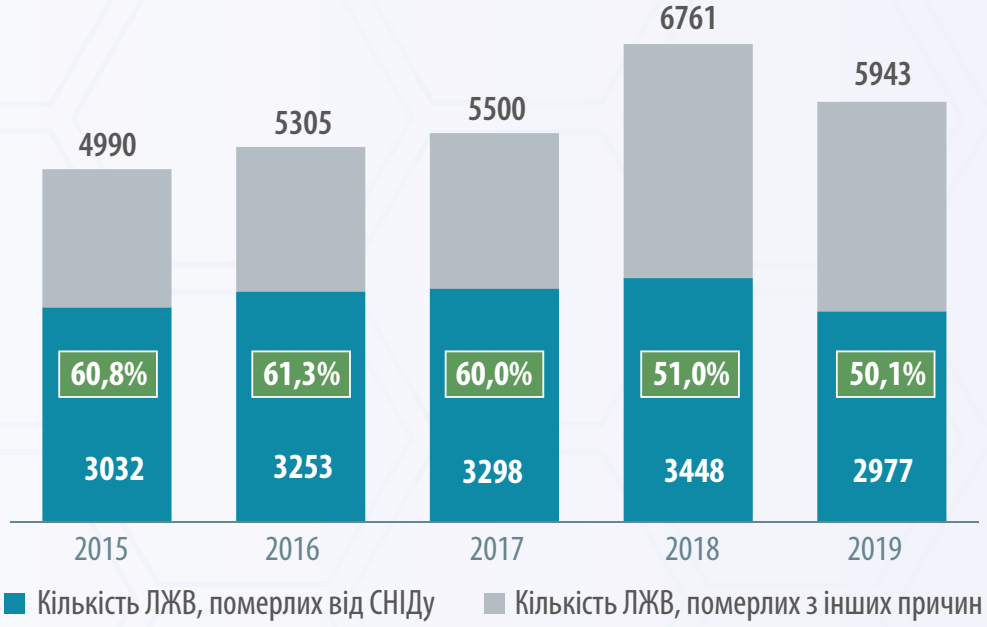


Джерело: **форма звітності №2-ВІЛ/СНІД**

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20_____ рік» (річна)

Показник смертності від СНІДу в Україні зростає з 2015 року *(Додаток 2)*, а його зниження у 2019 році обумовлене, насамперед, впливом Наказу МОЗ України від 05.06.2019 №1292 «Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції», згідно якого «туберкульоз легеневий» перенесено з IV (СНІД) до III клінічної стадії, відповідно до оновленої Клінічної класифікації стадій ВІЛ-інфекції ВООЗ *(рис. 1)*. Така ситуація дає підстави припускати зростання впливу інших захворювань на смертність ВІЛ-позитивних осіб, однак СНІД продовжує домінувати як причина летальних випадків.

Рис. 2. *Кількість померлих ЛЖВ та частка смертей від СНІДу за 2015–2019 роки (абсолютні числа)*

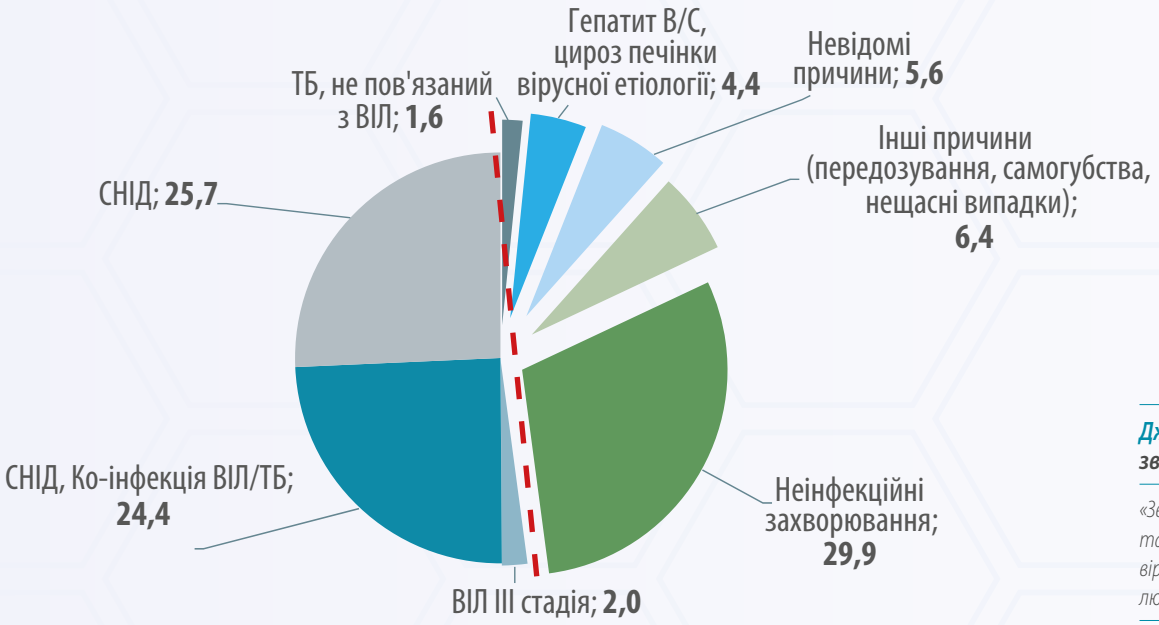


Джерело: **форма звітності №2-ВІЛ/СНІД**

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20_____ рік» (річна)

У 2019 році 52,1% смертей ЛЖВ безпосередньо пов'язані з ВІЛ, з них майже всі – від СНІДу (2977 із 3097). Поза ВІЛ, на першому місці причин смертності знаходяться хвороби шлунково-кишкового тракту, органів дихання і серцево-судинної системи *(рис. 2)*. Більше 6% смертей ЛЖВ не пов'язані із захворюваннями і спричинені передозуванням наркотичними речовинами, отруєннями, нещасними випадками та самогубствами. Тобто існує можливість запобігти кожному 15-му випадку смерті ЛЖВ завдяки програмам зменшення шкоди, наданню послуг із соціально-психологічного супроводу тощо.

Рис. 3. *Структура причин смертності ЛЖВ у 2019 році (N = 5943, %)*



Джерело: ***форма звітності № 2/1***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)» (місячна)

У структурі причин смерті ЛЖВ простежуються вікові відмінності. Певна їх частка з невідомих причин збільшується з віком *(рис. 3)*, а поширеність смертей, не пов'язаних з ВІЛ, навпаки, характерна більше для молодих людей.

Загалом у 2019 році серед померлих ЛЖВ переважають чоловіки (66,5%) та особи віком 25–49 років (75,3%) *(Додаток 3, 6)*. Щороку збільшується частка померлих ЛЖВ старше 50 років і зменшується відсоток смертей серед молодих ЛЖВ *(рис. 4, 5)*. З одного боку, смертність ЛЖВ старшого віку пов'язана з розвитком захворювань, побічні ефекти та симптоматика яких посилюються з віком. З іншого, скорочення частки молодих ЛЖВ серед померлих може пояснюватися своєчасним лікуванням та попередженням хронічних і гострих станів, зумовлених ВІЛ.

Рис. 4. *Віковий розподіл померлих ЛЖВ за причинами смерті (N = 5943, %)*

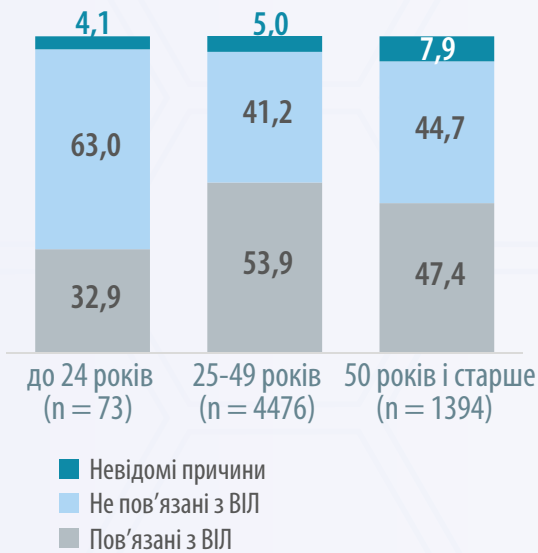
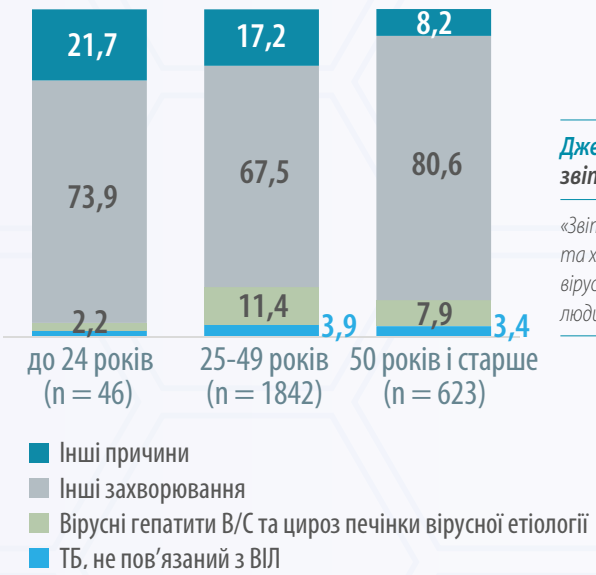


Рис. 5. *Віковий розподіл померлих ЛЖВ за причинами смерті, не пов'язаних з ВІЛ (N = 2511, %)*



Джерело: ***форма звітності № 2/1***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)» (місячна)

Рис. 6. *Статева структура померлих ЛЖВ за 2015–2019 роки (%)*

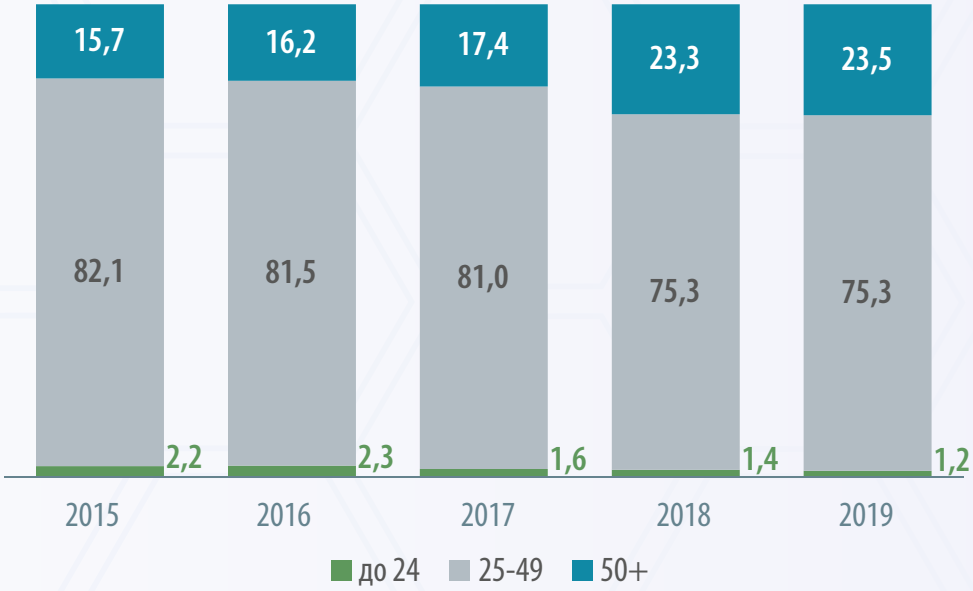
Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)

Рис. 7. *Вікова структура померлих ЛЖВ за 2015–2019 роки (%)*

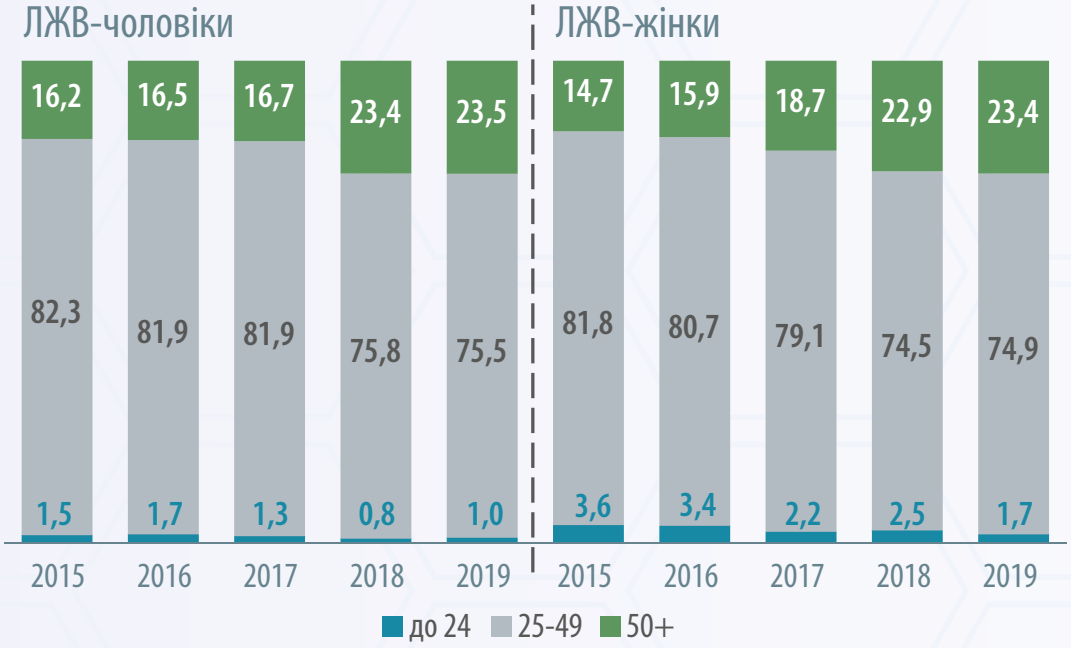
Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)



Протягом 2015–2019 років щороку спостерігається зниження частки молодих жінок до 24 років, але вона продовжує залишатися майже вдвічі вищою за аналогічний показник серед чоловіків *(рис. 6, 7, 8)*. Існування статевих відмінностей у смертності ЛЖВ свідчить про потребу детальнішого аналізу гендерних особливостей каскаду лікування *(Додаток 4, 5, 6)*.

Рис. 8. *Динаміка статево-вікової структури смертності ЛЖВ за 2015–2019 роки (%)*



Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)

2. Шляхи інфікування ВІЛ серед померлих ЛЖВ

За п'ять років серед померлих ЛЖВ частка людей, які вживали ін'єкційні наркотики, зменшилася з 45,6% у 2015 році до 36,6% у 2019 році. Зростання випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом в Україні відображається і в структурі померлих ЛЖВ – щороку частка ВІЛ-позитивних осіб, інфікованих внаслідок незахищених статевих контактів, зростає і у 2019 році та складає 60,3% *(рис. 9)*.

Рис. 9. *Розподіл померлих ЛЖВ за шляхами інфікування ВІЛ в Україні за 2015–2019 роки*

Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)

Частка людей, які вживали ін'єкційні наркотики, вища серед померлих чоловіків-ЛЖВ – 46,0%, тоді як серед жінок цей показник сягає 17,9%. Померлі жінки переважно інфікувалися ВІЛ статевим шляхом – 79,1% у 2019 році *(рис. 10)*.

Рис. 10. *Статевий розподіл померлих ЛЖВ за шляхами інфікування ВІЛ в Україні за 2015–2019 роки (%)*

Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20_____ рік» (річна)

3. Смертність ЛЖВ та охоплення антиретровірусною терапією

Вчасні діагностика ВІЛ-інфекції та початок лікування АРВ-препаратами дає змогу зменшити тягар захворювання та запобігти передчасній смерті. Відповідно до глобальної стратегії ЮНЕЙДС Fast Track та рекомендацій ВООЗ (2016) АРТ призначається всім ВІЛ-позитивним пацієнтам незалежно від клінічної стадії захворювання за класифікацією ВООЗ та кількості CD4-лімфоцитів[7]. В Україні до критеріїв обов'язкового призначення АРТ з 2010 року відносилося зменшення кількості CD4 менше 350 кл/мкл,[8] з 2016 року – менше 500 кл/мкл[9]. Підхід «лікування для всіх» у країні став чинним з 2019 року[10], хоча почав застосовуватися раніше.

З 2016 року майже половина ЛЖВ не отримувала АРТ на момент смерті. Разом з тим, щороку збільшувалася кількість тих, хто не отримував лікування – з 40,2% у 2015 році до 60,6% у 2019 році. Розподіл померлих на тих, хто «потребував, але не отримав АРТ» та «не потребував АРТ», у статистичних формах є некоректним для України останні два

7 *http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en, accessed 6 July 2018*

8 *Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 року № 551.*

9 *Наказ МОЗ України від 22.12.2015 № 887 «Про затвердження змін до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».*

10 *Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1292 «Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції».*

роки і потребує внесення змін до нормативно-правової бази. Проте на рівні деяких регіонів продовжується збір відповідних даних, що потребує додаткового вивчення цього питання *(рис. 11)*.

Рис. 11. *Розподіл померлих ЛЖВ за прийомом АРТ протягом 2015–2019 років (%)*

Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)

Питання про своєчасне виявлення не діагностованих ВІЛ-позитивних осіб та доведення їх до лікування актуалізується і з огляду на те, що серед померлих ЛЖВ від СНІДу за останні п'ять років збільшується відсоток тих, хто отримував лікування *(рис. 12)*. З одного боку, щороку зростає кількість ЛЖВ, які знають про свій статус та проходять лікування *(відповідно, зростання кількості пацієнтів АРТ приводить до того, що і в структурі померлих ЛЖВ їх частка збільшується)*. З іншого, лікування розпочинається запізно, коли результативність терапії або низька, або смерть сталася раніше, ніж АРВ-препарати почали діяти (наприклад, особа розпочала АРТ на пізніх стадіях захворювання та померла через тиждень після початку лікування).

Рис. 12. *Розподіл померлих від СНІДу за прийомом АРТ протягом 2015–2019 років (%)*

Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)

Каскадний підхід до аналізу даних ілюструє важливість раннього початку лікування та результативність його у подальшому. В 2019 році 59,8% тих ЛЖВ, які отримували АРТ на момент смерті, приймали препарати більше року *(рис. 13)*. Серед ЛЖВ, які померли від СНІДу, цей показник нижче – 52,2%, хоча частка осіб, які отримують АРТ, зростає щороку *(рис. 14)*.

