

Міністерство охорони здоров'я України
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

УДК 614.2:616-006:[362.147:616-006](477)

ЗУБ ВАЛЕРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ


ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
ОПТИМІЗОВАНОЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ**

14.02.03 – соціальна медицина

022 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело  В. О. Зуб

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Зуб В.О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (022 – Охорона здоров'я). – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2023. Дисертаційна робота захищається в спеціалізованій вченій раді Д 26.613.07 при Національному університеті охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2023.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної науково-практичної задачі охорони здоров'я – обґрунтування, опрацювання, формування та апробація інноваційної оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України, враховуючи світовий досвід впровадження нових програм та європейських стандартів якості надання медичної допомоги онкологічним хворим на сучасному етапі.

Метою дослідження є медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України з врахуванням особливостей воєнного стану. Для досягнення мети дослідження проведено епідеміологічний аналіз захворюваності та смертності на онкологічну патологію в Україні та світі; оцінено якість життя пацієнтів з найпоширенішими формами злоякісних новоутворень (раком легень, шлунку, молочної залози та простати); проаналізовано якість комунікацій онкологічно хворих пацієнтів з лікарями-онкологами; досліджено рівень забезпечення апаратурою променевої діагностики у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями в Україні; вивчено та проаналізовано стан надання онкологічної допомоги населенню України до та під час воєнного стану; досліджено рівень дотримання стандартів лікування лікарями-онкологами та їхню думку щодо необхідності змін у наданні онкологічної допомоги під час воєнного стану; проведено аналіз роботи Програм медичних гарантій в Україні за напрямом «Онкологія»; обґрунтовано, сформовано та

впроваджено оптимізовану систему надання онкологічної допомоги населенню України, а також проведено її експертну оцінку.

Для вирішення поставлених завдань була сформована програмно-цільова структура дослідження, згідно якої наукова робота виконувалась у 9 етапів. Для кожного етапу були окреслені завдання та методи: системного підходу і системного аналізу, бібліосемантичний, епідеміологічний, соціологічний, економічного аналізу, концептуального моделювання, експертних оцінок та медико-статистичний метод.

Результати проведеного дослідження підтвердили нашу наукову гіпотезу, засвідчивши вагомість нового вирішення важливого науково-практичного завдання щодо обґрунтування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України з врахуванням особливостей воєнного стану, в якій оновлено функціонально-організаційні підходи, що базуються на засадах системності, комплексності та застосування моніторингового супроводу референс-центрів, впровадження яких сприятиме зниженню захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) та смертності хворих на рак, підвищенню медичної, соціальної та економічної ефективності існуючої системи охорони здоров'я загалом.

Епідеміологічний аналіз захворюваності та смертності на онкологічну патологію в Україні та світі показав, що на сьогодні рак визнаний глобальною проблемою людства і спричиняє значні соціально-економічні втрати суспільства. Незважаючи на вагомі зусилля у боротьбі з поширеністю раку, щорічно спостерігається зростання захворюваності та смертності з приводу ЗН як в Україні, так і в країнах світу. Діагноз ЗН було встановлено кожному четвертому чоловікові та кожній п'ятій жінці у світі, а кожен восьмий чоловік та кожна одинадцята жінка померли з приводу ЗН у 2020 році. В Україні ЗН входять до п'ятірки найвагоміших причин смертності (друге рангове місце), захворюваності та поширеності (п'яте рангове місце) захворювань серед всього населення. Найвищий рівень онкозахворюваності спостерігається у п'яти областях України: Запорізькій, Кіровоградській, Миколаївській, Сумській та Черкаській. Кожен п'ятий випадок ЗН був виявлений у занедбаній (4-й) стадії (вище загальноукраїнського показника мали Херсонська, Полтавська, Чернівецька, Чернігівська, Закарпатська області), а питома

вага первинних хворих, що не прожили одного року з моменту виявлення ЗН, складала 27,1%. Протягом досліджуваного десятирічного періоду за рівнем захворюваності лідирує Кіровоградська область, а за рівнем смертності від злоякісних новоутворень – Запорізька, Кіровоградська та Дніпропетровська області.

Аналіз оцінки якості життя онкопацієнтів показав, що показник якості життя у пацієнтів з раком легень (РЛ) склав 49,12 балів за 100-бальною шкалою. Найбільше турбували пацієнтів з РЛ «Страх прогресування» (66,18 балів), найменше – кашель із кров'ю (11,22 балів). Показник якості життя у пацієнтів з раком шлунку (РШ) склав 51,80 балів за 100-бальною шкалою. Найбільше турбували пацієнтів з РШ тривожність (59,07 балів) та втрата волосся (56,97 балів), найменше – нудота та блювання з показником 27,97 балів. У пацієток з раком молочної залози показник якості життя склав 53,22 бали за 100-бальною шкалою. Найбільш часто пацієнтки скаржилися на фінансові труднощі (44,19 балів) та втрату волосся (43,41 балів), найнижчі бали за шкалою симптомів QLQ-C30 належать проблемам ШКТ, зокрема нудоті та блюванню (8,70 балів). Показник якості життя у пацієнтів з раком простати склав 52,31 бали за 100-бальною шкалою. У пацієнтів найбільш вразливими є пункти «Втома» (48,58 балів) та «Фінансові труднощі» (47,30 балів), найменше турбували пацієнтів нудота та блювання з показником 17,46 балів.