Рис. 13. *Каскад лікування усіх померлих ЛЖВ протягом 2015–2019 років (у %)*

Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)

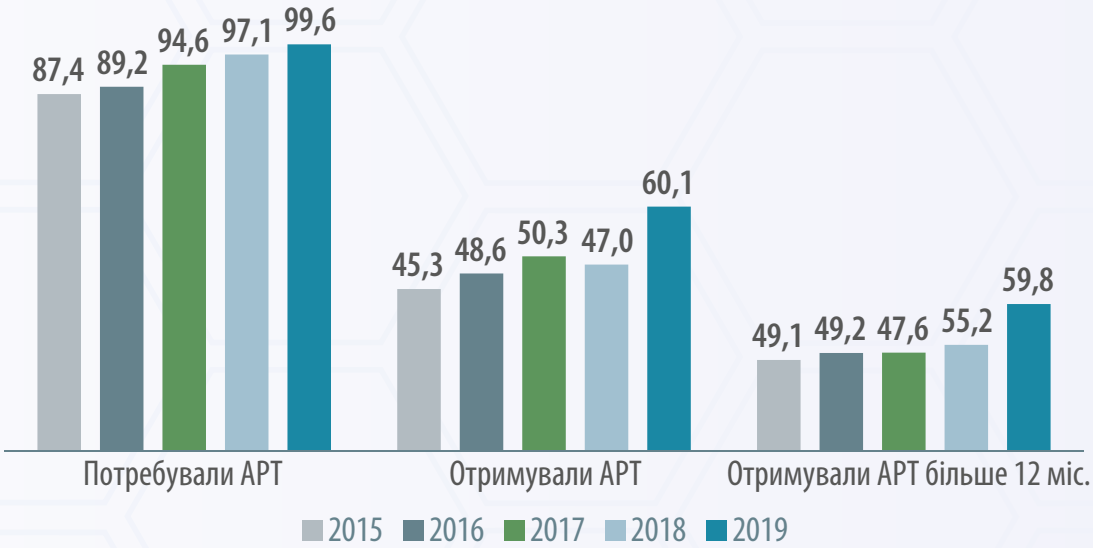
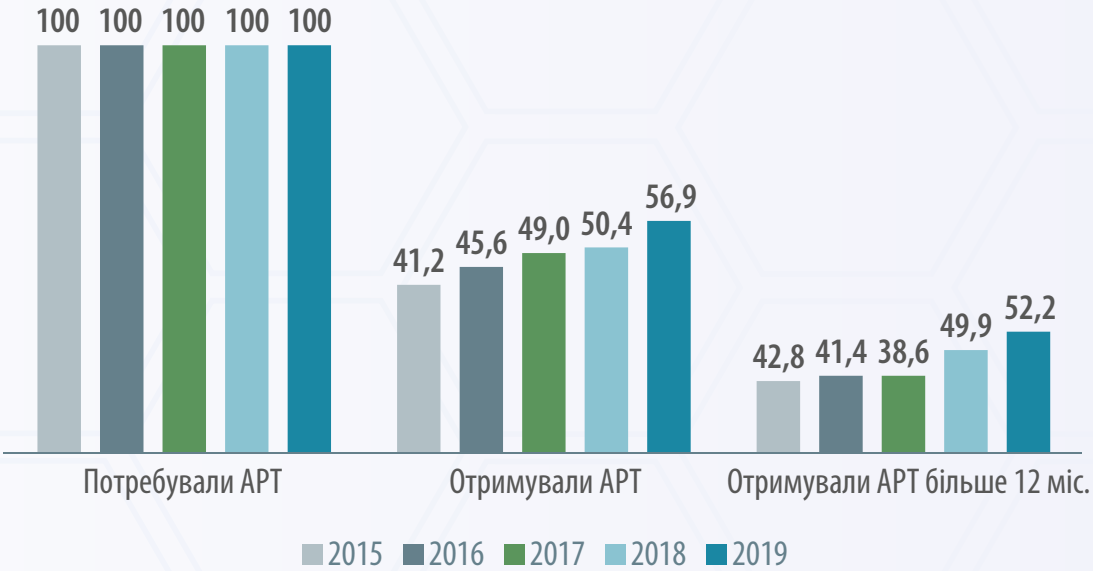


Рис. 14. *Каскад лікування померлих від СНІДу протягом 2015–2019 років (у %)*

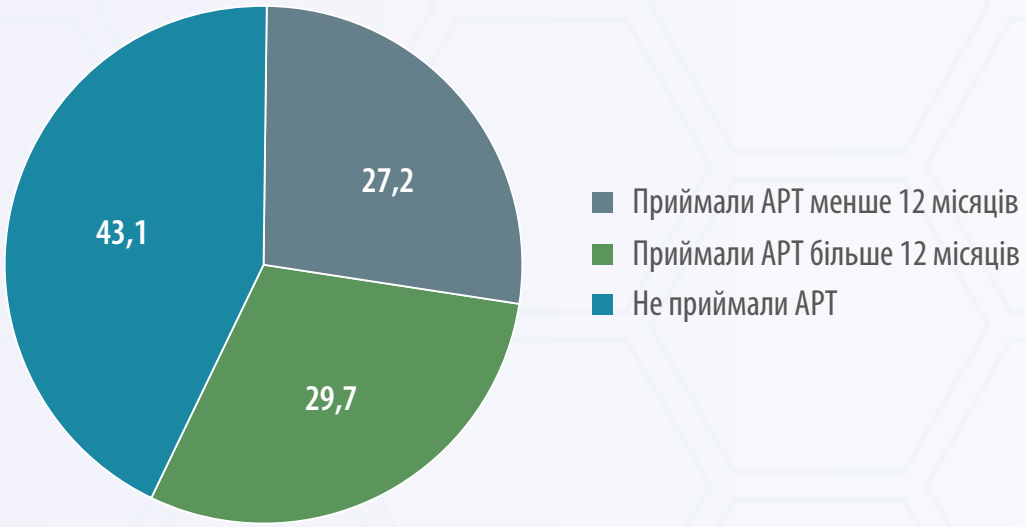
Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)



Загальний показник смертності серед ЛЖВ, які перебували на АРТ на момент смерті, не залежить від шляху інфікування ВІЛ. За даними 2019 року, серед померлих, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, отримували АРТ 56,8% осіб, серед ЛВІН – 65%, серед дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками – 57,9%, серед ЛЖВ з не визначеним шляхом передачі – 60% *(рис. 15)*.

Рис. 15. *Розподіл померлих від СНІДу за прийомом АРТ у 2019 році (у %)*

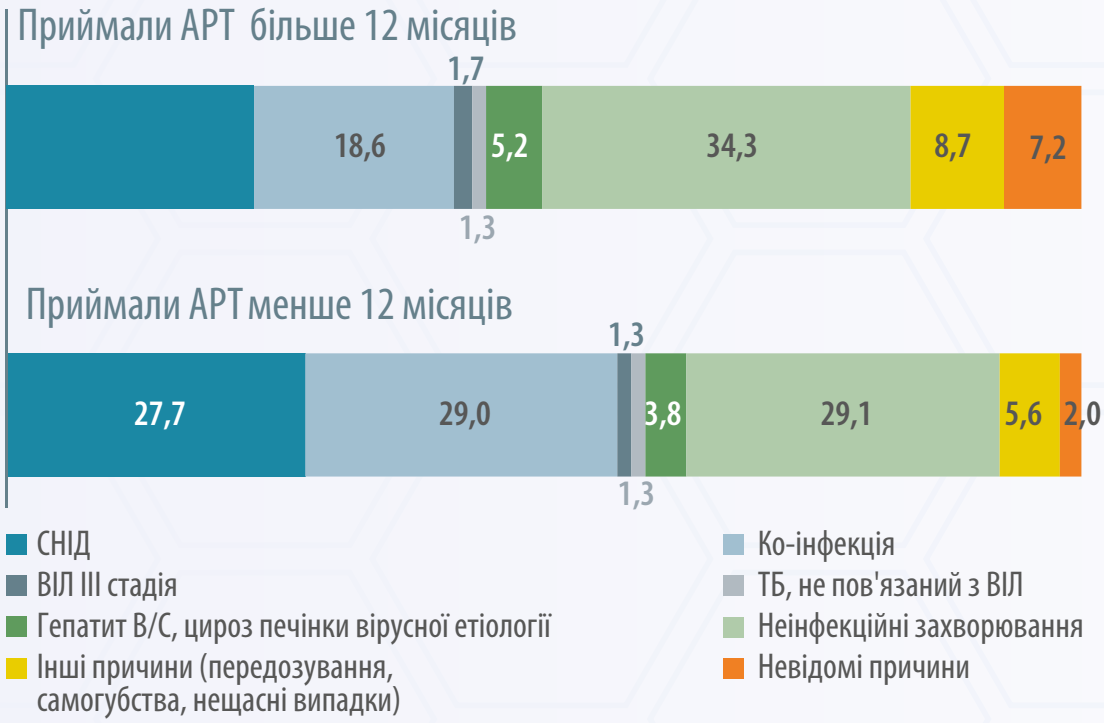


Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)»

Частка пацієнтів зі СНІДом, які не приймають АРТ, зменшується. Тим не менше, у 2019 році 30% випадків смерті від СНІДу були серед ЛЖВ, які приймали АРТ більше одного року *(рис. 16)*.

Рис. 16. *Порівняння причин смерті серед усіх ЛЖВ, які померли в 2019 році і перебували на АРТ більше чи менше 12 міс. (у %)*



Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)»

4. Регіональна специфіка смертності ЛЖВ

Найбільша частка всіх померлих ЛЖВ в Україні припадає на Дніпропетровську (23,8%), Одеську (11,9%) та Донецьку (11,8%) області *(рис. 17)*, і рейтинг цих міст не змінюється протягом останніх п'яти років. Регіональні дані, як і загальні результати, представлені вище, наведені без урахування Автономної Республіки Крим та непідконтрольних частин Донецької і Луганської областей.

У 2019 році в п'яти регіонах України смертність від СНІДу перевищує загальнонаціональний показник *(7,7 на 100 тис. населення)*: Дніпропетровська (22,6), Одеська (18,6), Донецька (14,1), Миколаївська (12,1) та Кіровоградська (11,1) області, а в м. Київ знаходиться на тому ж рівні (7,7) *(рис. 18)*.

Рис. 17. *Регіональний розподіл померлих ЛЖВ у 2019 році (у %)*

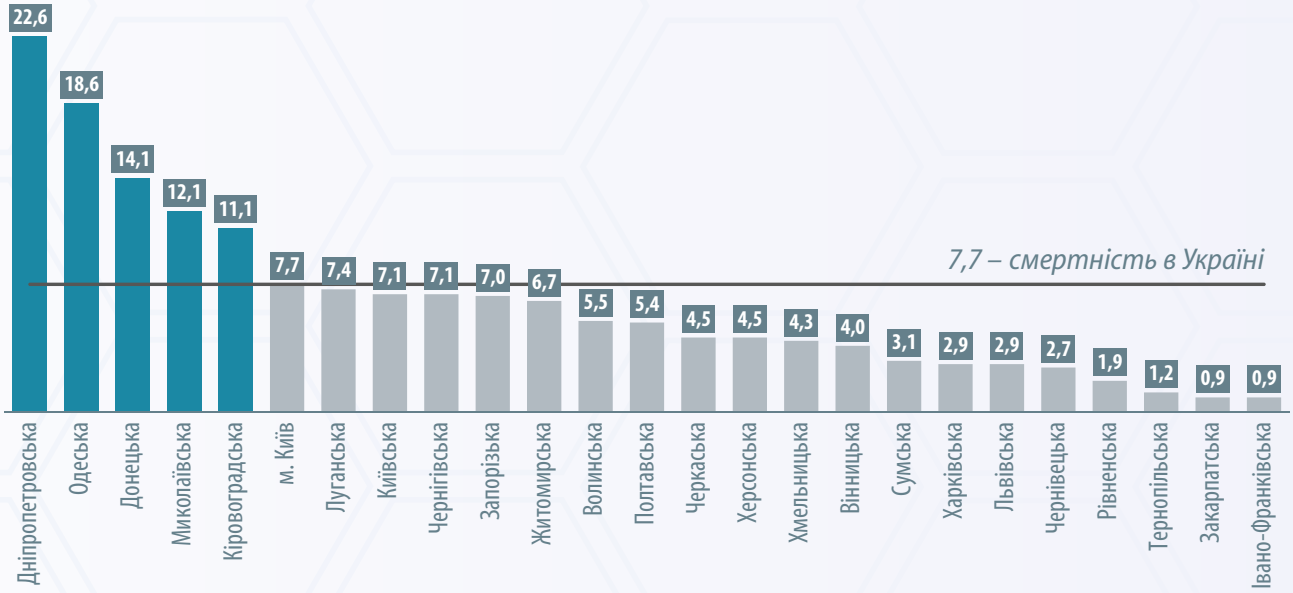
Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)

Рис. 18. *Смертність від СНІДу в 2019 році за регіонами України (на 100 тис. населення)*

Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)

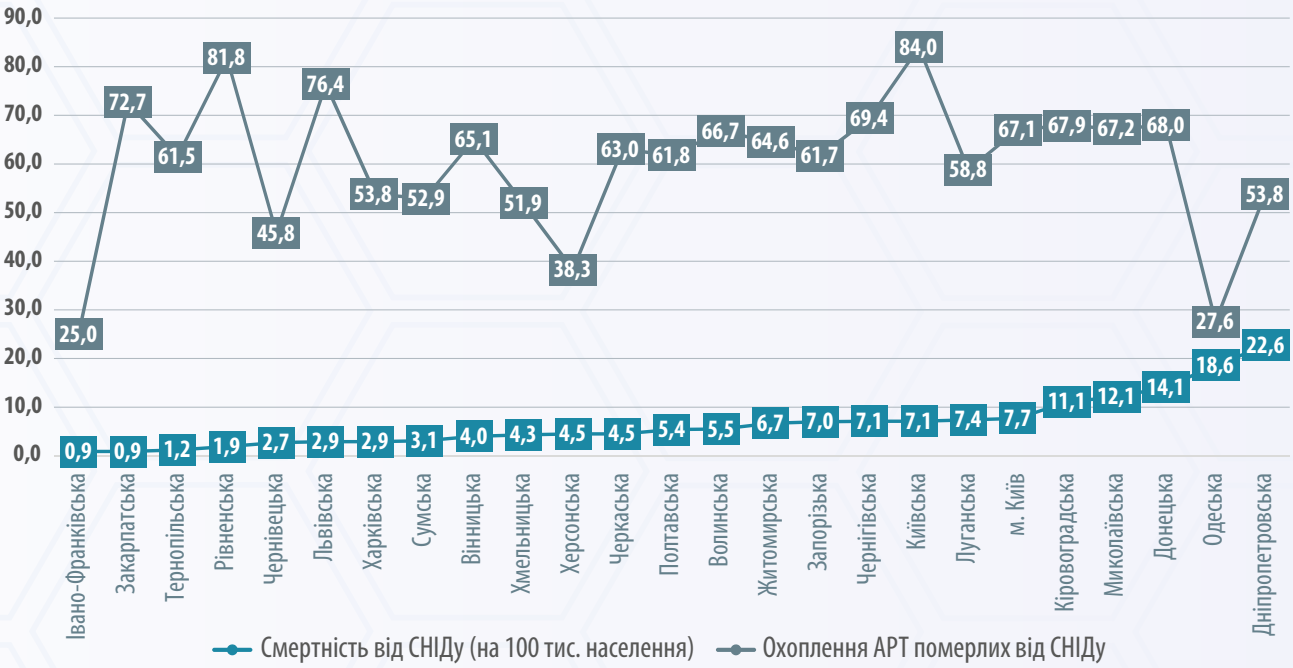


У чотирьох виділених вище регіонах з високим показником смертності від СНІДу більше половини померлих отримували АРТ, і лише в Одеській області охоплення лікуванням на момент смерті складає 27,6%. До регіонів з низьким охопленням АРТ також відносяться Івано-Франківська (25,0%) та Херсонська (38,3%) області, хоча показник смертності в них до 5 на 100 тис. населення *(рис. 19)*. Тобто, незважаючи на те, що в цих регіонах від СНІДу помирає невелика кількість осіб, лише третина з них отримувала лікування.

Рис. 19. *Смертність від СНІДу та рівень охоплення померлих АРТ у 2019 році (у %)*

Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)

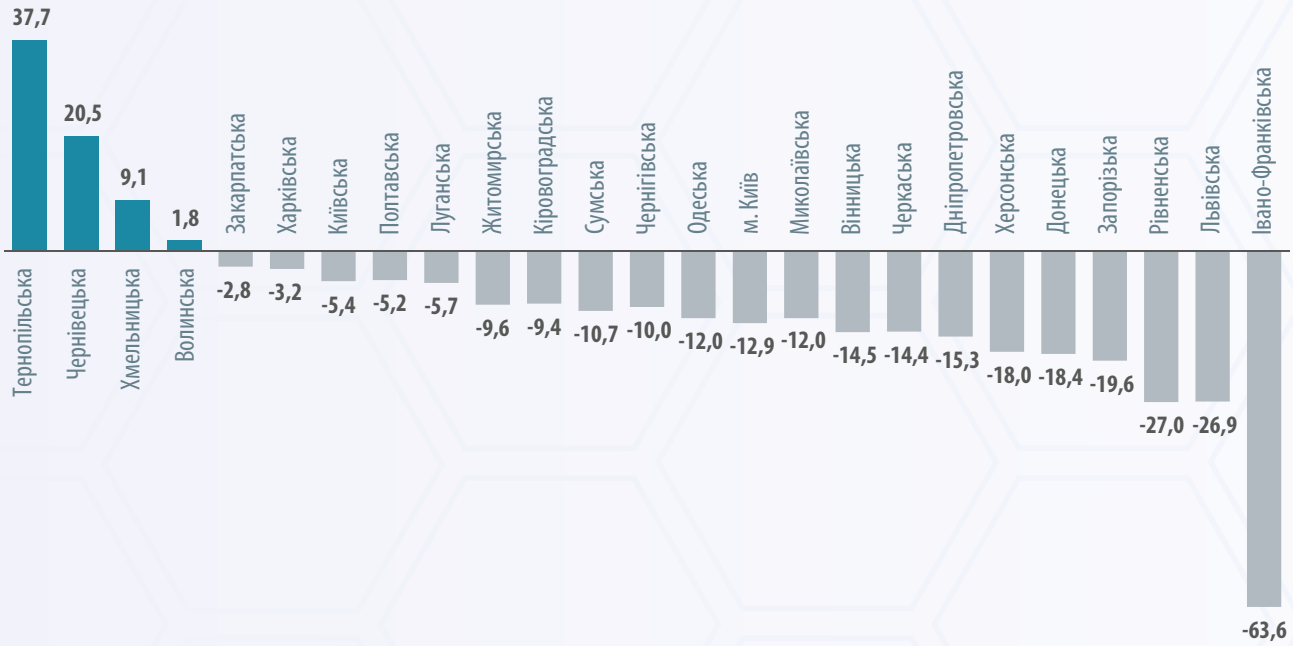


Незважаючи на зниження рівня смертності від СНІДу в 2019 році по Україні ($Т_{пр}$ = –13,2%), в окремих регіонах значення показника залишається високим або не має стабільної тенденції до зниження. У чотирьох регіонах спостерігається зростання смертності: Тернопільська (+44,4%), Чернівецька (+20,0%), Хмельницька (+8,0), Волинська (+1,8%) області *(рис. 20)*.