Згідно опитувальника «QLQ-COMU26» в українських пацієнтів з онкологічними захворюваннями найгірші показники припали на шкалу «Активна роль пацієнта» (до даної шкали відносились запитання щодо достатніх можливостей спілкуватися із лікарем, змоги вільно задавати запитання, можливості проявляти свої емоції), кількість балів за 100-бальною шкалою становила 82,00. Значні дані встановлено для пункту «Навички фахівця (вербальні-невербальні)», що становив 93,25 балів за 100-бальною шкалою. До переліку питань даної шкали входили запитання: чи фахівець використовував мову, яку пацієнт розумів (уникаючи медичної термінології, використовував зрозумілі терміни), чи відповідав на запитання пацієнта відкрито, чи фахівець дивився на пацієнта під час розмови та чи фахівець застосовував спокійний голос.

У всіх проаналізованих областях України було виявлено проблему з

матеріально-технічним забезпеченням. Основними проблемами служби променевої діагностики при наданні медичної допомоги у ЗОЗ онкологічного профілю є поширена в багатьох регіонах відсутність працюючого устаткування (найчастіше це апарат магнітно-резонансної томографії (МРТ) та апаратура з ядерної медицини), а також зношеність наявного обладнання, яке має дуже великий термін експлуатації, що призводить до його частих поломок і простою. Так, у апаратів рентгенотерапії середній термін роботи становить $37,38 \pm 1,80$ років, у апаратів для дистанційної гаматерапії – $25,86 \pm 1,46$ років, у апаратів для внутрішньопорожнинної гаматерапії – $20,61 \pm 1,80$ років. Для потреб онкохворих комп'ютерний томограф був наявний у 22 територіальних одиницях (відсутній у Житомирській та Миколаївській областях), лінійні прискорювачі – у 19 (відсутній в Івано-Франківській, Одеській, Тернопільській, Черкаській та Чернівецькій областях), МРТ – у 6, а саме у Донецькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Київській областях та м. Київ; апарати ядерної медицини – у 4: Дніпропетровській, Львівській, Хмельницькій областях та м. Київ. Співставлення кількості апаратів до числа територіальних одиниць, на яких вони були наявні, показало, що найвищий показник зареєстрованих апаратів для рентгенотерапії становив 2,50 на 1 територіальну одиницю, найнижчий – апаратів для внутрішньопорожнинної гаматерапії – 1,71 на 1 територіальну одиницю України. Оцінка розподілу працюючих та непрацюючих апаратів служби променевої діагностики показала, що найбільша кількість працюючих апаратів була серед апаратів ядерної медицини – 90,00%, відповідно 10,00% були непрацездатними. Найменша питома вага працюючих апаратів була серед лінійних прискорювачів – понад третина з них (34,78%, $n=16$) були непрацездатними за причини потреби у монтажу. Лише у двох територіальних одиницях України були наявними всі апарати для діагностики та лікування онкопацієнтів: у Львівській області та м. Києві.

Аналіз стану надання онкологічної допомоги населенню України під час воєнного стану виявив певні негативні тенденції: у березні 2022 р. кількість пацієнтів, які отримали спеціалізовану медичну допомогу в умовах стаціонару скоротилась на 17,38%–26,56%, а в межах амбулаторного пакету – на 36,34%–46,46% у порівнянні з лютим 2022 р. до початку введення воєнного стану. Так само як і кількість послуг з

раннього виявлення онкологічних захворювань у цей же період скоротилась на 34,04%–67,71%. Найсуттєвішим було скорочення кількості проведених мамографій (-67,71%). Станом на липень 2022 року медичну допомогу з лікування онкологічних захворювань надавали 105 провайдерів, з них 103 ЗОЗ забезпечували хіміотерапевтичне лікування та 35 – радіологічне лікування. Найбільше провайдерів за напрямом «Онкологія» на 1 млн. населення зареєстровано у Кіровоградській (пакет «Хіміотерапевтичне лікування» та «Радіологічне лікування») та Запорізькій областях (пакет «Радіологічне лікування»). Найвища забезпеченість ліжками онкологічного профілю на 1 млн. населення спостерігається у м. Києві (436 ліжок) та Полтавській області (353 ліжок). Незважаючи на негативний вплив, якого зазнала система охорони здоров'я України внаслідок російського воєнного вторгнення, онкологічна служба продемонструвала свою дієвість та мобільність, здатність адаптуватися до нових умов роботи.

Результати соціологічного дослідження практикуючих лікарів-онкологів показали, що більшість (71,17% [62,43-79,18]) опитаних лікарів-онкологів керуються у своїй роботі чинними стандартами на засадах доказової медицини діагностики та лікування онкологічних хворих, проте близько половини (55,86% [46,57-64,94]) відзначають необхідність їх перегляду та внесення змін, а міжнародні стандарти, на думку опитаних, потребують адаптації до можливостей надання онкологічної допомоги в Україні (65,77% [56,72-74,27] респондентів).

Із запровадженням воєнного стану в Україні проблеми щодо надання медичної допомоги онкологічним хворим відзначило 73,87% [65,34-81,59] опитаних лікарів-онкологів, 49,55% [40,31-58,81] спеціалістів вказали на збільшення кількості пацієнтів, 64,86% [55,78-73,44] опитаних зазначили збільшення кількості пацієнтів із занедбаними стадіями захворювання, а третина (31,53% [23,26-40,44]) опитаних відмітили збільшення пацієнтів із важкими супутніми захворюваннями. Також після запровадження воєнного стану в Україні лікарі-онкологи стикнулися з низкою труднощів: недотримання термінів призначеного лікування (48,65% [39,43-57,92]); втрата інформації (26,13% [18,41-34,66]); зміна послідовності в етапах лікування пацієнтів (18,92% [12,21-26,7]); зростання самолікування серед пацієнтів (11,71%

[6,42-18,32]). При цьому 57,66% [48,39-66,66]) респондентів повідомляють, що із запровадженням воєнного стану в Україні матеріально-технічне забезпечення їх відділень залишилось незмінним, 59,46% [50,22-68,38] опитуваних погоджувались із можливістю надання якісної медичної допомоги наявним обладнанням, а 84,68% [77,43-90,75] опитаних лікарів-онкологів вказують на належне забезпечення розхідними матеріалами (шприци, перев'язувальний матеріал, рукавички).

Аналіз роботи Програм медичних гарантій (ПМГ) в Україні за напрямом «Онкологія» показав певні проблеми в існуючих правилах групери стосовно пролікованих випадків / взаємодій у пакетах за напрямом «Онкологія»:

- нечіткі критерії входження випадку до Пакету, зокрема включення деяких діагнозів, які не відносяться до злоякісних новоутворень;
- дублювання діагнозів в Пакетах, що сприяє подвійному/потрійному фінансуванню одного й того ж випадку;
- відсутність медичного та автоматичного моніторингу за правильністю кодування основного діагнозу та медичних інтервенцій;
- відсутність на постійній основі аналізу наданих послуг в амбулаторних умовах з точки зору їх відповідності тарифу, а також незастосування своєчасних запобіжних заходів.

На підставі отриманих результатів пропонується внесення змін до ПМГ напрямку «Онкологія» та запровадження автоматичного медичного моніторингу ЕМЗ, в яких заковано основний діагноз визначених категорій класів С та D. Запропоновані шляхи удосконалення ПМГ напрямку «Онкологія» дозволять привести у відповідність надані медичні послуги пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями до тарифу і тим самим за рахунок використання вивільнених / зекономлених коштів покращити оснащення діагностичних та лікувальних підрозділів для надання медичної допомоги онкологічним хворим.

Оптимізована система надання онкологічної допомоги сформована на підставі найкращих клінічних настанов та складається із трьох основних компонентів: 1) Стандартизація документів на всіх рівнях системи (стандарти на ресурси охорони здоров'я; стандарти організації медичних служб і ЗОЗ; стандарти програм медичної

допомоги та контролю її якості; медико- економічні стандарти; інформаційні стандарти); 2) Мережа закладів та кадрів (із формуванням міжгалузевого комплаєнсу трьох складових: освіти, практики та науки); 3) Основні напрямки роботи (профілактика онкологічних захворювань; діагностика онкологічних захворювань на ранніх стадіях; медичні послуги з діагностики та лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями; медичні послуги з діагностики та лікування злоякісних новоутворень у дітей, враховуючи особливості внутрішньо переміщених осіб та дітей-сиріт; якість життя пацієнтів та їхніх родин; дослідження, інновації та цифровізація).

Експертна оцінка фахівців показала доцільність запровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні в практичну охорону здоров'я. На думку експертів її впровадження зможе суттєво покращити якість надання медичної допомоги онкологічним хворим, зменшити рівень онкологічної захворюваності, збільшити виживаність онкологічних хворих, покращити своєчасну діагностику раку на ранніх стадіях та попередити виникнення нових випадків онкозахворювань.

Ключові слова: організація надання медичної допомоги онкологічним хворим, профілактика раку, стандарти онкодопомоги, якість життя онкопацієнтів, референс-центри, надкластерні онкологічні центри, дорожня карта онкохворого

ANNOTATION

Zub V.O. Medical and social feasibility of the optimized system for providing oncology care to the population of Ukraine. – Thesis Manuscript.

The thesis for a scientific Doctor of Medical Sciences degree in the specialty 14.02.03 "Social Medicine" (022 - Health Care). – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, 2023. The thesis is defended in the specialized academic council D 26.613.07 of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2023.

The thesis is devoted to the solution of the current scientific and practical task of health care – the feasibility, development, formation, and testing of an innovative, optimized system of providing oncology care to the population of Ukraine, taking into account the world experience of implementing new programs and European quality standards of providing medical care to cancer patients at the current stage.

The aim of the study is medical and social feasibility of the optimized system for providing oncology care to the population of Ukraine, taking into account the features of martial law.

An epidemiological analysis of morbidity and mortality from oncological pathology in Ukraine and the world was carried out to achieve the aim of the study; the quality of patients' life with the most common forms of malignancies (lung, stomach, breast, and prostate cancer) was assessed; the quality of communication between cancer patients and oncologists was analyzed; the level of provision of X-ray equipment in health care institutions (HCIs) that provide medical care to patients with oncological diseases in Ukraine was investigated; the state of providing oncology care to the population of Ukraine before and during martial law was studied and analyzed; the level of adherence to treatment standards of oncologists and their opinion on the necessity of changes in the provision of oncology care during martial law were investigated; an analysis of the work of the Medical Guarantee Programs in Ukraine in the field of "Oncology" was carried out; an optimized system of providing oncology care to the population of Ukraine was substantiated, formed and implemented, as well as its expert assessment was carried out.