Рис. 20. *Темп приросту показника смертності від СНІДу в 2019 році за регіонами України (%, у порівнянні з 2018 роком)*

Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)



Узагальнена ситуація щодо смертності ЛЖВ за кожним регіоном представлена у *табл. 1.* За стовпчиками «Смертність від СНІДу» та «Охоплення померлих від СНІДу АРТ» червоним кольором виділені регіони, де відповідні показники перевищують середній по Україні, за стовпчиком «Померлі ЛЖВ» – регіони, на які припадає найбільша частка померлих осіб, а за стовпчиком «Темп приросту смертності від СНІДу» – ті регіони, в яких смертність від СНІДу в 2019 році перевищила аналогічний показник 2018 року.

Таблиця 1. *Узагальнені показники смертності від СНІДу за регіонами у 2019 році*

№	РЕГІОН	ПОМЕРЛІ ЛЖВ		ПОМЕРЛІ ВІД СНІДУ		СМЕРТНІСТЬ ВІД СНІДУ (НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ)	ОХОПЛЕННЯ ПОМЕРЛИХ ВІД СНІДУ АРТ (%)	ТЕМП ПРИРОСТУ СМЕРТНОСТІ ВІД СНІДУ (%)
		N	%	N	%			
1	**Україна**	**5943**	**100,0**	**2977**	**100,0**	**7,7**	**56,9**	**–13,2**
2	м. Київ	411	6,9	228	7,7	7,7	67,1	– 12,9
3	Вінницька область	127	2,1	63	2,1	4,0	65,1	–14,5
4	Волинська область	111	1,9	57	1,9	5,5	66,7	1,8
5	Дніпропетровська область	1414	23,8	728	24,5	22,6	53,8	–15,3
6	Донецька область	699	11,8	269	9,0	14,1	68,0	–18,4
7	Житомирська область	180	3,0	82	2,8	6,7	64,6	–9,6
8	Закарпатська область	21	0,4	11	0,4	0,9	72,7	–2,8
9	Запорізька область	236	4,0	120	4,0	7,0	61,7	–19,6
10	Ів.-Франківська область	39	0,7	12	0,4	0,9	25,0	–63,6
11	Київська область	218	3,7	125	4,2	7,1	84,0	–5,4
12	Кіровоградська область	137	2,3	106	3,6	11,1	67,9	–9,4
13	Луганська область	104	1,7	51	1,7	7,4	58,8	–5,7
14	Львівська область	103	1,7	72	2,4	2,9	76,4	–26,9
15	Миколаївська область	317	5,3	137	4,6	12,1	67,2	–12,0
16	Одеська область	706	11,9	442	14,8	18,6	27,6	–12,0
17	Полтавська область	118	2,0	76	2,6	5,4	61,8	– 5,2
18	Рівненська область	57	1,0	22	0,7	1,9	81,8	–27,0
19	Сумська область	87	1,5	34	1,1	3,1	52,9	–10,7
20	Тернопільська область	34	0,6	13	0,4	1,2	61,5	37,7
21	Харківська область	166	2,8	78	2,6	2,9	53,8	– 3,2
22	Херсонська область	229	3,9	47	1,6	4,5	38,3	–18,0
23	Хмельницька область	88	1,5	54	1,8	4,3	51,9	9,1
24	Черкаська область	185	3,1	54	1,8	4,5	63,0	–14,4
25	Чернівецька область	37	0,6	24	0,8	2,7	45,8	20,5
26	Чернігівська область	119	2,0	72	2,4	7,1	69,4	–10

Відповідно, у зведених даних слід звернути увагу на:

- Дніпропетровську та Одеську області, де, незважаючи на зниження смертності від СНІДу за останній рік, ситуація продовжує залишатися критичною;
- Донецьку область, яка перебуває в першій трійці областей за рівнем смертності, хоча у 2019 році цей показник знизився і 68% померлих від СНІДу отримували АРТ;
- Івано-Франківську, Сумську, Харківську та Херсонську області, де ситуація загалом є кращою, ніж по Україні в цілому, однак є необхідність своєчасного виявлення ВІЛ-позитивних осіб та надання АРТ, особливо особам з IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції *(тобто хворим на СНІД)*;
- Хмельницьку та Чернівецьку області, де у 2019 році смертність від СНІДу хоч і була нижчою за національний показник, однак спостерігався приріст і близько половини хворих на СНІД, які померли, отримували АРТ.

5. Джерела даних щодо смертності ЛЖВ в Україні

В Україні існує чотири джерела даних, які використовуються для аналізу показників смертності ЛЖВ, та дві вертикальні системи збору даних.

I. Центр громадського здоров'я МОЗ України *(ЦГЗ МОЗ)*, регіональні ЗОЗ, що відповідають за РЕН *(Центри СНІДу, ЦГЗ)*, локальні ЗОЗ, що здійснюють нагляд за ЛЖВ *(сайти АРТ, Кабінет «Довіра», інші ЗОЗ)*.

1. Рутинний епідеміологічний нагляд за хворими на ВІЛ-інфекцію[11]

Основними нормативними документами, що регламентують облік та звітність випадків смерті від ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні у межах РЕН, є: Наказ МОЗ України від 05.03.2013 № 180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27 березня 2013 року за № 495/23027; Наказ МОЗ України від 03.12.2015 № 816 «Про внесення змін до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 05 березня 2013 року № 180», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 25 липня 2013 року за № 195/28325 від 05.02.2016.

11 *Обліково-звітна документація з питань ВІЛ/СНІДу регламентована Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.03.2013 року № 180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27 березня 2013 року за № 497/23029.*

1.1. Регіональні ЗОЗ збирають інформацію про кількість та причини смерті ВІЛ-позитивних осіб на підставі облікової форми № 502-2/о «Повідомлення про зміни в Реєстраційній карті ВІЛ-інфікованої особи № __», де зазначаються заключний клінічний та патолого-анатомічний діагноз та причина смерті за шифром МКХ-10 *(B.20-B.24, інші коди МКХ-10)*.

1.2. Регіональні ЗОЗ узагальнюють інформацію за цієї формою та передають як частину звітності № 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини *(ВІЛ)*, за 20____ рік» *(річна)*, звітності № 1-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини *(ВІЛ)*, за ___ квартал 20__ року» *(квартальна)*, звітності № 2/1 «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини *(ВІЛ)*» *(місячна)* до Центру громадського здоров'я МОЗ України на паперових носіях. За допомогою цих форм можна отримати оновлені клініко-епідеміологічні характеристики померлих ЛЖВ у рамках РЕН. Форми містять дезагреговані дані за віком, статтю, шляхами інфікування, клінічною стадією ВІЛ-інфекції на датою смерті, отримання АРТ на момент смерті та тривалістю лікування до моменту смерті від 12 місяців і більше.

1.3. ЦГЗ МОЗ узагальнює отримані дані та передає їх у розрізі регіонів та в цілому по Україні до Центру медичної статистики МОЗ України та Державної служби статистики України на паперових носіях.

2. Медична інформаційна система «ВІЛ-інфекція в Україні»

З 2012 року в Україні, за технічної допомоги PEPFAR, розпочалася розробка Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції – медичної інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні» *(далі – МІС-ВІЛ)* як основного інструменту рутинного моніторингу програм профілактики, лікування, догляду і підтримки, а також джерела даних РЕН. Наразі МІС-ВІЛ впроваджена у 25 регіонах, у т.ч. в установах Державної кримінально-виконавчої служби України.

2.1. Регіональні та локальні ЗОЗ вносять інформацію про реєстрацію та причину смерті ВІЛ-позитивної особи до МІС-ВІЛ по мірі її надходження. Облік даних здійснюється відповідно до «Керівництва користувача медичної автоматизованої інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні». Серед елементів системи, що дозволяють фіксувати інформацію про смерть ВІЛ-позитивної особи: «Дата зняття з обліку», «Причина зняття з обліку», «Дата смерті», «Захворювання, що спричинило смерть», «Заключний діагноз» *(клінічний)*, «Діагноз патологоанатома», «Зв'язок смерті із ВІЛ», «Стадія ВІЛ на момент смерті».

2.2. ЦГЗ МОЗ є кінцевим сховищем даних про ЛЖВ, які перебувають на обліку в ЗОЗ країни. МІС-ВІЛ на національному рівні дає змогу запровадити єдиний підхід до кодування ЛЖВ, уникнути дублювання та підвищити достовірність даних.

3. Програма Spectrum

ЦГЗ МОЗ України щороку оновлює оціночні та прогнозовані дані з ВІЛ/СНІДу за допомогою комп'ютерної програми ***Spectrum*** і вносить у модель дані офіційної статистики епідеміологічного та медичного нагляду, результати біоповедінкових досліджень, оціночну чисельність груп високого ризику, демографічні та репродуктивні показники населення. Програма генерує оціночні дані та прогноз епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, у т.ч. щодо смертності. Окремо показники смертності до програми не вносяться. Згідно з останньою оцінкою на початок 2019 року, найбільша кількість померлих від СНІДу спостерігалася у 2007–2009 роках *(близько 15 тис. осіб)* та в подальшому, внаслідок зростання рівня охопленості АРТ, почала знижуватися. Від 2021 до кінця 2025 року оціночне число померлих від СНІДу утримуватиметься на рівні 1,2 тис. осіб. Найбільш вираженим є зростання частки померлих осіб віком старше 50 років, яка з 10% на початку епідемії збільшиться до 40 % на кінець 2025 року. Такі результати свідчать як про подовження тривалості життя ВІЛ-позитивних осіб через підвищення рівня охопленості АРТ, так і про «старіння» епідемії ВІЛ-інфекції.

II. Державна служба статистики України *(далі – Держстат)*, Головні управління статистики *(ГУС)* в АР Крим, областях, містах Київ та Севастополь, відділи державної реєстрації актів цивільного стану Головного управління юстиції Міністерства юстиції України *(РАЦС)*.

1. Свідоцтва про смерть

1.1. Органи РАЦС здійснюють реєстрацію випадків смерті, зокрема зумовлених ВІЛ, на підставі лікарського свідоцтва про смерть *(форма № 106/о)*, фельдшерської довідки про смерть *(форма № 106-1/о)*, лікарського свідоцтва про пренатальну смерть *(форма № 106-2/о)*. Акт про смерть[12] заповнюють у двох примірниках, один з яких разом з лікарським свідоцтвом передається до ГУС.

1.2. ГУС в областях та у м. Київ здійснюють кодування інформації, зокрема причин смерті у відповідності до вимог МКХ-10, обробку інформації та формування агрегованих даних і направляють агреговану інформацію по регіонах до Державної служби статистики України.

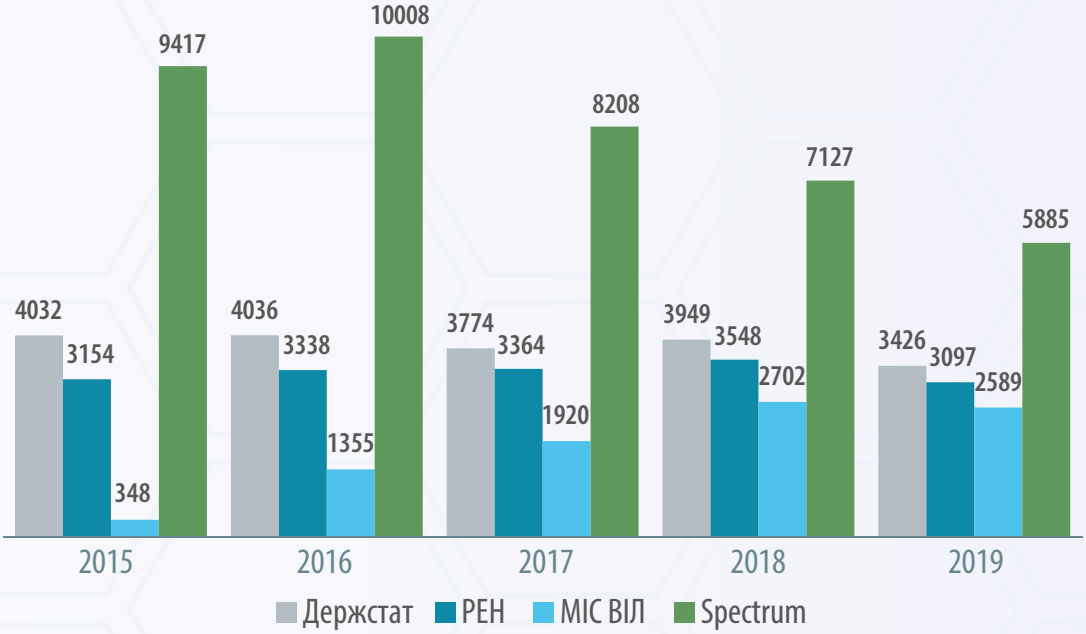
Існування різних джерел та відсутність налагодженого процесу звірки даних між розпорядниками інформації призводить до суттєвих розбіжностей у даних *(рис. 21)*. З огляду на відсутність збору та реєстрації даних про кількість ВІЛ-позитивних людей, які померли і не знали про свій статус, показники Spectrum є найбільш ймовірною верхньою межею оціночного діапазону кількості померлих ЛЖВ в Україні.

12 *http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/TF010829.html*

Рис. 21. *Порівняння кількості померлих ЛЖВ в Україні за різними джерелами даних*

***Джерело:* форма звітності №2-ВІЛ/СНІД**

Джерело: дані Держстату; форма звітності № 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна); МІС-ВІЛ, Spectrum



У 2019 році деяка розбіжність щодо кількості померлих осіб від хвороб, зумовлених ВІЛ, між даними Держстату та результатами РЕН спостерігалася у кожному регіоні, проте у деяких з них ця різниця була суттєвою – Одеська *(66 осіб)*, Дніпропетровська і Херсонська *(по 59 осіб)*. Загалом по Україні різниця у даних за 2019 рік складає 329 випадків *(3426 осіб – Держстат, 3097 осіб – РЕН)* ***(табл. 2)***.

Існуючі розбіжності між даними пояснюються декількома причинами:

- Основна причина смерті особи з ВІЛ-позитивним статусом у ЗОЗ різних профілів *(фтизіатричного, наркологічного, інфекційного тощо)* частіше кодується B20-B24 відповідно до МКХ-10, проте фактично летальний випадок може бути пов'язаний з іншим захворюванням – тобто простежується гіпердіагностика смертей, пов'язаних з ВІЛ.
- ЛЖВ можуть не розкрити свого ВІЛ-позитивного статусу під час лікування поза межами центрів СНІДу та їх відділень і у випадку смерті, пов'язаної з ВІЛ, причина може бути закодована не B20-B24, а іншим шифром МКХ-10. Відповідно, для служби статистики такі випадки втрачаються як «хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)».

В Україні здійснюється тестування на ВІЛ-інфекцію померлих осіб з її клінічними ознаками. У межах сероепідеміологічного моніторингу за кодом 119 збираються дані щодо кількості та результатів тестування секційного матеріалу *(трупної крові)*. Щороку в країні проводять у середньому 800 досліджень на ВІЛ-інфекцію, а рівень поширеності ВІЛ серед померлих з клінічними ознаками ВІЛ-інфекції за 2015–2019 роки коливався від 8,0% до 28,4% ***(рис. 22)***.

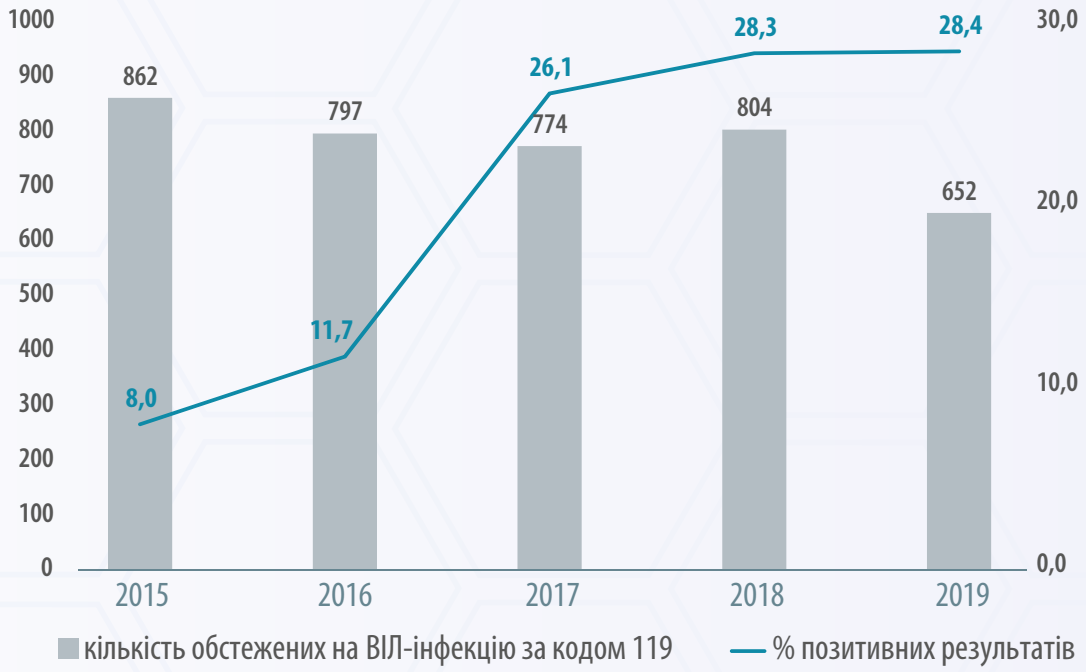
Таблиця 2. *Порівняння даних РЕН та Держстату щодо осіб, померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ, у 2019 році за регіонами*

№	РЕГІОН	РЕН (ЦГЗ МОЗ)	ДЕРЖСТАТ	РІЗНИЦЯ МІЖ ДАНИМИ ДЕРЖСТАТУ ТА РЕН	
		КІЛЬКІСТЬ ПОМЕРЛИХ, ОСІБ, АБСОЛЮТНІ ЧИСЛА	КІЛЬКІСТЬ ПОМЕРЛИХ, ОСІБ, АБСОЛЮТНІ ЧИСЛА	АБС. Ч.	%
1	Україна	3097	3426	329	11
2	м. Київ	246	233	–13	–5
3	Вінницька область	64	45	–19	–30
4	Волинська область	59	52	–7	–12
5	Дніпропетровська область	788	847	59	7
6	Донецька область	282	295	13	5
7	Житомирська область	84	102	18	21
8	Закарпатська область	12	20	8	67
9	Запорізька область	125	119	–6	–5
10	Ів.-Франківська область	12	24	12	100
11	Київська область	125	132	7	6
12	Кіровоградська область	106	131	25	24
13	Луганська область	51	53	24	4
14	Львівська область	72	108	36	50
15	Миколаївська область	145	160	15	10
16	Одеська область	442	508	66	15
17	Полтавська область	83	72	–11	–13
18	Рівненська область	22	26	4	18
19	Сумська область	35	38	3	9
20	Тернопільська область	13	11	–2	–15
21	Харківська область	78	83	5	6
22	Херсонська область	47	106	59	126
23	Хмельницька область	55	72	17	31
24	Черкаська область	54	65	11	20
25	Чернівецька область	25	27	2	8
26	Чернігівська область	72	97	25	35

Рис. 22. *Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ за кодом 119 (померлі особи з клінічними ознаками ВІЛ-інфекції) в Україні за 2015–2019 роки*

Джерело: ***форма звітності №2-ВІЛ/СНІД***

«Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна)



Код 119 має найвищий рівень інфікованості ВІЛ у порівнянні з іншими кодами СЕМ. Це пов'язано з тим, що більшість протестованих померлих мали типові (характерні) клінічні ознаки ВІЛ-інфекції.