To solve the given tasks, a program-target structure of the study was formed, according to which the work was carried out in 9 stages. Tasks and approaches were outlined for each stage: system approach and system analysis, bibliosemantic, epidemiological, sociological, economic analysis, conceptual modeling, expert evaluations, and medical-statistical method.

The results of the conducted study confirmed our scientific hypothesis, and signify the importance of a new solution to an important scientific and practical task regarding the feasibility of an optimized system for providing oncology care to the population of Ukraine, taking into account the features of the martial law, in which functional and organizational approaches were updated based on the principles of systematicity, comprehensiveness, and the use of monitoring support of reference centers, the implementation of which will help reduce the incidence of cancer and the mortality of cancer patients, increase the medical, social and economic efficiency of the existing healthcare (HC) system in general.

Epidemiological analysis of morbidity and mortality from oncological pathology in Ukraine and the world showed that today cancer is recognized as a global problem of humanity and causes significant socio-economic losses to society. Despite significant efforts in the fight against the incidence of cancer, there is an annual increase in morbidity and mortality due to cancer both in Ukraine and in the world. One in four men and one in five women worldwide were diagnosed with cancer, and one in eight men and 1 in 11 women died from cancer in 2020. In Ukraine, cancer is among the top five causes of mortality (rank second), morbidity, and prevalence (rank fifth) of diseases among the entire population. The highest level of cancer incidence is observed in five regions of Ukraine: Zaporizhzhia, Kirovohrad, Mykolaiv, Sumy, and Cherkasy. Every fifth case of cancer was detected in the advanced (4th) stage (Kherson, Poltava, Chernivtsi, Chernihiv, and Zakarpattia regions had higher than the all-Ukrainian indicator), and the specific weight of primary patients who did not live one year from the moment of detection of cancer was 27.1%. During the studied ten-year period, the Kirovohrad region was the leader in morbidity, and Zaporizhzhia, Kirovohrad, and Dnipropetrovsk regions were in the lead in terms of mortality from cancer.

Analysis of the quality of life of cancer patients showed that the quality-of-life score of lung cancer (LC) patients was 49.12 points on a 100-point scale. The "Fear of

progression" caused the highest concern for LC patients (66.18 points), and hemoptysis – the lowest (11.22 points). The quality-of-life score in stomach cancer (SC) patients was 51.80 points on a 100-point scale. Anxiety (59.07 points) and hair loss (56.97 points) bothered SC patients the most, while nausea and vomiting (27.97 points) bothered them the least. In breast cancer patients, the quality-of-life score was 53.22 points on a 100-point scale. Most often, female patients complained about financial difficulties (44.19 points) and hair loss (43.41 points), the lowest points on the QLQ-C30 symptom scale belong to gastrointestinal problems, in particular nausea and vomiting (8.70 points). The quality-of-life score of prostate cancer patients was 52.31 points on a 100-point scale. For patients, the points "Fatigue" (48.58 points) and "Financial difficulties" (47.30 points) have been the most important, while nausea and vomiting with a score of 17.46 caused the least concern for the patients.

According to the "QLQ-COMU26" questionnaire, the worst indicator for Ukrainian cancer patients was the "Active role of the patient" (this scale included questions about sufficient opportunities to communicate with the doctor, the ability to freely ask questions, the ability to express one's emotions); the score amounted to 82.00 on a 100-point scale. Significant data were found for "Specialist skills (verbal-non-verbal)", which amounted to 93.25 points on a 100-point scale. This scale included questions such as whether the professional used language the patient understood (avoiding medical terminology and using understandable terms), answered questions openly, looked at the patient while talking, and used a calm voice.

In all analyzed regions of Ukraine, an issue with material and technical support was revealed. The main issues of the diagnostic radiology service in providing medical care in oncology hospitals are the widespread lack of working equipment in many regions (most often magnetic resonance imaging (MRI) and nuclear medicine equipment), as well as the wearing of present equipment that has a very long service life, which leads to its frequent failure and downtime. Thus, the average service life of x-ray devices is 37.38 ± 1.80 years, gamma-therapy teletherapy units – 25.86 ± 1.46 years, and intracavitary gamma-therapy units – 20.61 ± 1.80 years. Computerized tomography was available for the needs of cancer patients in 22 territorial units (absent in Zhytomyr and Mykolaiv regions), linear accelerators

in 19 (absent in Ivano-Frankivsk, Odesa, Ternopil, Cherkasy, and Chernivtsi regions), MRI in 6, and specifically in the Donetsk, Zakarpattia, Ivano-Frankivsk, Lviv, Kyiv regions, and the city of Kyiv; nuclear medicine units – in 4: Dnipropetrovsk, Lviv, Khmelnytskyi regions, and the city of Kyiv. A comparison of the number of devices with the number of territorial units, in which they were located, showed that the highest number of registered devices for X-ray therapy is 2.50 per 1 territorial unit and the smallest number of intracavitary gamma-therapy devices is 1.71 per 1 territorial unit of Ukraine. The distribution assessment of working and faulty devices for the diagnostic radiology service showed that the largest number of working devices was among nuclear medicine units – 90.00% and 10.00% were faulty, respectively. The smallest specific weight of working devices was among linear accelerators – more than a third (34.78%, n=16) of them did not work due to the need for installation. Only two territorial units of Ukraine had all the devices for the diagnosis and treatment of cancer patients: the Lviv region and the city of Kyiv.