Згідно законодавства України[13], розтину та реєстрації в протоколі патолого-анатомічного дослідження підлягають всі особи, які померли в ЗОЗ та поза ЗОЗ, відміна розтину не дозволяється при інфекційних хворобах та підозрі на них. Нормативно-правова база, що чітко регламентує порядок проведення патолого-анатомічних досліджень у разі підозри на ВІЛ-інфекцію на підставі результатів лабораторного дослідження, відсутня в Україні. У той же час, на підставі патолого-анатомічного діагнозу здійснюється зняття з обліку померлої ВІЛ-інфікованої особи.

Оскільки законодавча база щодо тестування на ВІЛ померлих осіб відсутня, аналіз результатів СЕМ за кодом 119 за регіонами України дозволяє визначити ті з них, де на локальному рівні налагоджена співпраця фахівців різних служб. Наприклад, лише в Одеській, Харківській, Запорізькій, Дніпропетровській та Житомирській областях існує інформаційний обмін між ЗОЗ, що здійснюють медичний нагляд за ЛЖВ, регіональним патолого-анатомічним бюро та бюро судово-медичної експертизи *(табл. 3)*.

13 *Основи законодавства України про охорону здоров'я, стаття 72. Патолого-анатомічні розтини*

Таблиця 3. *Результати сероепідеміологічного моніторингу за кодом 119 за 2015–2019 роки, за регіонами*

РЕГІОН	КІЛЬКІСТЬ ОБСТЕЖЕНЬ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ					КІЛЬКІСТЬ ВІЛ± РЕЗУЛЬТАТІВ					ЧАСТКА ВІЛ±, %				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Україна*	**882**	**797**	**774**	**804**	**652**	**69**	**93**	**202**	**229**	**185**	**7,8**	**11,7**	**26,1**	**28,5**	**28,4**
Вінницька область	49	19	12	23	18	0	0	0	3	3	0,0	0,0	0,0	13,0	16,7
Волинська область	0	1	0	0	0		0					0,0			
Дніпропетровська область	24	10	9	23	12	4	1	3	5	4	16,7	10,0	33,3	21,7	33,3
Донецька область	5	2	3	2	0	0	0	0			0,0	0,0	0,0	0,0	
Житомирська область	62	50	74	77	50	5	5	4	3	5	8,1	10,0	5,4	3,9	10,0
Закарпатська область	0	0	0	0	0	0									
Запорізька область	83	40	63	35	17	6		2	0	1	7,2	0,0	3,2	0,0	5,9
Ів.-Франківська область	2	1	0	0	0	1	0				50,0	0,0			
Київська область	0	0	1	0	0			1					100,0		
Кіровоградська область	30	5	11	12	7	5	2	1	3	1	16,7	40,0	9,1	25,0	14,3
Луганська область	0	0	1	29	1	0		0	0	0			0,0	0,0	0,0
Львівська область	4	6	6	6	5	0	0	0	1	1	0,0	0,0	0,0	16,7	20,0
Миколаївська область	2	2	0	0	0	0	0				0,0	0,0			
Одеська область	531	553	492	467	437	45	76	182	203	159	8,5	13,7	37,0	43,5	36,4
Полтавська область	0	0	0	1	0				0					0,0	
Рівненська область	0	0	0	0	2					0					0,0
Сумська область	0	0	0	0	5					1					20,0
Тернопільська область	0	0	0	0	0										
Харківська область	83	85	93	116	95	2	7	8	10	9	2,4	8,2	8,6	8,6	9,5
Херсонська область	1	2	0	1	0	0	0		0		0,0	0,0		0,0	
Хмельницька область	4	3	4	8	1	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Черкаська область	1	12	4	3	2	0	0	1	1	1	0,0	0,0	25,0	33,3	50,0
Чернівецька область	0	5	1	1	0		2	0	0			40,0	0,0	0,0	
Чернігівська область	1	1	0	0	0	1	0				100,0	0,0			
м. Київ	0	0	0	0	0										

Джерело: форма звітності № 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20_____ рік» (річна)

Варто зауважити, що ще десять років тому на рівні ГУС вищевказані статистичні роботи виконувалися спеціалістами, які займались виключно розробкою причин смерті. Один раз на рік спеціалісти приїжджали на нараду в Держстат, де проводилися відповідні навчання та надавалися консультації. Упродовж року ГУС за необхідності направляли запити щодо правильності кодування до обласних управлінь охорони здоров'я та Держстату. Один раз на рік до обласних управлінь охорони здоров'я та Держстату ГУС направлялися оглядові листи щодо неправильного заповнення медичної документації із зазначенням ЗОЗ, у якому був виданий неправильно заповнений документ, та лікаря, який цей документ видав. Систематично фахівці Держстату перевіряли правильність кодування причин смерті у ГУСах.

Поступово ця робота була припинена. Наразі Держстат не контролює правильність кодування причин смерті. Аналіз агрегованих даних не дає змоги у повному обсязі надати інформацію про дійсні першопричини смерті.

Упродовж 2019 року жодного тестування на ВІЛ-інфекцію за кодом 119 не було здійснено в одинадцяти областях України – Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Миколаївській, Полтавській, Тернопільській, Херсонській, Чернівецькій, Чернігівській та м. Київ, з них п'ять регіонів відносяться до територій зі «зрілою епідемією» – Київська, Миколаївська, Херсонська, Чернігівська області та м. Київ.

Отримані дані можуть свідчити про існуючу проблему гіподіагностики випадків смерті ЛЖВ майже в усіх регіонах України. Причини такої ситуації можуть бути пов'язані з недостатнім рівнем кваліфікації лікарів, відповідальних за постановку клінічного та патолого-анатомічного діагнозів, етіологічну діагностику низки опортуністичних інфекцій, пов'язаних з ВІЛ.

РОЗДІЛ II

ЗБІР СТАТИСТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ПРИЧИН СМЕРТІ В ОРГАНАХ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ СТАТИСТИКИ УКРАЇНИ

Головні управління статистики (ГУС) щомісяця отримують з відділів державної реєстрації актів цивільного стану Головного управління юстиції Міністерства юстиції України в Автономній Республіці Крим, головних управлінь юстиції в областях, містах Києві та Севастополі звіти за формою № 97 та другі примірники актових записів про смерть, включених до звіту, разом з первинною медичною документацією, що засвідчує випадки смерті (лікарськими свідоцтвами про смерть *(форма № 106/о)*, лікарськими свідоцтвами про перинатальну смерть *(форма № 106-2/о)*, фельдшерськими довідками про смерть *(форма № 106-1/о)) (далі – медична документація)* та копіями рішень суду про встановлення факту смерті.

ГУС здійснюють перевірку документів первинного обліку на відповідність вказаної кількості актових записів про смерть у формах звітності № 97 «Звіт про державну реєстрацію актів цивільного стану» *(місячна)* та № 98 «Звіт про державну реєстрацію актів цивільного стану» *(піврічна, річна)*[14] з наявними актовими записами та медичною документацією.

Інформація щодо причини смерті в медичній документації в ГУС аналізується, кодується *(якщо відсутній код МКХ-10)*, редагується *(за потреби)*, вводиться до бази даних, формуються статистичні таблиці звітності.

Кодування причин смерті здійснюється відповідно до вимог МКХ-10, згідно з Наказом МОЗ України від 29.08.2008 № 503 «Про затвердження методичних рекомендацій

14 *Наказ Міністерства юстиції України від 24.01.2013 № 169/5, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 29 січня 2013 р. за № 189/22721, зі змінами, внесеними згідно з наказами Міністерства юстиції від 13.08.2015 № 1494/5 та від 03.02.2020 № 339/5.*

Кодування захворюваності та смертності у відповідності із Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду».

У разі необхідності уточнення інформації в первинних облікових документах чи помилок в інформації при звірці даних актового запису про смерть та медичної документації здійснюються відповідні запити до органів РАЦС та ЗОЗ.

Інформація, що підлягає уточненню, перевіряється і редагується упродовж року до початку формування річного звіту.

Статистичні таблиці звітності, сформовані та уточнені ГУС, разом з детальними поясненнями направляються до Головного управління регіональної статистики *(далі – ГУРС)* Державної служби статистики України для формування статистичної звітності по країні в цілому.

Отримані упродовж року другі примірники актових записів про смерть повертаються відділам державної реєстрації актів цивільного стану Головного управління юстиції Міністерства юстиції України в Автономній Республіці Крим, головних управлінь юстиції в областях, містах Києві та Севастополі. Порядок і терміни повернення актових записів регламентуються Інструкцією про ведення звітності відділами державної реєстрації актів цивільного стану, яка затверджена Наказом Міністерства юстиції України від 24.01.2013 № 169/5.

Медична документація, яка засвідчує випадки смерті після оприлюднення даних, знищується.

Відповідно до Угоди взаємообміну інформаційними ресурсами річні звіти щодо природного руху населення, зокрема щодо причин смерті, направляються до Центру медичної статистики МОЗ України.

На базі річних звітів формується інформація для розповсюдження, а саме: збірник «Природний рух населення», Демографічний щорічник.

Статистичні дані щодо померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ, по регіонах, за статтю, п'ятирічних вікових групах з 2005 року оприлюднюються у банку даних на офіційному вебсайті Держстату в розділі «Населення України».

За даними Держстату *(Додаток 1)* до 2014 року найбільша кількість смертей, зумовлених ВІЛ (за кодом МКХ-10 B.20-B.24), спостерігалася у Донецькій області. У 2019 році за даним показником Донецька область «займає» третє місце після Дніпропетровської та Одеської областей.

Відповідно до Наказу МОЗ від 08.08.2006 № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті» в лікарських свідоцтвах про смерть за кодом МКХ-10 у квадратику зліва код проставляє той лікар, який безпосередньо заповнює свідоцтво. У багатьох лікарських свідоцтвах в I частині зазначається причина смерті: «пневмонія», «туберкульоз», «пневмоцитоз» тощо, а лікар проставляє коди B20-B24.

Оскільки, згідно з рекомендаціями МКХ-10, за кодування причини смерті відповідають особи, які беруть участь у розробці статистичної інформації, фахівці органів статистики кодують причину смерті відповідно до записів у пункті 11 лікарського свідоцтва про смерть. Отже, такі випадки не будуть враховані як B20-B24, а матимуть код смерті від пневмонії (J18.9), туберкульозу (A15-A19), пневмоцитозу (B59) тощо.

Наразі точні цифри щодо неправильного зазначення причини смерті у лікарських свідоцтвах про смерть не відомі, проте така практика заповнення медичної документації, у якій засвідчуються випадки смерті, поширена. МОЗ України не контролює правильність заповнення зазначених документів.

Безумовно, підлягає перевірці інформація, зазначена в медичній документації, яка надається ГУС, зокрема у м. Києві, Харківській та Миколаївській областях.

На сьогодні в органах Держстату відсутні ***електронні системи*** збору статистичної інформації щодо причин смерті; всі актові записи про смерть та медичні документи надходять на паперових носіях. Отримана інформація кодується вручну, програми автоматизованого кодування інформації та вибору першопричини смерті в органах Держстату не застосовуються.

З метою обробки інформації Держстат у 1995 році розробив Комплекс електронної обробки інформації з природного руху населення (КЕОІ), єдиний для регіонального та національного рівнів (мова програмування ***foxpro***).

Первинна інформація вводиться в КЕОІ в регіональних головних управліннях статистики у знеособленому вигляді *(без зазначення прізвища, імені та по батькові; зазначається лише населений пункт без точної адреси проживання/реєстрації)*. На національний рівень первинна інформація не направляється.

Після формування агрегованих даних інформація в табличному вигляді з регіонального рівня внутрішніми каналами зв'язку направляється на національний рівень, де формуються дані по Україні в цілому. З КЕОІ сформовані таблиці вивантажуються в Excel. Зберігаються тільки агреговані дані в електронному вигляді, а бази первинних даних відсутні.

Наразі у Держстаті для економічної статистики розробляється єдина інформаційна база. Відповідно до Плану заходів з виконання Програми розвитку державної статистики до 2023 року внесено пункт щодо удосконалення системи збору та обробки даних з демографічної статистики шляхом розробки та запровадження єдиної системи обробки даних ***(https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-2019-%D0%BF)***.

Також відомості про державну реєстрацію актів цивільного стану *(народження фізичної особи та її походження, усиновлення, позбавлення та поновлення батьківських прав, шлюб, розірвання шлюбу, зміна імені, **смерть**)*, що збираються на паперових носіях, вносяться до *Державного реєстру актів цивільного стану громадян та Єдиного державного демографічного реєстру* протягом трьох робочих днів з дня надходження актового запису до відділу державної реєстрації актів цивільного стану відповідно до Закону України «Про державну реєстрацію актів цивільного стану»[15] та Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус»[16].

15 *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2398-17#Text*

16 *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5492-17#Text*

РОЗДІЛ III

ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ВИПАДОК СМЕРТІ НА РІВНІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ведення документації, яка засвідчує випадки смерті, як зазначалося в попередніх розділах, регламентується Наказом МОЗ України від 08.08.2006 № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті», іншими нормативними документами щодо ведення первинної медичної документації.

Основна причина смерті підлягає кодуванню згідно з МКХ-10 лікуючим лікарем, лікарем-патологоанатомом або судово-медичним експертом та засвідчується підписами і фіксується у медичній документації, що є підставою для реєстрації смерті в органах РАЦС:

- лікарське свідоцтво про смерть *(форма № 106/о)*
- лікарське свідоцтво про перинатальну смерть *(форма № 106-2/о)*
- фельдшерська довідка про смерть *(форма № 106-1/о)*

Лікарське свідоцтво про смерть *(форма № 106/о)* видається такими ЗОЗ: лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, диспансерами, пологовими будинками, санаторіями, патолого-анатомічними бюро, бюро судово-медичної експертизи.

Лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем медичного закладу, який лікував померлого, на підставі спостережень і записів у медичній документації, що відображали стан хворого до його смерті, або патологоанатомом на підставі вивчення медичної документації та результату розтину.

Якщо смерть настала внаслідок дії зовнішніх факторів *(травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, отруєнь тощо)*, після штучного аборту, проведеного поза межами медичного закладу, смерті на виробництві, раптової смерті дітей першого

року життя та інших осіб, які не перебували під медичним наглядом, померлих, особа яких не встановлена, а також у випадках, коли існує підозра щодо насильницької смерті, лікарське свідоцтво про смерть видається судово-медичним експертом після розтину.

Забороняється видача лікарського свідоцтва про смерть заочно, без особистого встановлення лікарем факту смерті. У виняткових випадках свідоцтво про смерть може бути видане лікарем, який встановив факт смерті тільки на підставі огляду трупа *(за відсутності ознак або підозри на насильницьку смерть)* та даних медичної документації про наявність у померлого за життя хвороб, які в своєму перебігу могли призвести до настання смерті.

Перший примірник лікарського свідоцтва про смерть видається родичам померлого чи іншим особам, які зобов'язалися поховати померлого, другий примірник залишається в ЗОЗ. У разі поховання померлого ЗОЗ – останній обов'язково заповнює лікарське свідоцтво про смерть і передає його в органи реєстрації актів цивільного стану не пізніше трьох діб з дня смерті *(у сучасних реаліях оформлення та передача лікарського свідоцтва про смерть може відтерміновуватися на тривалий час, що зумовлено дефіцитом кадрів, які займаються оформленням відповідної документації; тривалістю опізнавально-пошукових дій з боку органів юстиції; отримання дозвільної документації у випадках не встановлення особи померлого тощо)*.

Головний лікар *(керівник)* закладу охорони здоров'я забезпечує контроль достовірності заповнення лікарських свідоцтв про смерть, своєчасну їх видачу родичам померлого та особам, які мають право на його отримання, передачу його в органи РАЦС у випадках поховання померлого закладом охорони здоров'я.

Запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть *(дата, номер, причина смерті)* має бути зроблений у відповідних медичних документах:

- медичній карті стаціонарного хворого *(форма № 003/о)*;
- історії пологів *(форма № 096/о)*;
- протоколі *(карті)* патолого-анатомічного дослідження *(форма № 013/о)*;
- медичній карті амбулаторного хворого *(форма № 025/о)*, яку затверджено Наказом МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»;
- акті судово-медичного дослідження *(обстеження) (форма № 171/о)*, який затверджено Наказом МОЗ України від 05.08.1999 № 197 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в закладах охорони здоров'я».

Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть *(форма № 106-2/о)* заповнюється у випадках смерті дітей у віці 0–6 діб та мертвонародження закладами охорони здоров'я, лікарське свідоцтво про смерть у цих випадках не видається. Форма № 106-2/о видається такими ЗОЗ: лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, лікарнями швидкої медичної допомоги, пологовими будинками, бюро судово-медичної експертизи, патолого-анатомічними бюро.

У разі смерті дітей *(плодів)* при багатоплідних пологах лікарське свідоцтво про перинатальну смерть заповнюється на кожну дитину *(плід)* окремо. У всіх випадках перинатальної смерті дитини *(плода)* у стаціонарі, удома або в іншому місці для встановлення причини смерті дитини *(плода)* провадиться розтин. Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть заповнюється патологоанатомом у день розтину.

Забороняється заповнювати лікарське свідоцтво про перинатальну смерть заочно, без особистого встановлення факту смерті та розтину.

У лікарському свідоцтві про перинатальну смерть міститься інформація про захворювання матері, що негативно вплинуло на дитину *(плід)*. До 2005 року Держстат розробляв цю інформацію за МКХ-9. Таблицю для формування інформації з перехресними даними щодо причини смерті дитини та захворювання матері розробляло МОЗ СРСР. Однак у 2005 році фахівці МОЗ України не змогли розробити макет такої таблиці, а отже, формування інформації щодо впливу ВІЛ у матері на причину смерті дитини *(плоду)* у Держстаті не здійснюється.