An analysis of the state of providing oncological care to the population of Ukraine during martial law revealed certain negative trends: in March 2022, the number of patients who received specialized medical care in hospital conditions decreased by 17.38%–26.56%, and within the outpatient care package – by 36.34%–46.46% compared to February 2022 before the introduction of martial law. As well as the number of services for the early detection of oncological diseases in the same period decreased by 34.04%–67.71%. The most significant was the reduction in the number of performed mammograms (-67.71%). As of July 2022, 105 providers provided medical assistance for the treatment of oncological diseases, of which 103 HCIs provided chemotherapy and 35 provided radiation therapy. The largest number of providers in the field of "Oncology" per 1 million population are registered in the Kirovohrad region ("Chemotherapy" and "Radiation therapy" package) and Zaporizhzhia region ("Radiation therapy" package). The highest provision of oncology beds per 1 million population is observed in the city of Kyiv (436 beds) and Poltava region (353 beds). Despite the negative impact that the health care system of Ukraine suffered as a result of the Russian military invasion, the oncology service demonstrated its effectiveness and mobility, the ability to adapt to new working conditions.

The results of a sociological survey of practicing oncologists showed that the majority (71.17% [62.43-79.18]) of the surveyed oncologists are guided in their work by current standards based on evidence-based medicine for the diagnosis and treatment of cancer patients, but about half (55.86% [46.57-64.94]) note the need to review and make changes, and international standards, according to the interviewees, need adaptation to the possibilities of providing oncology care in Ukraine (65.77% [56.72-74.27] respondents).

With the introduction of martial law in Ukraine, 73.87% [65.34-81.59] of the surveyed oncologists noted problems with providing medical care to cancer patients, 49.55% [40.31-58.81] of specialists indicated an increase in the number of patients, 64.86% [55.78-73.44] of respondents noted an increase in the number of patients with advanced stages of the disease, and a third (31.53% [23.26-40.44]) of respondents noted an increase in patients with severe comorbidities. Also, after the introduction of martial law in Ukraine, oncologists faced several difficulties: non-compliance with the terms of prescribed treatment (48.65% [39.43-57.92]); loss of data (26.13% [18.41-34.66]); change of sequence in treatment stages of patients (18.92% [12.21-26.7]); increase in self-treatment among patients (11.71% [6.42-18.32]). At the same time, 57.66% [48.39-66.66] of the respondents reported that with the introduction of martial law in Ukraine, the logistics of their departments remained unchanged, 59.46% [50.22-68.38] of the respondents agreed with the possibility of providing high-quality medical care with the available equipment, and 84.68% [77.43-90.75] of the interviewed oncologists indicate the proper provision of consumables (syringes, dressings, gloves).

Analysis of the work of the Medical Guarantee Programs (MGP) in Ukraine in the "Oncology" field revealed certain issues in the existing grouping rules regarding treated cases/interactions between packages in the "Oncology" field:

- unclear criteria for the inclusion of a case in the Package, in particular, the inclusion of some diagnoses that are not related to malignancies;
- duplication of diagnoses in packages, which contributes to double/triple financing of a single case;
- lack of medical and automatic monitoring for the correct coding of the main diagnosis and medical interventions;

– lack of ongoing analysis of services provided in outpatient settings from the point of view of their compliance with the rate, as well as failure to apply timely preventive measures.

Based on the obtained results, it is proposed to make changes to the MGP in the "Oncology" field and to introduce automatic medical monitoring of electronic health records (EHR), in which the main diagnosis of defined categories of classes C and D is coded. The proposed ways of improving the MGP in the "Oncology" field will make it possible to align the medical services provided to patients with hematologic malignancies to the rate and thereby, due to the use of released/saved funds, to improve the equipment of diagnostic and treatment units for providing medical care to cancer patients.

The optimized system of providing oncological care is formed on the basis of the best clinical guidelines and consists of three main components: 1) Standardization of documents at all levels of the system (standards for health care resources; standards for the organization of medical services and health care facilities; standards for medical care programs and its quality control; medical and economic standards; information standards); 2) Network of facilities and personnel (from the formation of intersectoral compliance of three components: education, practice, and science); 3) Main areas of work (prevention of cancer diseases; diagnosis of cancer diseases in the early stages; medical services for the diagnosis and treatment of patients with cancer diseases; medical services for the diagnosis and treatment of malignancies in children, taking into account the features of internally displaced persons and orphans; quality of life of patients and their families; researches, innovations, and digitization).

The expert evaluation showed the expediency of introducing an optimized system for providing oncology care in Ukraine into practical health care. According to experts, its implementation will significantly improve the quality of medical care for cancer patients, reduce the level of cancer incidence, increase the survival rate of cancer patients, improve the timely diagnosis of cancer in the early stages, and prevent new cases of cancer.