Фельдшерська довідка про смерть *(форма № 106-1/о)* видається фельдшером фельдшерсько-акушерського пункту.

У сільських населених пунктах, де в ЗОЗ працює тільки один лікар, у разі його відсутності *(хвороба, відпустка і т.ін.)*, як виняток, також видається фельдшерська довідка про смерть фельдшером, який заміщає лікаря.

Забороняється фельдшерам видавати лікарське свідоцтво про смерть.

Фельдшерська довідка про смерть видається на підставі медичної документації, яка відображає стан хворого до його смерті, якщо немає підозри на насильницьку смерть і причина смерті може бути встановлена точно.

У випадку смерті людини за місцем її проживання лікуючий лікар видає лікарське свідоцтво про смерть на підставі спостережень за хворим і записів у медичній документації, які відображали стан хворого до настання смерті. Одночасно з видачею лікарського свідоцтва про смерть у розділі «Щоденник» форми № 025/о здійснюється відповідний запис:

дата видачі, номер лікарського свідоцтва про смерть, причина смерті *(частини I і II пункту 11 форми № 106/о «Лікарське свідоцтво про смерть №__»)*.

Разом з тим, відповідно до спільного Наказу Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України, Генеральної прокуратури України від 29.09.2017 № 807/1193/279 «Про затвердження Порядку взаємодії між органами та підрозділами Національної поліції, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини» працівники ЗОЗ у разі надходження повідомлення про смерть людини негайно повідомляють органи та підрозділи Національної поліції за телефоном екстреного виклику (102) про кожен випадок встановлення ними факту смерті людини незалежно від місця її настання, у тому числі породіль та новонароджених дітей, за винятком смерті від захворювань у ЗОЗ.

У випадку повідомлення органів та підрозділів Національної поліції про смерть людини ***за наявності ознак насильницької смерті або підозри на таку*** до приїзду працівників поліції на місце події працівникам закладу охорони здоров'я забороняється порушувати обстановку за місцезнаходженням трупа, видавати лікарське свідоцтво про смерть за формою № 106/о або фельдшерську довідку про смерть за формою № 106-1/о, затвердженими Наказом МОЗ від 08.08.2006 № 545.

У разі смерті людини за місцем її проживання ***без ознак насильницької смерті або підозри на таку*** на місце події виїжджає лікар, а у випадках, передбачених Наказом МОЗ від 08.08.2006 № 545, фельдшер закладу охорони здоров'я, який констатує факт смерті, проводить огляд трупа, за результатами якого інформує органи і підрозділи Національної поліції та адміністрацію закладу охорони здоров'я, що забезпечує потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території, про можливість встановлення причини смерті без патолого-анатомічного розтину та видачі лікарського свідоцтва про смерть *(фельдшерської довідки про смерть)*.

У разі смерті людини поза межами закладу охорони здоров'я, коли лікарське свідоцтво про смерть *(фельдшерську довідку про смерть)* було видано без патолого-анатомічного розтину, лікар *(фельдшер)* закладу охорони здоров'я, який видав свідоцтво *(довідку)*, надсилає до органу та підрозділу Національної поліції, на території обслуговування якого знаходиться заклад охорони здоров'я, копію лікарського свідоцтва про смерть *(фельдшерської довідки про смерть)*, завірену печаткою цього закладу, упродовж трьох днів з дати констатації факту смерті (*за винятком смерті від захворювань у закладах охорони здоров'я)*.

У випадку смерті хворого в стаціонарі у «Медичній карті стаціонарного хворого» *(форма № 003/о)* лікуючим лікарем складається посмертний епікриз. Після заповнення епікризу лікуючий лікар і завідувач відділення зазначають свої прізвища, підписи та дату *(число, місяць, рік)* заповнення.

На основі обробки даних «Карти пацієнта, який вибув із стаціонару, №__» *(форма № 066/о)* та записів у «Медичній карті стаціонарного хворого» *(форма № 003/о)* формується інформація щодо померлих у формі звітності № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи – підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики, за 20__ рік».

Крім того, згідно з Наказом МОЗ від 08.08.2006 № 545, головний лікар закладу охорони здоров'я повинен забезпечити призначення в кожному закладі лікаря, відповідального за перевірку правильності заповнення лікарських свідоцтв про смерть, лікарських свідоцтв про перинатальну смерть і фельдшерських довідок про смерть *(на практиці одиничні ЗОЗ мають офіційно призначену відповідальну особу та чітке дотримання процедур ведення лікарських свідоцтв про смерть)*.

Лікар, який відповідає за якість заповнення відповідної медичної документації, у разі, якщо виявив помилки, зобов'язаний:

а) уточнити розбіжності з лікарем, який видав лікарське свідоцтво про смерть за первинною медичною документацією, забезпечити правильне заповнення остаточного лікарського свідоцтва про смерть;

б) забезпечити розгляд неправильно заповнених лікарських свідоцтв про смерть на лікарських конференціях, нарадах.

Медична документація видається обов'язково з поміткою «остаточне», «попереднє», «замість попереднього», «замість остаточного».

Медична документація з поміткою «попереднє» видається в тих випадках, коли для встановлення чи уточнення причини смерті потрібно провести додаткові дослідження. Після уточнення причини смерті заповнюється нове лікарське свідоцтво/лікарське свідоцтво про перинатальну смерть з поміткою «замість попереднього» також у двох примірниках, номери яких мають бути ідентичними, перший примірник якого пересилається закладом охорони здоров'я безпосередньо у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення «попереднього» лікарського свідоцтва. Другий примірник залишається в закладі охорони здоров'я.

Якщо було видано, наприклад, лікарське свідоцтво про смерть з поміткою «остаточне» та була виявлена помилка в записі діагнозу, необхідно заповнити нове лікарське свідоцтво у двох примірниках «замість остаточного лікарського свідоцтва про смерть № __», перший примірник якого заклади охорони здоров'я направляють у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення «остаточного» лікарського свідоцтва. Другий примірник залишається в закладі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ IV

ДІЯЛЬНІСТЬ ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У 2018–2019 РОКАХ

(на прикладі міста Києва)

Патолого-анатомічне дослідження може не призначатися у випадках, передбачених ст. 6 Закону України «Про поховання та похоронну справу». У цих випадках лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем, під наглядом якого був померлий.

У разі проведення патолого-анатомічного дослідження записи проводяться в протоколі *(карті)* патолого-анатомічного дослідження *(форма № 013/о) (далі – протокол)*.

У протоколі зазначаються заключний діагноз і дата його встановлення, чітко вказуються основне захворювання, його ускладнення та супутні захворювання.

Зазначається патолого-анатомічний діагноз, який також поділяється на основне захворювання, ускладнення та супутні захворювання. Хвороби, які за етіологією та патогенезом не пов'язані з основним захворюванням чи ускладненням, вказуються як супутні захворювання.

Патолого-анатомічний діагноз формується за етіопатогенетичними принципами з урахуванням існуючих нормативних документів МОЗ України та вимог МКХ-10.

У протоколі вказуються результати клініко-лабораторних досліджень. Необхідні клінічні дані та результати обстежень як витяг з медичної карти стаціонарного хворого оформляються у формі додатків до цієї форми.

У випадку комбінованого основного захворювання чітко вказуються його складові. У такому разі шифр за МКХ-10 визначається за вказаним першим захворюванням. Ускладнення зазначаються в хронологічній послідовності з урахуванням взаємного патогенетичного зв'язку.

У випадку смерті від інфекційної патології вказуються результати бактеріологічного дослідження.

У пункті «Причина смерті» протоколу лікар патологоанатом вказує дані згідно з пунктом 11 форми первинної облікової документації № 106/о «Лікарське свідоцтво про смерть №__».

Після цього лікар-патологоанатом заповнює виписку з протоколу *(карти)* патологоанатомічного обстеження.

У випадку смерті хворого в стаціонарі здійснюється відповідний запис у «Медичній карті стаціонарного хворого» *(форма № 003/о)* згідно з пунктом 11 форми первинної облікової документації № 106/о «Лікарське свідоцтво про смерть № ___», у якому зазначаються патологічні стани, що призвели до безпосередньої причини смерті *(I частина)*, та інші суттєві стани *(конкуруючі, поєднані, фонові) (II частина)*, які сприяли смерті, але не пов'язані з безпосередньою її причиною *(вказуються дати інсультів, інфарктів, оперативних втручань)*.

Для проведення судово-медичної експертизи, відповідно до визначених нормативних документів, обов'язково направляють трупи людей:

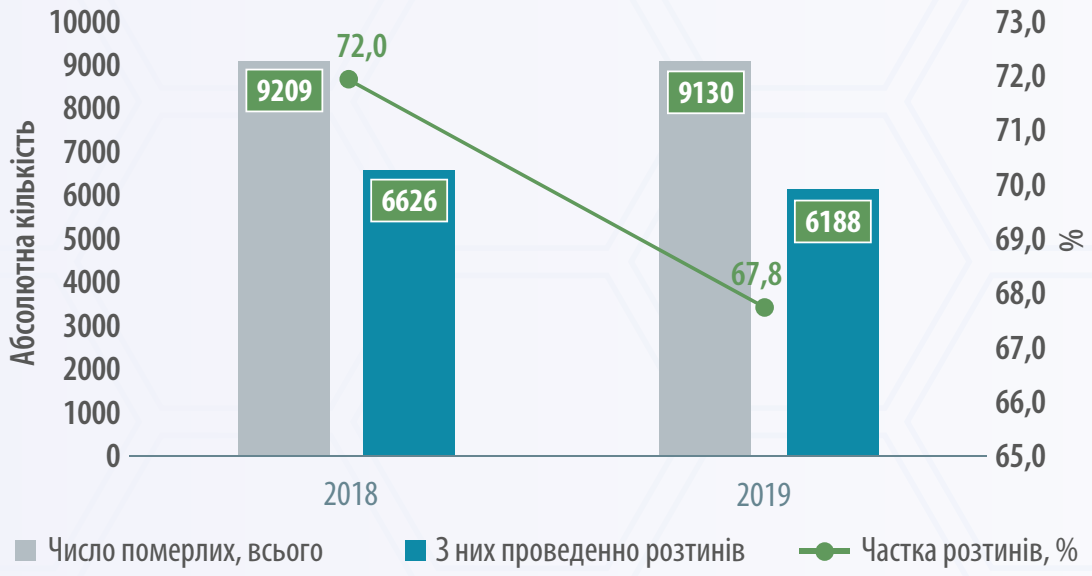
- з ознаками насильницької смерті або підозри на таку смерть;
- смерть яких настала раптово або при не з'ясованих обставинах;
- смерть яких настала поза місцем їхнього проживання;
- особу яких не встановлено.

Запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть *(його дата, номер, причина смерті)* має бути зроблений в «Акті судово-медичного дослідження *(обстеження)*» *(форма № 171/о)*, який затверджено Наказом МОЗ України від 05.08.1999 № 197 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в закладах охорони здоров'я».

У стаціонарних ***закладах охорони здоров'я комунальної власності територіальної громади м. Києва*** у 2019 році померло 9130 осіб, з них 134 дитини до 17 років включно *(у 2018 році – 9209 та 140 відповідно)*.

Частині померлих у 2019 році, а саме 5624, було проведено розтини патологоанатомами, що складає 90,9%; 564 розтини – судово-медичними експертами, що становить 9,1%; 294 померлим розтини не проводилися (32,2%). У 2018 році померлим у стаціонарі було проведено 6066 розтинів патологоанатомами (91,5%), 560 розтинів – судово-медичними експертами (8,5%); 2583 померлим розтини не проводилися (28,0%) *(Додаток 11) (рис. 23)*.

Рис. 23. *Кількість померлих осіб у ЗОЗ комунальної власності м. Києва, 2018–2019 роки*



Станом на кінець 2019 року патолого-анатомічні відділення функціонують у 19 закладах охорони здоров'я комунальної власності територіальної громади м. Києва, які обслуговують 51 заклад охорони здоров'я різного відомчого підпорядкування та форми власності.

У 2019 році в 19 патолого-анатомічних відділеннях було проведено 5624 розтини хворим, які померли у стаціонарі, крім того, були проведені розтини 564 особам, що померли вдома *(у 2018 році – 6066 та 560 відповідно)*.

Навантаження на одного лікаря патологоанатома, тобто кількість розтинів, які проводить один лікар патологоанатом протягом року, у 2019 році складає 106,1, а включаючи померлих вдома – 116,8 *(у 2018 році – 121,3 та 132,5 відповідно)*. Варто зазначити, що розтини осіб, які померли вдома, проводять лише в Київській міській клінічній лікарні № 8.

Найбільше навантаження на одного лікаря в КМКЛ №3 – 258 *(2018 рік – 267)*, КМКЛ № 18 – 241 *(2018 рік – 120)*, КМКЛ № 1 – 188 *(2018 рік – 212)*.

Найменше навантаження – в Київському міському клінічному онкологічному центрі – 6 *(2018 рік – 9)*, КМКЛ № 17 – 12 *(2018 рік – 10)*, КМКЛ № 10 – 37 *(2018 рік – 49)* *(Додаток 7)*.

Під час аналізу отриманих даних щодо навантаження серед закладів по кількості патолого-анатомічних розтинів визначено значну розбіжність у показниках *(від 12 до 258 на одного лікаря-патологоанатома)*, що обумовлено різною специфікою закладів та різницею рівнів надаваної медичної допомоги. Так, у закладах з меншою кількістю автопсій переважає сегмент прижиттєвої патогістологічної діагностики. Відсоток розтинів серед спеціалізованих закладів надання III–IV рівнів медичної допомоги зазвичай низький, що обумовлено специфікою нозологічного спектру хворих *(прижиттєво верифікований патологічний процес)*.

Найвищі показники кількості проведених патолого-анатомічних розтинів демонструють заклади, які надають широку профільну неспеціалізовану стаціонарну та екстрену медичну допомогу та мають у структурі відділення анестезіології й інтенсивної терапії. Закономірно, що відсоток пацієнтів, хворих на ВІЛ-інфекцію, у таких закладах буде вищим. Найвищий кількісний показник розтинів зафіксований у Київському міському клінічному

бюро судово-медичної експертизи, що обумовлено специфікою діяльності *(судово-медична експертиза померлих за не з'ясованих обставин вдома та осіб з підозрою на неприродну/насильницьку смерть тощо)*.

У 2019 році в закладах охорони здоров'я комунальної власності територіальної громади м. Києва було передбачено 104,75 штатних посад лікарів патологоанатомів *(2018 рік – 91,5)*, на яких працювали 53 лікарі *(на три більше, ніж у 2018 році)* ***(Додаток 7)***. Забезпеченість лікарями становила 0,2 на 10 тис. населення проти 0,19 у 2018 році.

На сьогодні дефіцит лікарів патологоанатомів складає 49 осіб, укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами – 53,5% *(2018 рік – 59%)*.

Найвищий показник укомплектованості штатних посад лікарів патологоанатомів фізичними особами в КМКЛ № 18 – 100% *(2018 рік – 85,7%)*. Також стабільно високою залишається укомплектованість в КМКЛ № 6 – 88,9%. Найгірші показники в КМКЛ № 4 – 22,2% та КМКЛ № 10 – 36,4%. За останні два роки значно знизився відсоток укомплектованості в КМКЛ № 12 – з 51,6% у 2018 році до 38,7% у 2019 році.

Станом на 31.12.2019 року 41 лікар патологоанатом має кваліфікаційну категорію за фахом *(з них вищу – 27 лікарів)*. Питома вага атестованих від тих, що підлягали атестації, становить 100%.

Крім того, в патолого-анатомічних відділеннях було передбачено 117,5 штатних посад лаборантів-гістологів *(2018 рік – 103,75)*, на яких працювало 58 осіб *(на 5 осіб менше, ніж у 2018 році)*. Забезпеченість лаборантами становить 0,2 на 10 тис. населення проти 0,22 в 2018 році. На сьогодні дефіцит лаборантів-гістологів складає 59 осіб, укомплектованість штатних посад фізичними особами – 49,4% *(2018 рік – 60,7%)*.

Патолого-анатомічні відділення функціонують у п'яти закладах охорони здоров'я м. Києва, які підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України *(Додаток 8)*, у яких було проведено 385 розтинів померлих у 2019 році та 301 розтин у 2018 році. Серед загальної кількості розтинів 65% припадає на розтини померлих дітей віком від 0 до 17 років включно. Основна частина розтинів померлих дітей проводиться у Національній дитячій спеціалізованій лікарні «Охматдит» МОЗ України, де також проводять розтини мертвонароджених та плодів.

Навантаження на одного лікаря патологоанатома у 2019 році складало 28,6, а в 2018 році – 20,2.

У 2019 році в закладах охорони здоров'я м. Києва, які підпорядковані МОЗ України, було передбачено 36,5 штатних посад лікарів патологоанатомів *(2018 рік – 36,0)*, укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами – 54,8% *(2018 рік – 58,3%)*. Загальна кількість лікарів становила 53 особи, переважну більшість яких складає викладацький склад – 28 фахівців. 26,4% лікарів-патологоанатомів працюють в Інституті раку *(включаючи патогістологів)*.

У стаціонарних закладах охорони здоров'я, що підпорядковані Національній академії медичних наук України (НАМН) та іншим міністерствам і відомствам, які розташовані на території м. Києва, у 2019 році померло 858 осіб, з них 51 дитина віком до 17 років включно *(у 2018 році – 957 та 64 відповідно)*. Частині померлих, а саме 486,

було проведено розтини патологоанатомами, що складає 58,6%; 17 розтинів – судово-медичними експертами, що становить 2,0%; 355 померлим розтини не проводилися (41,4%).

У 2018 році померлим у цих стаціонарах проведено 602 розтини патологоанатомами (62,9%), 33 розтини – судово-медичними експертами (3,4%) та 355 померлим розтини не проводилися (37,1%) *(Додаток 10)*.

На прикладі закладів охорони здоров'я комунальної власності територіальної громади м. Києва надається інформація щодо проведення посмертного дослідження померлих у закладах, де наявні патолого-анатомічні відділення, та у тих, де вони відсутні.

Так, у закладах, де наявні патолого-анатомічні відділення, у 70–75% випадків проводяться патолого-анатомічні розтини, 6% випадків досліджуються судово-медичними експертами, у 25–30% померлих причина смерті встановлювалася без проведення розтину.

У закладах охорони здоров'я, де відсутні патолого-анатомічні відділення, ситуація інша: причина смерті встановлюється патологоанатомами в середньому в 28% випадків, а без проведення розтинів – у близько 65% випадків.

На території міста функціонує ***два бюро судово-медичної експертизи*** *(Додаток 9)***.** Судово-медичні розтини трупів проводяться лише в Київському міському клінічному бюро судово-медичної експертизи, а в ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» розтини трупів не проводяться.

Навантаження на одного лікаря судово-медичної експертизи у 2019 році складало 221 розтин, а в 2018 році – 223 розтини.

У 2019 році в бюро судово-медичної експертизи було передбачено 119,75 штатних посад лікарів: 78,5 посад – у Київському міському клінічному бюро судово-медичної експертизи та 41,25 посади – в ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», на яких працювали 56 осіб *(36 та 20 лікарів відповідно)*. Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами складає 79% *(2018 рік – 74,8%)* – в Київському міському клінічному бюро судово-медичної експертизи та 77,6% *(2018 рік – 69%)* – в ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України».

Станом на 01.01.2020 року 38 лікарів у Київському міському клінічному бюро судово-медичної експертизи мало кваліфікаційну категорію за фахом, з них вищу – 21 лікар. Атестованість складала 100% від тих, що підлягали атестації.

АНАЛІЗ СИЛЬНИХ СТОРІН ТА СФЕР ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ У СИСТЕМІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА СМЕРТНІСТЮ ВІД ВІЛ В УКРАЇНІ

Оцінку поточного статусу епідеміологічного нагляду щодо смертності від ВІЛ-інфекції в Україні проведено на підставі огляду сучасного стану епідеміологічного нагляду за випадками смерті, зумовленими ВІЛ, чинної нормативно-правової бази щодо реєстрації смертності, особливостей збирання статистичної інформації щодо причин смерті органами державної служби статистики та формування даних про випадок смерті на рівні закладів охорони здоров'я, а також враховуючи результати діяльності патолого-анатомічних відділень закладів охорони здоров'я у 2018–2019 роках *(на прикладі міста Києва)*.

Серед сильних сторін:

- епіднагляд за випадками смерті, зумовленими ВІЛ, формується з різних джерел даних епіднагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом *(РЕН, програма Spectrum, МІС-ВІЛ)*, що є вагомим підґрунтям для прийняття програмних та стратегічних рішень щодо покращення надання медичної допомоги ВІЛ-позитивним людям для продовження тривалості та якості їхнього життя;
- підходи, що застосовуються у межах РЕН за випадками смерті ВІЛ-позитивних осіб, базуються на фактичному повному перепису ВІЛ-позитивних осіб, які померли і ВІЛ-статус яких був встановлений за життя чи після смерті;
- РЕН за випадками смерті ВІЛ-позитивних осіб є регламентованим, визначений наказами МОЗ України, зареєстрованими у Міністерстві юстиції, що забезпечує статистичний облік випадків смерті у різних ЗОЗ незалежно від форми власності та підпорядкування, у т.ч. в установах Державної кримінально-виконавчої служби України;
- дані на рівні регіонів збираються щодо кожного випадку смерті ВІЛ-позитивної особи індивідуально, в частині регіонів, де проводилася оцінка, на-

лагоджена співпраця з державними органами статистики щодо звірки інформації по випадках смерті, що гарантує належну якість та достовірність отриманої статистичної інформації для подальшого аналізу;

- кодування причин смерті здійснюється відповідно до вимог МКХ-10, згідно з Наказом МОЗ України від 29.08.2008 № 503 та є уніфікованим підходом для всіх закладів охорони здоров'я.

Водночас існують прогалини, які потребують вирішення:

- статистичні облік та звітність щодо випадків смерті, зумовлених ВІЛ, в Україні мають дві вертикальні системи збору даних з розбіжностями у показниках смертності, де відповідальними, з одного боку, є Державна служба статистики України, з іншого – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
- відсутність інформаційних баз даних збору статистичної інформації щодо причин смерті, електронного інструменту верифікації даних та здійснення перевірки даних на підставі медичної та іншої документації на паперових носіях в державних органах статистики створює передумови для викривлення показника смертності, зумовленого ВІЛ (B.20 – B.24), на регіональному та національному рівнях, а також не дає змоги забезпечити перехресну звірку з відповідними даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
- у межах РЕН існують розбіжності щодо кількості випадків смерті серед ЛЖВ за даними офіційних статистичних форм та МІС-ВІЛ внаслідок відсутності повноцінної імплементації МІС-ВІЛ у деяких регіонах, де досі триває наповнення МІС-ВІЛ ретроспективними даними та є затримка у внесенні проспективних даних;
- у звітних формах РЕН щодо реєстрації смертності ВІЛ-позитивних людей не запроваджено використання кодування за МКХ-10 причин смерті, що ускладнює верифікацію даних з Державною службою статистики України; на регіональному рівні така ситуація створює передумови для нечіткої фіксації даних щодо причин смерті ВІЛ-позитивних осіб, їх викривлення на національному рівні;
- відсутній затверджений всіма сторонами дієвий механізм перехресної звірки даних по випадках смерті ВІЛ-позитивних осіб між закладами охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ЛЖВ, регіональним патолого-анатомічним бюро, бюро судово-медичної експертизи та державними органами статистики;
- тестування крові на ВІЛ-інфекцію у померлих в медичних установах та поза їх межами здійснюється не завжди, тому відомості про людину, яка не знала про свій ВІЛ-позитивний статус або не захотіла його розкривати, з великою долею ймовірності потраплять у статистику померлих з інших причин, не пов'язаних з ВІЛ.
- достовірність показника смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, залежить від впливу діючої нормативно-правової бази, рівня кваліфікації лікарів, відповідальних за постановку клінічного та патолого-анатомічного діагнозів.

ВИСНОВКИ

1. Смертність, зумовлена ВІЛ, залишається актуальною проблемою в Україні. За період 1978–2019 років кумулятивно померло з різних причин 15% всіх зареєстрованих пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Хоча в 2019 році зафіксовано зменшення кількості смертей серед ЛЖВ, більше половини цих летальних випадків пов'язані з ВІЛ-інфекцією.
2. Незважаючи на широкий доступ до антиретровірусної терапії, відсоток осіб, які не отримували лікування, залишається стабільно високим. У 2019 році їх частка серед загалу померлих ЛЖВ склала 60,4% *(43,1% серед померлих від СНІДу)*.
3. Серед всіх ЛЖВ, які померли від СНІДу, у 2019 році 56,9% отримували АРТ, а майже третина (29,7%) перебувала на АРТ більше 12 міс., що може свідчити про недостатню прихильність до лікування та пізній його початок.
4. У структурі шляхів інфікування ВІЛ померлих в Україні за період 2015–2019 років відсоток осіб, які вживали ін'єкційні наркотики, зменшився з 45,6% до 36,6%, частка померлих, які інфікувалися ВІЛ внаслідок незахищених статевих контактів, зросла з 52,3% до 60,3%, що демонструє загальні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. У той же час смертність серед чоловіків удвічі вища, ніж серед жінок.
5. Показники смертності серед ЛЖВ мають регіональну специфіку. Найбільша частка всіх померлих ВІЛ-позитивних осіб припадає на Дніпропетровську, Одеську та Донецьку області. Ще у двох областях – Миколаївській та Кіровоградській – рівень смертності ЛЖВ перевищує загальнонаціональні показники. У чотирьох регіонах України – Тернопільській, Чернівецькій, Хмельницькій та Волинській областях – спостерігається тенденція до зростання смертності серед ВІЛ-інфікованих.
6. В Україні існує декілька джерел даних щодо кількості померлих ЛЖВ: рутинний епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією, медична інформаційна система «ВІЛ-інфекція в Україні», звітність Державної служби статистики України. Також для розрахунку оціночної чисельності померлих ЛЖВ, як і в інших країнах світу, використовується програма *Spectrum*. Між цими джерелами даних існують значні розбіжності, і навіть між такими добре налагодженими системами збору даних, як РЕН та Держстат, у 2019 році різниця склала 11% в цілому по країні, а в десяти областях – більш як 20%.
7. Оскільки частина померлих не знала про свій ВІЛ-позитивний статус або не мала бажання його розкривати, а тестування крові на ВІЛ-інфекцію померлих практично не проводилося, частина смертей, пов'язаних з ВІЛ,

«ховається» за цифрами кількості померлих від інших захворювань. Така ситуація сигналізує про необхідність проведення регулярних звірок між різними джерелами даних *(як мінімум – між даними РЕН та Держстату)* на національному та регіональному рівнях.

8. На прикладі м. Києва можна спостерігати великі розбіжності у показниках кількості патолого-анатомічних розтинів серед закладів охорони здоров'я *(від 12 до 258 на одного лікаря-патологоанатома)*; найвищі показники проведених патолого-анатомічних розтинів демонструють заклади, які надають широкопрофільну неспеціалізовану стаціонарну й екстрену медичну допомогу та мають у своїй структурі відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

9. Основні чинники, що впливають на достовірність даних щодо причин смертності населення – правильність заповнення первинних облікових документів, на основі яких здійснюються засвідчення смерті; чітке дотримання правил постановки діагнозу, його кодування відповідно до чинних нормативних документів МОЗ України та вимог МКХ-10; достатній рівень кваліфікації медичних працівників, які здійснюють ведення відповідних медичних документів; контроль з боку визначеної відповідальної особи за правильністю заповнення документів, які засвідчують смерть.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

№	РЕКОМЕНДАЦІЯ	ВІДПОВІДАЛЬНІ (КОМУ РЕКОМЕНДАЦІЯ)	ТЕРМІН РЕАЛІЗАЦІЇ (РЕАЛІСТИЧНИЙ)
І. Нормативно-правова база			
1.1	Внести зміни до Наказу МОЗ України від 05.03.13 р. №180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення» та Наказу МОЗ України від 03.12.2015 № 816 «Про внесення змін до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 05 березня 2013 року № 180», з урахуванням наступного:	ЦГЗ МОЗ; МОЗ	IV кв. 2020 р.
	розробити облікову форму первинної медичної документації «Реєстраційна карта померлої ВІЛ-позитивної особи № ____»	ЦГЗ МОЗ; МОЗ	IV кв. 2020 р.
	виключити з облікової та звітної документації змінну щодо кількості осіб, які потребували, але не отримували АРТ	ЦГЗ МОЗ; МОЗ	IV кв. 2020 р.
	включити причину смерті за МКХ-10 у сукупній звітності про смертність серед ВІЛ-позитивних людей	ЦГЗ МОЗ; МОЗ	IV кв. 2020 р.
	урахування шляхів передачі ВІЛ для випадків смерті від СНІДу	ЦГЗ МОЗ; МОЗ	IV кв. 2020 р.
	система звітування має надавати можливість відслідковувати одні й ті самі змінні щодо випадків смерті ВІЛ-позитивних осіб на кінець кожного місяця, кварталу та року; форми звітності мають бути тотожними	ЦГЗ МОЗ; МОЗ	IV кв. 2020 р.
1.2	Розробити та погодити з усіма сторонами дієвий механізм для проведення звірки, верифікації інформації та перехресних перевірок даних щодо випадків смерті ВІЛ-позитивних осіб з чітким визначенням причин смерті між регіональними Центрами СНІД/ЦГЗ, патолого-анатомічною службою та державними органами статистики для забезпечення повноти та якості даних	ЦГЗ МОЗ, Держстат, Центр медичної статистики МОЗ	2021 р.
1.3	Розробити та впровадити Порядок патолого-анатомічного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, який включатиме питання щодо взяття трупного матеріалу, патолого-анатомічних досліджень у разі підозри або наявності ВІЛ-інфекції, особливості формулювання патолого-анатомічного діагнозу, стандартні процедури для посмертної діагностики ВІЛ-інфекції	ЦГЗ МОЗ, НМАПО, МОЗ	2021 р.
1.4	Внести зміни до Наказу МОЗ України від 29.08.2008 № 503 «Про затвердження методичних рекомендацій кодування захворюваності та смертності відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду» з метою покращення системи кодування патолого-анатомічного діагнозу ВІЛ-позитивних осіб	Центр медичної статистики МОЗ, Держстат, ЦГЗ МОЗ	2021 р.

№	РЕКОМЕНДАЦІЯ	ВІДПОВІДАЛЬНІ (КОМУ РЕКОМЕНДАЦІЯ)	ТЕРМІН РЕАЛІЗАЦІЇ (РЕАЛІСТИЧНИЙ)
II. Підвищення кваліфікації персоналу			
2.1	Організувати та провести навчально-методичні заходи з верифікації, встановлення та формулювання патолого-анатомічного діагнозу померлих з ВІЛ; щодо кодування нозологій з ВІЛ відповідно до МКХ-10 та особливостей ведення обліково-звітних форм по смертності для фахівців патолого-анатомічної служби та закладів громадського здоров'я *(тренінги, семінари-наради, робочі зустрічі тощо)*	НМАПО, ЦГЗ МОЗ, Центр медичної статистики МОЗ	2021 р.
2.2	Навчання відповідного персоналу верифікації даних та здійснення перехресних перевірок щодо реєстрації смертності ВІЛ-позитивних осіб	ЦГЗ МОЗ, Держстат, Центр медичної статистики МОЗ	
2.3	Розробити навчальні матеріали та он-лайн курс з питань патолого-анатомічного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції	НМАПО, ЦГЗ МОЗ, Центр медичної статистики МОЗ	2021 р.
III. Медична інформаційна система			
3.1	Забезпечити повноту даних щодо кількості випадків смерті серед ЛЖВ у МІС-ВІЛ	ЦГЗ МОЗ	постійно
3.2	Розробити стандартні операційні процедури щодо алгоритму обліку та звітування щодо випадків смерті ЛЖВ у системі МІС-ВІЛ	ЦГЗ МОЗ	2021 р.
3.3	Інтегрувати у МІС-ВІЛ зміни щодо обліку та звітування випадків смерті ЛЖВ, що відбуваються у межах оновленої нормативно-правової бази з питань ВІЛ/СНІДу	ЦГЗ МОЗ	постійно
3.4	Розробити та впровадити медичну інформаційну систему обліку смертності як компонент національної системи моніторингу та оцінки за випадками смерті з можливістю верифікації даних з МІС-ВІЛ з урахуванням наявних ресурсів та технічних можливостей	ЦГЗ МОЗ, МОЗ, Держстат	
IV. Інші рекомендації			
4.1	Підвищення рівня доказовості отриманих результатів та здійснення тріангуляції даних щодо випадків смерті, зумовлених ВІЛ, за різними джерелами даних *(згладжування різниці між статистичними та оціночними даними)*	ЦГЗ МОЗ	постійно
4.2	Поширення та презентація даних РЕН за випадками смерті ВІЛ-позитивних осіб має включати аналітичну частину з розглядом основних тенденцій	ЦГЗ МОЗ, МОЗ	постійно
4.3	Удосконалення системи виявлення випадків ВІЛ-інфекції, застосування диференційованого підходу до надання послуг (DSD) для вдосконалення прихильності до АРТ	ЦГЗ, МОЗ	постійно
4.4	Для визначення ризиків настання смерті та виділення найбільш «уразливих» підгруп серед ЛЖВ варто розширити спектр відповідних дослідницьких питань в епідеміологічних дослідженнях, у т.ч. проспективних когортних	ЦГЗ МОЗ	постійно

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Розподіл померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ, B20-B24 в Україні, 2005–2019 роки (за даними Державної служби статистики України)

РЕГІОНИ	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Україна	**3622**	**4125**	**4541**	**5171**	**5365**	**5645**	**5747**	**5686**	**5210**	**43991**	**40321**	**40361**	**37741**	**39491**	**34261**
АР Крим	277	264	278	305	335	354	337	306	299	–	–	–	–	–	–
Вінницька область	35	32	31	40	53	43	37	51	46	47	52	51	42	55	45
Волинська область	25	38	40	56	38	53	67	52	60	48	59	57	60	55	52
Дніпропетровська область	487	683	724	903	1031	1168	1171	1201	1222	1052	1040	1121	959	962	847
Донецька область	844	861	1119	1174	1159	1153	1170	1174	1013	8142	4112	4012	3042	3622	2952
Житомирська область	40	43	59	79	86	86	81	112	92	94	113	104	108	101	102
Закарпатська область	6	8	12	10	9	13	11	20	20	15	15	17	30	10	20
Запорізька область	99	71	101	129	124	135	114	147	128	132	150	158	147	148	119
Ів.-Франківська область	13	12	11	24	28	40	21	26	36	40	40	29	32	39	24
Київська область	59	71	83	99	130	136	120	159	112	152	135	136	157	162	132
Кіровоградська область	12	46	40	70	80	104	120	108	136	159	154	170	163	173	131
Луганська область	60	63	112	144	130	151	138	127	135	813	423	443	393	593	533
Львівська область	27	49	43	71	73	98	108	115	117	129	126	87	118	130	108

РЕГІОНИ	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Миколаївська область	392	360	336	410	324	362	286	282	243	219	208	227	194	194	160
Одеська область	746	869	843	821	831	794	859	705	628	565	586	511	532	553	508
Полтавська область	37	57	33	73	73	97	126	140	79	86	89	86	86	77	72
Рівненська область	5	7	13	22	19	14	30	25	21	20	32	35	30	46	26
Сумська область	7	12	15	14	31	22	30	31	35	24	34	37	37	45	38
Тернопільська область	10	8	6	4	11	15	9	13	17	19	12	17	14	15	11
Харківська область	56	66	84	91	102	97	111	118	108	82	104	83	106	101	83
Херсонська область	79	101	128	127	144	150	153	146	114	133	128	151	131	116	106
Хмельницька область	41	60	50	55	71	69	83	84	61	74	64	61	63	71	72
Черкаська область	51	53	73	75	81	81	105	119	92	80	85	92	79	82	65
Чернівецька область	13	20	24	16	32	26	19	20	11	25	17	18	16	23	27
Чернігівська область	54	64	85	105	102	116	120	98	100	93	99	129	90	120	97
м. Київ	110	167	143	204	214	218	271	255	244	216	237	214	237	250	233
м. Севастополь	37	40	55	50	54	50	50	52	41	–	–	–	–	–	–

1 Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

2 Без урахування частини тимчасово окупованих територій у Донецькій області.

3 Без урахування частини тимчасово окупованих територій у Луганській області.