Keywords: organization of medical care for cancer patients, cancer prevention, standards of oncology care, quality of life of cancer patients, reference centers, supra-cluster cancer centers, road map of a cancer patient

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Zub V., Tolstanov O. Medical and social substantiation of the problem of quality of life of patients with prostate cancer. *Proceeding of The Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences*. 2022. Т. 69, № 2. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2022.02.11> (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів)
2. Zub V.O. Medico-social substantiation of the issue of quality of life in patients with breast cancer and finding ways to improve it. *Medicni perspektivi*. 2023. Т. 28, № 1. P. 188-193. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276216>
3. Zub V., Manzhaliy E. Assessment of quality of life in patients with gastric cancer in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2023. Vol. 76(5 pt 1). P. 956-963. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202305111> (Дисертантом здійснено збір, обробку матеріалів, узагальнено отримані результати)
4. Zub V., Tolstanov O., Kotuza A., Manzhaliy E. Quality of life of lung cancer patients. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*. 2023. Vol.36. №3. P.145-150. <https://doi.org/10.2478/cipms-2023-0025> (Дисертантом здійснено збір, обробку матеріалів, узагальнено отримані результати)
5. Zub V., Semenova Y., Tolstanov O., Kotuza A., Gutor T., Matsyura O., Lysiuk R., Bjørklund G. Provision of medical care to cancer patients in Ukraine during Russo-Ukrainian war: A survey of oncologists' perceptions. *International Journal of Healthcare Management*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/20479700.2023.2261697> (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).
6. Zub V. Cancer epidemiology in Ukraine: analysis for the past decade. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. Т. 27, № 3-4. P. 126-142. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.126>
7. Зуб В. О. Дослідження нозологічних особливостей захворюваності та смертності населення України з причин злоякісних новоутворень. *Вісник Вінницького*

національного медичного університету. 2021. Т. 25, № 4. С. 635-639. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(4\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-22)

8. Zub V. O., Kotuza A. S., Tolstanov O. K. Communication of oncological patients with oncologists: main problems and problem-solving strategies. *International Journal of Medicine and Medical Research*. 2022. Т. 8, № 2. Р. 74–82. DOI: <https://doi.org/10.11603/ijmmr.2413-6077.2022.2.13594> (Дисертант брав участь в обробці матеріалів, аналізі та узагальненні результатів, оформленні та наданні матеріалів публікації)

9. Зуб В. О., Котуза А. С. Аналіз надання допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями в умовах воєнного стану. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 3. С. 35–40. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.3.13434> (Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)

10. Зуб В. О. Оцінка ефективності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями (на прикладі областей центру України). *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 3. С. 472-476. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(3\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(3)-22)

11. Zub V. Analysis of incidence and mortality of gastrointestinal malignant tumors in Ukraine and worldwide. *Acta Medica Leopoliensia*. 2022. Т. 28, № 3-4. Р. 22-33. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2022.3-4.022>

12. Зуб В. Аналіз результативності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями в західних областях України. *Медична наука України*. 2022. Т. 18, № 4. С. 81-88. DOI: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.4.2022.12>

13. Зуб В. О., Котуза А. С. Стан надання онкологічної допомоги населенню України в умовах воєнного часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 4. С. 614-617. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-16](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-16) (Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків)

14. Зуб В. О., Котуза А. С. Рівень забезпечення апаратурою променевої діагностики в закладах, які надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними

захворюваннями в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 4. С. 56–61. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13683> (Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків)

15. Зуб В. О., Котуза А. С. Організація надання медичної допомоги онкологічним хворим (за даними анкетування лікарів-онкологів). *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2022. № 10. С. 11-18. DOI: <https://doi.org/10.26565/2617-409X-2022-10-02> (Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків)

16. Зуб В. О. Порівняльний аналіз якості життя пацієнтів з раком легень, простати, молочної залози та шлунку в Україні згідно опитувальника EORTC QLQ-C30. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 2(24). С. 45-54. DOI: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.07](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.07)

17. Гусак Н., Зуб В., Котуза А. Надання онкологічної допомоги у рамках програми медичних гарантій Національної служби здоров'я за пакетом «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах». *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2023. №11(2). С. 184-193. [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(2\):184-193](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(2):184-193) (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів)

18. Гусак Н. Б., Зуб В. О., Котуза А. С. Порівняльний аналіз пакетів напрямку "Онкологія" програми медичних гарантій. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27. №2. С. 288-292. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(2\)-19](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-19) (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).

19. Гусак Н. Б., Котуза А. С., Зуб В. О. Аналіз наданих медичних послуг за пакетом програми медичних гарантій «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах». *Medical Science of Ukraine / Медична наука України*. 2023. Т. 19. № 2. С. 89-96. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2023.12> (Дисертантом проведено обробку

первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).

20. Зуб В. О. Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. *Бюлетень Національного канцер-реєстру № 24 - "Рак в Україні, 2021-2022"* – Монографія. 2023. С. 2-9. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/PDF/02-09-thema_Zub.pdf

21. Зуб В. О., Котуза А. С. Експертна оцінка оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні. *Вісник соціальної гігієни та ООЗ України*. 2023. №2 (96). С. 94-99. DOI <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2.14040> (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).

22. Зуб В. О. «Ціна раку»: економічні втрати, спричинені онкологічними захворюваннями. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №1 (71). С. 41-45. DOI <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/07>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

23. Зуб В. О. Медико-статистична оцінка смертності від онкологічних захворювань в Україні. *Матеріали міжнародної наукової конференції «The globalization of scientific knowledge: theoretical and practical research»*. м. Рига, Латвія, 17-18 грудня 2021 року. Рига. 2021. С. 11-14. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-164-0-4>

24. Зуб В. О. Стан захворюваності населення України на злоякісні новоутворення. *Матеріали міжнародної наукової конференції «Modern medicine: the use of creative industries in the healthcare system»*. м. Люблін, Республіка Польща, 28–29 грудня 2021 року. Люблін. 2021. С. 163-166. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-182-4-44>

25. Зуб В. О. Оцінка якості життя пацієнток з раком молочної залози. *Матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції «International scientific innovations in human life»*. м. Манчестер, Великобританія. 4-6 серпня 2022 року. Манчестер. 2022. С. 37-40.