ДОДАТОК 2

Смертність від СНІДу в Україні за період 2010–2019 років

1. Смертність від СНІДу в Україні у 2010–2014 роках

РЕГІОНИ	2010			2011			2012			2013			2014		
	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %
Україна	**3096**	**6,8**	**19,5**	**3736**	**8,2**	**20,6**	**3870**	**8,5**	**3,5**	**3514**	**7,7**	**-8,9**	**3426**	**8**	**1,8**
АР Крим	94	4,8	–10,5	122	6,2	29,2	105	5,3	–13,8	107	5,4	1,7			
Вінницька область	43	2,6	–25,9	58	3,5	34	56	3,4	–1,9	56	3,5	0,8	52	3,2	–7,1
Волинська область	53	5,1	39,5	67	6,5	27,5	52	5	–23	62	6	19	49	4,7	–21
Дніпропетровська область	682	20,4	29,9	835	25,1	23	952	28,7	14,4	930	28,2	–1,7	928	28,2	–0,2
Донецька область	678	15,3	7,8	772	17,5	14,4	851	19,4	10,7	648	14,9	–23,1	719	16,6	11
Житомирська область	70	5,5	6,1	62	4,9	–10,9	94	7,4	50,9	82	6,5	–12,2	83	6,6	1,2
Закарпатська область	0	0	–100	4	0,3	0	14	1,1	272,6	12	1	–14,6	10	0,8	–16,7
Запорізька область	114	6,3	22,6	104	5,8	–7,9	136	7,6	31,1	121	44,49	–10,4	130	7,3	7,4
Ів.-Франківська область	7	0,5	75	9	0,7	40	19	1,4	96,6	41	3	115,5	32	2,3	–22
Київська область	138	8	43,8	114	6,6	–17,5	124	7,2	9,2	64	3,7	–48,5	56	3,2	–12,5

РЕГІОНИ	2010			2011			2012			2013			2014		
	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %
Кіровоградська область	27	2,7	68,8	41	4,1	51,9	32	3,2	–21,9	63	6,4	99,1	65	6,6	3,2
Луганська область	149	6,5	27,4	147	6,4	–1,5	121	5,3	–16,6	143	6,4	19,5	108	4,8	–4,5
Львівська область	62	2,4	40,9	77	3	25	78	3,1	2,3	79	3,1	1,4	75	3	–5,1
Миколаївська область	59	5	20,4	111	9,4	88	112	9,5	1,3	118	10,1	6	131	11,2	11
Одеська область	220	9,2	61,8	441	18,5	101	315	13,2	–28,8	290	12,1	–8,2	366	15,3	26,2
Полтавська область	100	6,7	31,6	121	8,2	22,4	139	9,4	15,1	80	5,5	–41,9	87	6	8,8
Рівненська область	6	0,5	–40	15	1,3	160	20	1,7	33,1	17	1,5	–15,2	20	1,7	17,6
Сумська область	19	1,6	–13,6	16	1,4	–12,5	12	1	–25,4	19	44,13	60,4	14	1,2	–26,3
Тернопільська область	12	1,1	500	4	0,4	–63,6	16	1,5	270,6	16	1,5	0,5	23	2,1	43,8
Харківська область	69	2,5	–2,8	65	2,4	–4	82	3	24,6	77	2,8	–6	34	1,2	–55,8
Херсонська область	41	3,8	7,9	46	4,2	10,5	29	2,7	–36,2	37	3,4	28,6	33	3,1	–10,8
Хмельницька область	53	4	–1,9	72	5,4	35	56	4,2	–21,3	48	3,7	–13,6	55	4,2	14,6
Черкаська область	85	6,6	34,9	114	8,9	34,8	105	8,2	–7,4	82	6,5	–21.1	67	5,3	–18,3
Чернівецька область	10	1,1	66,7	20	2,2	100	14	1,5	–29,8	13	1,4	–7,4	16	1,8	23,1
Чернігівська область	60	5,5	66,7	68	6,2	12,7	70	6,5	4,1	77	7,2	11,7	74	7	–3,9
м. Київ	198	7,1	9,4	180	6,4	–9,9	213	7,5	17,9	192	6,7	–11,2	199	6,9	3,6
м. Севастополь	47	12,3	–14,5	51	13,4	8,9	53	13,9	3,5	40	10,4	–25,2			

2. Смертність від СНІДу в Україні у 2015–2019 роках

РЕГІОНИ	2015			2016			2017			2018			2019		
	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %
Україна	**3032**	**7,1**	**–11,2**	**3253**	**7,6**	**7,7**	**3298**	**8,5**	**1,8**	**3448**	**8,9**	**4,6**	**2977**	**7,7**	**–13,2**
Вінницька область	44	2,7	–15	51	3,2	16,6	43	2,7	–15,8	74	4,7	73,5	63	4,0	–14,5
Волинська область	59	5,7	20,3	55	5,3	–6,7	63	6	14,1	56	5,4	–10,9	57	5,5	1,8
Дніпропетровська область	920	28,2	–0,3	1007	31	10,2	873	26,9	–13,2	864	26,7	–0,7	728	22,6	–15,3
Донецька область	337	7,9	–52,7	347	8,2	3,6	342	8	–2	335	17,3	–1	269	14,1	–18,4
Житомирська область	87	6,9	5,4	88	7,1	1,7	91	7,3	3	91	7,4	0,7	82	6,7	–9,6
Закарпатська область	12	1	19,9	10	0,8	–16,7	15	1,2	48,9	11	0,9	–26,6	11	0,9	–2,8
Запорізька область	155	8,8	20	143	8,2	–7,1	142	8,1	–0,9	150	8,7	6,6	120	7,0	–19,6
Ів.-Франківська область	29	2,1	–9,4	32	2,3	10,5	28	2	–11,9	33	2,4	18,1	12	0,9	–63,6
Київська область	106	6,1	88,9	113	6,5	6,5	126	7,3	11,8	130	7,5	2,5	125	7,1	–5,4
Кіровоградська область	91	9,3	41	104	10,7	15,1	85	8,8	–18,1	118	12,3	40	106	11,1	–9,4
Луганська область	41	1,9	–61,7	42	1,9	3	41	1,9	–1,9	55	7,9	36,3	51	7,4	–5,7
Львівська область	78	3,1	4,1	73	2,9	–6,4	90	3,6	22,5	99	3,9	10,1	72	2,9	–26,9
Миколаївська область	112	9,6	–14,1	132	11,4	18,6	134	11,6	1,8	157	13,7	18	137	12,1	–12

РЕГІОНИ	2015			2016			2017			2018			2019		
	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %	АБС. ЧИСЛО	НА 100 ТИС. НАС.	ТЕМП ПРИРОСТУ, %
Одеська область	326	13,6	–10,8	334	14	2,7	455	19,1	36,1	503	21,1	10,7	442	18,6	–12
Полтавська область	95	6,6	9,9	78	5,4	–17,3	85	5,9	9,9	81	5,7	–3,9	76	5,4	–5,2
Рівненська область	23	2	14,9	30	2,6	30,4	22	1,9	–27,2	30	2,6	36,4	22	1,9	–27
Сумська область	21	1,9	51,3	26	2,3	24,8	30	2,7	17,6	38	3,5	27,8	34	3,1	–10,7
Тернопільська область	17	1,6	–25,8	15	1,4	–11,4	12	1,1	–19,3	9	0,9	–24,5	13	1,2	37,7
Харківська область	58	2,1	71,2	63	2,3	9,2	78	2,9	25,1	81	3	4,3	78	2,9	–3,2
Херсонська область	35	3,3	6,6	74	7	112,6	76	7,2	2,5	58	5,5	–23,1	47	4,5	–18
Хмельницька область	44	3,4	–19,6	57	4,4	30,3	52	4	–8,4	50	3,9	–3,1	54	4,3	9,1
Черкаська область	75	6	12,7	72	5,8	–3,3	78	6,3	8,7	64	5,2	–17,2	54	4,5	–14,4
Чернівецька область	13	1,4	–18,8	18	2	38,6	22	2,4	21	20	2,2	-8,9	24	2,7	20,5
Чернігівська область	71	6,8	–3	88	8,5	25,2	78	7,5	–11,7	81	7,9	5,1	72	7,1	–10
м. Київ	183	6,3	–8,6	201	6,9	9,4	237	8,1	17,8	260	8,9	9,2	228	7,7	–12,9

ДОДАТОК 3

Смертність від СНІДу за статтю в Україні, 2015–2019 роки

	2015			2016			2017			2018			2019		
	УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ		УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ		УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ		УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ		УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ	
		ЧОЛ.	ЖІН.		ЧОЛ.	ЖІН.		ЧОЛ.	ЖІН.		ЧОЛ.	ЖІН.		ЧОЛ.	ЖІН.
Україна*	**3032**	**2014**	**1018**	**3253**	**2033**	**1220**	**3298**	**2107**	**1191**	**3448**	**2154**	**1294**	**2977**	**1943**	**1034**
Вінницька область	44	24	20	51	36	15	43	28	15	74	48	26	63	44	19
Волинська область	59	45	14	55	32	23	63	48	15	56	35	21	57	36	21
Дніпропетровська область	920	601	319	1007	621	386	873	542	331	864	526	338	728	461	267
Донецька область	337	213	124	347	215	132	342	212	130	335	201	134	269	165	104
Житомирська область	87	60	27	88	57	31	91	68	23	91	58	33	82	52	30
Закарпатська область	12	8	4	10	6	4	15	10	5	11	7	4	11	7	4
Запорізька область	155	106	49	143	98	45	142	90	52	150	101	49	120	75	45
Ів.-Франківська область	29	25	4	32	22	10	28	23	5	33	24	9	12	8	4
Київська область	106	79	27	113	70	43	126	83	43	130	93	37	125	91	34
Кіровоградська область	91	63	28	104	63	41	85	50	35	118	67	51	106	66	40
Луганська область	41	23	18	42	28	14	41	24	17	55	32	23	51	34	17

	2015			2016			2017			2018			2019		
	УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ		УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ		УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ		УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ		УСЬОГО	У ТОМУ ЧИСЛІ	
		ЧОЛ.	ЖІН.		ЧОЛ.	ЖІН.		ЧОЛ.	ЖІН.		ЧОЛ.	ЖІН.		ЧОЛ.	ЖІН.
Львівська область	78	63	15	73	52	21	90	67	23	99	73	26	72	57	15
Миколаївська область	112	75	37	132	84	48	134	80	54	157	102	55	137	93	44
Одеська область область	326	201	125	334	178	156	455	260	195	503	290	213	442	281	161
Полтавська область	95	67	28	78	46	32	85	59	26	81	40	41	76	49	27
Рівненська область	23	13	10	30	20	10	22	15	7	30	18	12	22	15	7
Сумська область	21	16	5	26	19	7	30	20	10	38	22	16	34	24	10
Тернопільська область	17	12	5	15	13	2	12	9	3	9	4	5	13	6	7
Харківська область	58	38	20	63	34	29	78	49	29	81	55	26	78	52	26
Херсонська область	35	23	12	74	51	23	76	60	16	58	42	16	47	33	14
Хмельницька область	44	32	12	57	42	15	52	37	15	50	30	20	54	29	25
Черкаська область	75	50	25	72	47	25	78	54	24	64	45	19	54	40	14
Чернівецька область	13	10	3	18	15	3	22	13	9	20	7	13	24	17	7
Чернігівська область	71	52	19	88	55	33	78	42	36	81	56	25	72	54	18
м. Київ	183	115	68	201	129	72	237	164	73	260	178	82	228	154	74

** Без урахування даних АР Крим з 2014 року та частини території проведення антитерористичної операції з 2015 року*

ДОДАТОК 4

Смертність від СНІДу за віком в Україні, 2015–2016 роки

РЕГІОНИ	2015							2016						
	УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:						УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:					
		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ
Україна*	**3032**	**4**	**3**	**2**	**31**	**2583**	**409**	**3253**	**12**	**2**	**1**	**34**	**2715**	**488**
Вінницька область	44	0	0	0	0	39	5	51	0	0	0	0	47	4
Волинська область	59	1	0	0	1	46	11	55	0	0	0	0	48	7
Дніпропетровська область	920	0	0	0	8	741	171	1007	3	1	0	7	792	204
Донецька область	337	0	2	0	5	300	30	347	3	1	0	1	292	50
Житомирська область	87	0	0	0	0	81	6	88	0	0	0	2	78	8
Закарпатська область	12	0	0	0	1	11	0	10	0	0	0	0	10	0
Запорізька область	155	0	0	0	1	133	21	143	0	0	0	2	126	15
Ів.-Франківська область	29	0	0	0	0	27	2	32	0	0	0	0	27	5
Київська область	106	0	0	0	1	104	1	113	2	0	0	5	95	11
Кіровоградська область	91	0	0	2	2	71	16	104	0	0	0	0	93	11
Луганська область	41	0	0	0	0	40	1	42	1	0	0	1	36	4
Львівська область	78	1	0	0	0	71	6	73	0	0	0	2	60	11

РЕГІОНИ	2015							2016						
	УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:						УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:					
		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ
Миколаївська область	112	0	0	0	1	94	17	132	1	0	0	1	114	16
Одеська область	326	1	0	0	5	278	42	334	0	0	1	10	276	47
Полтавська область	95	1	1	0	1	77	15	78	1	0	0	1	65	11
Рівненська область	23	0	0	0	0	21	2	30	0	0	0	0	27	3
Сумська область	21	0	0	0	0	19	2	26	0	0	0	0	23	3
Тернопільська область	17	0	0	0	0	15	2	15	0	0	0	0	9	6
Харківська область	58	0	0	0	1	50	7	63	0	0	0	1	55	7
Херсонська область	35	0	0	0	0	31	4	74	0	0	0	0	65	9
Хмельницька область	44	0	0	0	0	38	6	57	0	0	0	0	49	8
Черкаська область	75	0	0	0	0	60	15	72	0	0	0	0	68	4
Чернівецька область	13	0	0	0	0	11	2	18	0	0	0	0	12	6
Чернігівська область	71	0	0	0	0	65	6	88	0	0	0	1	74	13
м. Київ	183	0	0	0	4	160	19	201	1	0	0	0	175	25

** Без урахування даних АР Крим з 2014 року та частини території проведення антитерористичної операції з 2015 року*

ДОДАТОК 5

Смертність від СНІДу за віком в Україні, 2017–2018 роки

РЕГІОНИ	2017							2018						
	УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:						УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:					
		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ
Україна*	**3298**	**5**	**1**	**2**	**25**	**2727**	**538**	**3448**	**8**	**4**	**2**	**32**	**2729**	**673**
Вінницька область	43	0	0	0	1	34	8	74	0	0	0	0	60	14
Волинська область	63	0	0	0	0	60	3	56	0	0	1	1	45	9
Дніпропетровська область	873	0	0	1	7	679	186	864	1	1	1	5	625	231
Донецька область	342	0	0	0	1	291	50	335	0	0	0	1	274	60
Житомирська область	91	0	0	0	1	80	10	91	0	0	0	1	76	14
Закарпатська область	15	0	0	0	0	15	0	11	0	0	0	1	7	3
Запорізька область	142	0	0	0	0	113	29	150	0	0	0	2	118	30
Ів.-Франківська область	28	0	0	0	0	22	6	33	0	0	0	0	29	4
Київська область	126	1	0	1	2	110	12	130	0	0	0	2	111	17
Кіровоградська область	85	1	0	0	0	73	11	118	0	2	0	0	106	10

РЕГІОНИ	2017							2018						
	УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:						УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:					
		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ
Луганська область	41	0	0	0	0	40	1	55	1	0	0	0	49	5
Львівська область	90	0	0	0	1	73	16	99	2	0	0	2	82	13
Миколаївська область	134	0	0	0	1	110	23	157	0	0	0	1	135	21
Одеська область	455	1	0	0	6	360	88	503	1	0	0	7	367	128
Полтавська область	85	2	0	0	0	70	13	81	0	0	0	0	71	10
Рівненська область	22	0	0	0	0	21	1	30	0	0	0	0	27	3
Сумська область	30	0	0	0	0	26	4	38	0	0	0	1	32	5
Тернопільська область	12	0	0	0	0	9	3	9	0	0	0	0	8	1
Харківська область	78	0	0	0	2	66	10	81	1	0	0	0	70	10
Херсонська область	76	0	1	0	0	61	14	58	0	0	0	1	46	11
Хмельницька область	52	0	0	0	0	45	7	50	2	0	0	1	33	14
Черкаська область	78	0	0	0	2	73	3	64	0	0	0	0	55	9
Чернівецька область	22	0	0	0	0	17	5	20	0	0	0	1	18	1
Чернігівська область	78	0	0	0	0	67	11	81	0	0	0	0	69	12
м. Київ	237	0	0	0	1	212	24	260	0	1	0	5	216	38

ДОДАТОК 6

Смертність від СНІДу за віком в Україні, 2019 рік

РЕГІОНИ	2019						
	УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:					
		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ
Україна*	**2977**	**6**	**4**	**3**	**10**	**2326**	**628**
Вінницька область	63	0	0	0	1	48	14
Волинська область	57	0	0	0	0	44	13
Дніпропетровська область	728	2	0	0	3	544	179
Донецька область	269	1	0	1	1	204	62
Житомирська область	82	1	1	0	0	70	10
Закарпатська область	11	0	0	0	1	10	0
Запорізька область	120	0	0	0	0	92	28
Ів.-Франківська область	12	0	0	0	0	9	3
Київська область	125	1	0	0	0	106	18
Кіровоградська область	106	1	0	0	0	88	17
Луганська область	51	0	0	0	0	46	5
Львівська область	72	0	1	0	1	58	12
Миколаївська область	137	0	0	0	0	115	22

РЕГІОНИ	2019						
	УСЬОГО	З НИХ ОСОБИ ВІКОМ:					
		0–9 РОКІВ	10–14 РОКІВ	15–17 РОКІВ	18–24 РОКИ	25–49 РОКІВ	50 РОКІВ І СТАРШЕ
Одеська область	442	0	1	1	1	324	115
Полтавська область	76	0	0	0	0	55	21
Рівненська область	22	0	1	0	0	17	4
Сумська область	34	0	0	0	0	27	7
Тернопільська область	13	0	0	0	0	9	4
Харківська область	78	0	0	0	1	67	10
Херсонська область	47	0	0	0	0	38	9
Хмельницька область	54	0	0	0	0	42	12
Черкаська область	54	0	0	0	0	39	15
Чернівецька область	24	0	0	0	0	17	7
Чернігівська область	72	0	0	1	0	63	8
м. Київ	228	0	0	0	1	194	33

ДОДАТОК 7

Перелік закладів охорони здоров'я комунальної власності територіальної громади м. Києва, де проводиться посмертна експертиза, 2018–2019 роки

№ з/п	Назва установи закладу охорони здоров'я	Адреса закладу	Кількість лікарів патологоанатомів – фізичних осіб		Кількість померлих у закладі		Кількість розтинів, проведених у патолого-анатомічному відділенні даного закладу		Крім того, зроблено розтинів судово-медичними експертами, бюро судово-медичної експертизи		Кількість закладів, які обслуговує патолого-анатомічне відділення		Кількість розтинів на одного патологоанатома	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
1.	Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги	02660, м. Київ, вул. Братиславська, 3	7	7	1271	1221	774	724	349	326	2	3	111	103
2.	Київський міський клінічний госпіталь ветеранів війни	04075, м. Київ, вул. Федора Максименка, 26	0	0	58	58	57	56	1	0	1	1	58	56
3.	Київський міський клінічний онкологічний центр	03115, м. Київ, вул. Верховинна, 69	5	8	525	524	43	45	0	0	1	1	9	6
4.	Київська міська клінічна лікарня № 1	02091, м. Київ, Харківське шосе, 121	3	3	762	812	636	565	18	18	3	3	212	188
5.	Київська міська клінічна лікарня № 3	02125, м. Київ, вул. П. Запорожця, 26	3	3	994	937	802	774	14	24	2	2	267	258

№ З/П	НАЗВА УСТАНОВИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	АДРЕСА ЗАКЛАДУ	КІЛЬКІСТЬ ЛІКАРІВ ПАТОЛОГОАНАТОМІВ – ФІЗИЧНИХ ОСІБ		КІЛЬКІСТЬ ПОМЕРЛИХ У ЗАКЛАДІ		КІЛЬКІСТЬ РОЗТИНІВ, ПРОВЕДЕНИХ У ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ДАНОГО ЗАКЛАДУ		КРІМ ТОГО, ЗРОБЛЕНО РОЗТИНІВ СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ, БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ		КІЛЬКІСТЬ ЗАКЛАДІВ, ЯКІ ОБСЛУГОВУЄ ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ		КІЛЬКІСТЬ РОЗТИНІВ НА ОДНОГО ПАТОЛОГОАНАТОМА	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
6.	Київська міська клінічна лікарня № 4	03110, м. Київ, вул. Солом'янська, 17	2	2	668	687	498	363	7	24	2	2	249	182
7.	Київська міська клінічна лікарня № 5	03115, м. Київ, вул. Відпочинку, 11	3	4	580	609	501	499	15	14	6	4	167	125
8.	Київська міська клінічна лікарня № 6	03126, м. Київ, пр-т. Любомира Гузара, 3	4	4	358	433	341	527	10	14	9	10	85	132
9.	Київська міська клінічна лікарня № 8	04159, м. Київ, вул. Ю. Кондратюка, 8	5	5	631	587	615	544	13	4	10	10	123	109
10.	Київська міська клінічна лікарня № 9	04112, м. Київ, вул. Ризька, 1	3	3	409	345	388	316	6	4	4	4	129	105
11.	Київська міська клінічна лікарня № 10	03039, м. Київ, пр-т Голосіївський, 59Б	2	2	198	171	98	73	1	1	2	2	49	37
12.	Київська міська клінічна лікарня № 12	01103, м. Київ, вул. Підвисоцького, 4-а	3	3	663	648	378	303	6	24	1	1	126	101
13.	Клінічна лікарня № 15 Подільського району м. Києва	04070, м. Київ, вул. Г. Сковороди, 2-а	2	2	332	311	233	192	4	5	1	1	116	96

№ з/п	Назва установи закладу охорони здоров'я	Адреса закладу	Кількість лікарів патологоанатомів – фізичних осіб		Кількість померлих у закладі		Кількість розтинів, проведених у патолого-анатомічному відділенні даного закладу		Крім того, зроблено розтинів судово-медичними експертами, бюро судово-медичної експертизи		Кількість закладів, які обслуговує патолого-анатомічне відділення		Кількість розтинів на одного патологоанатома	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
14.	Київська міська клінічна лікарня № 17	01133, м. Київ, пров. Лабораторний, 14-20	1	1	74	58	10	12	56	39	1	1	10	12
15.	Київська міська клінічна лікарня № 18	01030, м. Київ, б-р Т. Шевченка, 17	2	1	257	303	241	241	4	10	1	1	120	241
16.	Олександрівська клінічна лікарня м. Києва	01601, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1	4	4	480	560	303	349	6	3	1	1	76	87
17.	ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві	04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103	1	1	79	91	66	76	1	2	1	1	66	76
18.	Київська міська туберкульозна лікарня № 2	08290, Київська обл., м. Ірпінь, смт Гостомель	0	0	68	60	48	13	3	6	1	1	48	48

ДОДАТОК 8

Перелік закладів охорони здоров'я, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України та розташованих на території м. Києва, де проводиться посмертна експертиза, 2018–2019 роки

№ з/п	Назва установи закладу охорони здоров'я	Адреса закладу	Кількість лікарів патологоанатомів – фізичних осіб		Кількість померлих у закладі		Кількість розтинів		Крім того, зроблено розтинів судово-медичними експертами, бюро судово-медичної експертизи		Кількість закладів, які обслуговує патолого-анатомічне відділення		Кількість розтинів на одного патолоГоанатома	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
1.	Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит» МОЗ України	01135, м. Київ, вул. Чорновола, 28/1	7	8	78	68	159	213	7	6	26	25	23	27
2.	УНПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України	01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-а	2	2	3	2	2	2	0	0	1	1	1	1
3.	Національний інститут раку МОЗ України	03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43	15	14	79	67	68	59	0	0	1	1	5	4
4.	ДУ «НПМЦ дитячої кардіології та кардіохірургії» МОЗ України	04050, м. Київ, вул. Мельникова, 24	0	0	40	42	34	32	0	0	1	1	34	32
5.	ДУ «Інститут серця МОЗ України»	02000, м. Київ, вул. Братиславська, 5А	1	1	138	163	38	79	1	1	1	1	38	79

ДОДАТОК 9

Заклади судово-медичної експертизи у м. Києві

№ з/п	Назва закладу охорони здоров'я	Адреса закладу	Кількість лікарів відділу експертизи трупів потерпілих осіб (фізичних осіб)		Кількість судово-медичних розтинів		Кількість розтинів на одного лікаря	
1.	Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи	03141, м. Київ, вул. Докучаєвська, 4	34	36	7565	7938	223	221
2.	ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи» МОЗ України	04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9	16	20	Не проводиться			

ДОДАТОК 10

Перелік закладів охорони здоров'я, підпорядкованих Національній академії медичних наук України, іншим міністерствам та відомствам, що розташовані на території м. Києва, де проводиться посмертна експертиза

№ з/п	Назва закладу охорони здоров'я	Адреса закладу	Кількість лікарів патологоанатомів – фізичних осіб		Кількість померлих у закладі		Кількість розтинів, проведених у патолого-анатомічному відділенні даного закладу		Крім того, зроблено розтинів судово-медичними експертами		Кількість закладів, які обслуговує патолого-атомічне відділення		Кількість розтинів на одного ппатолого-анатома	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
1	ДУ «Національний інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Г.Ф. Яновського» НАМН України	м. Київ, вул. Амосова, 10	–	-–	29	14	23	13	–	–	1	1	23	13
2	ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології» НАМН України	м. Київ, вул. П. Майбороди, 8	2	2	27	22	17	17	–	–	1	1	9	9
3	ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова» НАМН України	м. Київ, вул. П. Майбороди, 32	2	2	88	78	70	22	13	13	1	1	35	11

№ З/П	НАЗВА ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	АДРЕСА ЗАКЛАДУ	КІЛЬКІСТЬ ЛІКАРІВ ПАТОЛОГОАНАТОМІВ – ФІЗИЧНИХ ОСІБ		КІЛЬКІСТЬ ПОМЕРЛИХ У ЗАКЛАДІ		КІЛЬКІСТЬ РОЗТИНІВ, ПРОВЕДЕНИХ У ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ДАНОГО ЗАКЛАДУ		КРІМ ТОГО, ЗРОБЛЕНО РОЗТИНІВ СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ		КІЛЬКІСТЬ ЗАКЛАДІВ, ЯКІ ОБСЛУГОВУЄ ПАТОЛОГО-АТОМІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ		КІЛЬКІСТЬ РОЗТИНІВ НА ОДНОГО ППАТОЛОГО-АНАТОМА	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
4	ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова» НАМН України	м. Київ, вул. Амосова, 6	2	2	113	103	77	64	–	–	1	1	39	32
5	ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеско» НАМН України	м. Київ, вул. Нар. Ополчення, 5	–	–	46	41	38	34	–	–	1	1	38	34
6	ДУ «Інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» НАМН України	м. Київ, вул. Г. Севастополя, 30	3	3	61	77	47	54	1	2	1	1	16	18
7	Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2 філії «УОЗ» АТ «Укрзалізниця»	м. Київ, пр-т Повітрофлот-ський, 9	2	2	25	24	15	17	–	–	2	2	8	9
8	Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 3 філії «УОЗ» АТ «Укрзалізниця»	м. Київ, вул. Сімферопольська, 8	1	1	24	20	12	12	–	–	1	1	12	12

№ З/П	НАЗВА ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	АДРЕСА ЗАКЛАДУ	КІЛЬКІСТЬ ЛІКАРІВ ПАТОЛОГОАНАТОМІВ – ФІЗИЧНИХ ОСІБ		КІЛЬКІСТЬ ПОМЕРЛИХ У ЗАКЛАДІ		КІЛЬКІСТЬ РОЗТИНІВ, ПРОВЕДЕНИХ У ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ДАНОГО ЗАКЛАДУ		КРІМ ТОГО, ЗРОБЛЕНО РОЗТИНІВ СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ		КІЛЬКІСТЬ ЗАКЛАДІВ, ЯКІ ОБСЛУГОВУЄ ПАТОЛОГО-АТОМІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ		КІЛЬКІСТЬ РОЗТИНІВ НА ОДНОГО ППАТОЛОГО-АНАТОМА	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
9	Центральний госпіталь МВС України	м. Київ, вул. Бердичівська, 1	3	4	88	78	82	36	2	2	5	5	27	9
10	Центральний клінічний госпіталь Державної прикордонної служби	м. Київ вул. Ягідна, 58	–	–	17	7	4	1	–	–	1	1	4	1
11	ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій» НАН України	м. Київ вул. Вознесен. узвіз, 22	–	–	6	3	1	1	–	–	1	1	1	1
12	Управління охорони здоров'я та санітарно-курортних закладів ДУС	м. Київ, вул. Петра Болбочана, 8, корп. 6	3	3	183	171	51	66	6	–	2	2	17	22
13	Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»	м. Київ, вул. Госпітальна, 18	7	5	250	220	165	149	9	–	5	6	24	30

ДОДАТОК 11

Інформація щодо пролікованих та померлих у закладах охорони здоров'я комунальної власності територіальної громади м. Києва у 2018–2019 роках незалежно від наявності патолого-анатомічного відділення

	НАЗВА ЗОЗ	КІЛЬКІСТЬ ЛІЖОК, РОЗГОРНУТИХ ТА ЗГОРНУТИХ НА РЕМОНТ		ВИПИСАЛОСЯ		ПОМЕРЛО		ІЗ ЗАГАЛЬНОЇ КІЛЬКОСТІ ПОМЕРЛИХ ЗРОБЛЕНО РОЗТИНІВ				ВІДСОТОК ПРОВЕДЕНИХ РОЗТИНІВ (%)				ВІДСОТОК ПОМЕРЛИХ, ЯКИМ РОЗТИНИ НЕ ПРОВОДИЛИСЯ	
								ПАТОЛОГОАНАТОМАМИ		СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ		ПАТОЛОГОАНАТОМАМИ		СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ			
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	Заклади охорони здоров'я, де функціонують патолого-анатомічні відділення																
1	Олександрівська клінічна лікарня	723	718	28090	25298	480	560	303	349	6	3	63,1	62,3	1,2	0,5	3,7	37,2
2	Міська клінічна лікарня ШМД	675	675	25940	24230	1271	1221	741	684	349	326	58,3	56,0	27,4	26,2	14,3	17,3
3	Міська клінічна лікарня № 1	605	605	23445	24308	762	812	636	565	18	18	83,5	69,6	2,4	2,2	14,1	28,2
5	Міська клінічна лікарня № 3	800	655	26013	24945	994	937	729	716	14	24	73,3	76,4	1,4	3,6	25,3	20,0
6	Міська клінічна лікарня № 4	635	635	22080	20638	668	687	495	363	7	24	74,1	52,8	1,0	3,5	24,9	43,7
7	Міська клінічна лікарня № 5	315	315	13050	12801	580	609	398	470	15	14	68,6	77,2	2,6	2,3	28,8	20,5
8	Міська клінічна лікарня № 6	460	460	17194	16994	358	433	337	404	16	14	94,1	93,3	4,5	3,2	1,4	3,5
9	Міська клінічна лікарня № 7	245	245	8164	8017	206	155	103	56	3	5	50,0	36,1	1,5	3,2	48,5	60,7
10	Міська клінічна лікарня № 8	870	870	26428	26038	631	587	590	538	13	4	93,5	91,6	2,0	0,6	4,5	7,8
11	Міська клінічна лікарня № 9	605	605	21601	21244	409	345	375	311	6	4	91,7	90,1	1,5	1,1	6,8	8,8
12	Міська клінічна лікарня № 10	320	307	7220	6909	198	171	98	73	1	1	49,5	42,7	0,5	0,5	50	56,8

	НАЗВА ЗОЗ	КІЛЬКІСТЬ ЛІЖОК, РОЗГОРНУТИХ ТА ЗГОРНУТИХ НА РЕМОНТ		ВИПИСАЛОСЯ		ПОМЕРЛО		ІЗ ЗАГАЛЬНОЇ КІЛЬКОСТІ ПОМЕРЛИХ ЗРОБЛЕНО РОЗТИНІВ				ВІДСОТОК ПРОВЕДЕНИХ РОЗТИНІВ (%)				ВІДСОТОК ПОМЕРЛИХ, ЯКИМ РОЗТИНИ НЕ ПРОВОДИЛИСЯ	
								ПАТОЛОГОАНАТОМАМИ		СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ		ПАТОЛОГОАНАТОМАМИ		СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ			
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
14	Міська клінічна лікарня № 12	605	605	19190	19206	663	648	378	303	6	24	57,0	46,7	0,9	3,7	42,1	49,6
15	Клінічна лікарня № 15 Подільського району	300	300	10432	9810	332	311	233	192	4	5	70,2	61,7	1,2	1,6	28,6	36,7
17	Міська клінічна лікарня № 17	165	165	3896	3971	74	58	10	12	56	39	13,5	20,7	75,7	67,2	10,8	12,1
18	Міська клінічна лікарня № 18	430	415	11112	11086	257	303	241	241	4	10	93,4	79,5	1,5	3,3	5,1	17,2
19	Міський клінічний онкологічний центр	600	600	31902	33560	525	524	43	45	0	0	8,2	8,6	0	0	91,8	91,4
20	Міський клінічний госпіталь ветеранів війни	500	500	7108	6406	58	58	57	56	1	0	98,3	96,6	1,7	0	0	3,4
21	Міська туберкульозна лікарня № 2	290	290	290	274	68	60	48	13	3	6	70,6	21,7	4,4	0,1	25,0	78,2
22	ТМО «Психіатрія»	1275	1275	7916	7950	79	91	66	76	1	2	83,5	83,5	1,3	2,2	15,2	14,3
	УСЬОГО	**10418**	**10240**	**311071**	**303685**	**8613**	**8570**	**5881**	**5467**	**523**	**523**	**63,8**	**75,5**	**6,1**	**6,1**	**25,6**	**30,1**
Заклади охорони здоров'я, де відсутні патолого-анатомічні відділення																	
1	Міська клінічна лікарня №2	280	280	10373	9885	353	369	73	76	34	34	20,7	20,6	9,6	9,2	69,7	70,2
2	Клінічна лікарня №11 Дніпровського району	145	145	3517	3468	4	2	2	1	0	0	2 із 4	1 із 2	0	0	2 із 4	1 із 2
3	Міський клінічний ендокринологічний центр	300	300	9220	9176	2	1	1	1	0	0	1 із 2	1 із 1	0	0	1 із 2	
4	Міський центр радіаційного захисту населення	270	270	6862	6815	32	13	26	7	0	0	81,2	53,8	0	0	18,8	46,2
5	КНП «КМЦ нефрології та діалізу»	0	80	0	307	0	22	0	17	0	0	0	77,3	0	0	0	22,7

	НАЗВА ЗОЗ	КІЛЬКІСТЬ ЛІЖОК, РОЗГОРНУТИХ ТА ЗГОРНУТИХ НА РЕМОНТ		ВИПИСАЛОСЯ		ПОМЕРЛО		ІЗ ЗАГАЛЬНОЇ КІЛЬКОСТІ ПОМЕРЛИХ ЗРОБЛЕНО РОЗТИНІВ				ВІДСОТОК ПРОВЕДЕНИХ РОЗТИНІВ (%)				ВІДСОТОК ПОМЕРЛИХ, ЯКИМ РОЗТИНИ НЕ ПРОВОДИЛИСЯ	
								ПАТОЛОГОАНАТОМАМИ		СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ		ПАТОЛОГОАНАТОМАМИ		СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ			
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
6	Міський протитуберкульозний диспансер №1	80	80	207	181	37	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Міська туберкульозна лікарня № 1	100	100	280	281	66	60	0	0	0	1	0	0	0	1,7	100	98,3
8	Міська психоневрологічна лікарня № 2	190	145	2036	1616	1	0	0	0	1	0	0	0	1 із 1	0	0	0
9	Міська психоневрологічна лікарня № 3	220	220	474	383	35	23	35	23	0	0	100,0	100,0	0	0	0	0
10	Міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»	210	210	11253	9471	10	3	10	3	0	0	100,0	100,0	0	0	0	0
11	Міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»	180	180	11130	11938	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Центр трансплантації кісткового мозку	22	22	640	685	5	4	0	1	0	0	0	1 із 4	0	0	0	0
13	Госпіталь «Печерський»	46	46	543	474	3	1	0	1	0	0	0	1 із 1	0	0	0	0
14	Міська дитяча клінічна лікарня № 1	400	400	17816	17775	20	18	19	17	1	1	95	94,4	5,0	5,6	0	0
15	Міська дитяча клінічна лікарня № 2	400	400	16022	14896	12	11	7	4	0	3	58,3	36,4	0	27,2	5з12	4 із 11
16	Міська дитяча клінічна інфекційна лікарня	90	90	2681	2694	9	4	9	3	0	0	100	3 із 4	0	0	0	1 із 4
17	Дитяча клінічна лікарня № 7 Печерського району	100	100	5049	5308	5	5	3	2	1	2	3 із 5	2 із 5	1 із 5	2 із 5	1 із 5	1 із 5
18	Міський центр дитячої нейрохірургії	20	20	1365	1236	1	1	0	1	0	0	0	1 із 1	0	0	0	1 із 1
	УСЬОГО	**3053**	**3088**	**99468**	**96589**	**596**	**560**	**185**	**157**	**37**	**41**	**31,0**	**28,0**	**6,2**	**7,3**	**62,8**	**64,7**
	ЗАГАЛОМ *)	**13471**	**13328**	**410539**	**400274**	**9209**	**9130**	**6066**	**5624**	**560**	**564**	**65,9**	**61,6**	**6,1**	**6,2**	**28,0**	**32,2**

**) по вибраному колу закладів, де зареєстровано летальні випадки*