26. Зуб В. О. Оцінка якості життя пацієнтів з раком легень. *Матеріали XI*

міжнародної наукової конференції: «*Scientific research: the paradigm of innovative development*». м. Прага, Чехія, 30 серпня 2022 року. Прага. 2022. С. 62-64.

27. Зуб В. О. Проблеми комунікації «лікар-пацієнт» в онкологічній практиці. *Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення»*. м. Харків, 28 жовтня 2022 року. Харків. 2022. С. 136-137.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

28. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року. Проект Постанови Кабінету Міністрів України від 28.01.2021 року. URL: <https://moz.gov.ua/article/public-discussions-archive/proekt-postanovi-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-zatverdzhennja-nacionalnoi-strategii-kontrolju-onkologichnih-zahvorjuvan-do-2030-roku> (Автор очолював структуру-розробник Національної стратегії як голова підкомітету з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; йому належить ідея розробки стратегії, написання початкового проекту, відповідальність за ведення і керівництво процесом розробки стратегії, адміністрування проекту).

29. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: "Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення". Постанова Верховної Ради України від 2 вересня 2020 року № 862-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-IX#Text> (Автор брав участь у парламентських слуханнях як Народний депутат України та як голова підкомітету з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; автор брав участь у написанні основних положень Постанови)

30. Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань удосконалення та розвитку онкологічної допомоги. Наказ МОЗ України від 13.09.2022 № 1658. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1658282-22#Text> (Автор входить в склад робочої групи з питань удосконалення та розвитку

онкологічної допомоги як голова підкомітету з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	24
ВСТУП.....	26
РОЗДІЛ 1 ІСНУЮЧА СИСТЕМА НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	33
1.1 Онкоепідеміологічна ситуація у світі та в Україні	33
1.2 Тягар онкологічних захворювань	37
1.3 «Соціальна ціна раку»: економічні втрати, спричинені онкологічними захворюваннями	40
1.4 Організація онкологічної допомоги в Україні: сучасний стан, проблеми та напрямки їх вирішення.....	45
1.5 Оцінка стану та напрямки вдосконалення надання онкологічної допомоги в Україні	55
1.6 Надання онкологічної допомоги у рамках програм медичних гарантій Національної служби здоров'я.....	64
1.7 Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року.....	66
Висновки до розділу 1.....	70
РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ....	72
2.1 Програма, матеріал і обсяг дослідження	72
2.2 Методи дослідження.....	81
Висновки до розділу 2.....	83
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ОНКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ У ДОКОВІДНИЙ ПЕРІОД (2010–2019 РОКИ)	84
Висновки до розділу 3.....	108
РОЗДІЛ 4 ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З НАЙПОШИРЕНІШИМИ ФОРМАМИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ.....	111
4.1 Оцінка якості життя пацієнтів з раком легень.....	111

4.2 Оцінка якості життя пацієнтів з раком шлунку	118
4.3 Оцінка якості життя пацієнок з раком молочної залози	125
4.4 Оцінка якості життя пацієнтів з раком простати	132
4.5 Порівняльний аналіз якості життя пацієнтів з раком легень, шлунку, молочної залози та простати за опитувальником EORTC QLQ- C30.....	139
4.6 Комунікація онкологічно хворих пацієнтів з лікарями-онкологами: основні проблеми та пошук шляхів їх вирішення.....	147
Висновки до розділу 4.....	151
РОЗДІЛ 5 СТАН ДІЯЛЬНОСТІ ОНКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ, В ТОМУ ЧИСЛІ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19	155
5.1 Аналіз діючих регіональних програм щодо профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями за останні 20 років, у тому числі під час пандемії COVID-19	155
5.2 Рівень забезпечення апаратурою променевої діагностики у закладах, які надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями.....	186
5.3 Стратегії розвитку онкологічної служби в регіонах України, які були розроблені в період пандемії COVID-19.....	192
Висновки до розділу 5.....	199
РОЗДІЛ 6 СТАН НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	201
Висновки до розділу 6.....	213
РОЗДІЛ 7 ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ (ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ-ОНКОЛОГІВ).....	215
Висновки до розділу 7.....	230
РОЗДІЛ 8 ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У РАМКАХ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я НАПРЯМКУ «ОНКОЛОГІЯ».....	233

8.1 Аналіз наданих медичних послуг за 17 пакетом Програми медичних гарантій «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах».....	233
8.2 Аналіз наданих медичних послуг за 38 пакетом Програми медичних гарантій «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах.....	239
8.3 Аналіз наданих медичних послуг за 18 пакетом Програми медичних гарантій «Радіологічне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах» та порівняльний аналіз взаємодій всіх пакетів напрямку «Онкологія».....	245
Висновки до розділу 8.....	252
РОЗДІЛ 9 ОПТИМІЗОВАНА СИСТЕМА НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ.....	254
9.1 Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України.....	254
9.2 Експертна оцінка оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні.....	279
Висновки до розділу 9.....	283
ВИСНОВКИ.....	288
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	292
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ.....	294
ДОДАТКИ.....	324

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АСК – Австралійські стандарти кодування
ВВП – валовий внутрішній продукт
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ДІ – довірчий інтервал
ДСГ – діагностично споріднені групи
ЕМЗ – електронний медичний запис
ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я
ЗН – злоякісні новоутворення
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
КНП – комунальне некомерційне підприємство
КП – комунальне підприємство
ЛЗ – лікарський засіб
МОЗ – міністерство охорони здоров'я
МРТ – магнітно-резонансний томограф
НІР – Національний інститут раку
НКР – Національний канцер-реєстр
НСЗУ – Національна служба здоров'я України
ОЗ – охорона здоров'я
ОФЕКТ – однофотонна емісійна комп'ютерна томографія
ПЕТ – позитронно-емісійна томографія
ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція
ПМГ – програма медичних гарантій
РКР – регіональний канцер-реєстр
РЛ – рак легень
РМЗ – рак молочної залози
РП – рак простати
РШ – рак шлунку
ФГДС – фіброезофагогастроуденоскопія

ФОП – фізична особа - підприємець

УЗД – ультразвукове дослідження

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

DALY – Disability-adjusted life year

IARC – International Agency for Research on Cancer

YLD – Years of healthy life lost due to disability

YLL – Years of life lost

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Онкологічні захворювання залишаються глобальною проблемою людства. Згідно даних GLOBOCAN (глобального Міжнародного агентства із вивчення раку) у 2020 р. у світі було виявлено 19,3 млн. (з них 4,3 млн. (22,3%) – у Європі) нових випадків та 10 млн. (з них 1,9 млн. (19,0%) зареєстровано у Європі) смертей з приводу злоякісних новоутворень (ЗН) (International Agency for Research on Cancer, IARC).

В Україні ЗН входять в п'ятірку найвагоміших причин смертності (друге рангове місце) та поширеності захворювань (п'яте рангове місце) серед всього населення (Г.О. Слабкий, 2016; Національний канцер-реєстр України 2016, 2017).

Ризик виявлення та розвитку онкозахворювань в Україні достатньо високий: близько 28% – для чоловіків та близько 19% – для жінок (Л.Р. Криничко та ін., 2018). ЗН виявляють майже в кожного 50-го жителя України, у той час, як у світі - у кожного 270-го, що пов'язує із комплексом факторів та регіональними особливостями. Понад 1 млн. (1 040 137) хворих стояло на обліку в онкологічних закладах України у 2020 р. (О. К. Толстанов, 2016; МОЗ, 2020; R.S. Crow et al, 2018).

Згідно з прогнозними оцінками до 2050 р. рівень захворюваності на ЗН в Україні може зрости на 30%. З імовірністю 95% прогнозується найбільш інтенсивний приріст захворюваності на колоректальний рак, незалежно від статі, на ЗН передміхурової залози – у чоловіків, а у жінок – на рак грудної залози, шийки та тіла матки (З. П. Федоренко та ін., 2019; Національний канцер-реєстр України 2017). Попередження поширення онкологічних захворювань є одним з найбільш вагомих завдань, які на сьогодні визначає Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ).

Загалом зростання захворюваності та смертності з приводу ЗН значною мірою пояснюється збільшенням чисельності населення у світі, його старінням та посиленням впливом факторів ризику, що призводить до високої незадоволеної потреби в ефективних та високотолерабельних методах лікування, а також у ранньому виявленні ЗН (Т. Hofmarcher et al., 2019; М. Schlueter et al., 2020). Проте варто зазначити, що поширення пандемії COVID-19 та повномасштабне військове

вторгнення росії зумовили нові виклики у роботі онкологічної служби. Поширення коронавірусної хвороби спричинили фізичні бар'єри доступної медичної допомоги, а у зв'язку із воєнним станом в країні тисячі онкохворих пацієнтів в Україні втратили можливість лікуватися та були вимушені виїхати за кордон для отримання спеціалізованого лікування.

В Україні сформована і функціонує система спеціалізованої онкологічної служби, яка охоплює від сімейних лікарів амбулаторно-поліклінічної мережі та онкологічних диспансерів країни до науково-дослідних інститутів та кафедр онкології і терапевтичної радіології медичних університетів (В. І. Бугро, В. В. Горачук, 2015; Л. В. Крохмалюк, П. М. Лисенко, 2016; О. М. Ключосов, 2017; МОЗ, 2017). Водночас слід зазначити, що розконцентрованість підпорядкування, під якими перебувають означені заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) (Міністерство охорони здоров'я, Академія медичних наук, регіональні органи місцевого самоврядування), а також надзвичайні виклики сьогодення призводять до певних труднощів у розрізі забезпечення ефективної профілактики, лікування та реабілітації онкологічних захворювань (О. В. Короткий Л.Р., 2017; Криничко та ін., 2018; К. В. Щиріна, О. К. Толстанов, 2023).

Таким чином, зростання рівня захворюваності та високий рівень смертності з приводу ЗН в Україні, а також реалії сьогодення (пандемія COVID-19 та повномасштабне військове вторгнення росії) визначають актуальність цієї роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана в межах ініціативно-пошукової науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» (2020-2024 роки, № державної реєстрації 0120U101680).

Мета дослідження: медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України з врахуванням особливостей воєнного стану.

Для реалізації мети роботи поставлено наступні **завдання**:

1. Провести епідеміологічний аналіз захворюваності та смертності на онкологічну патологію в Україні та світі.
2. Оцінити якість життя пацієнтів з найпоширенішими формами злоякісних новоутворень (раком легень, шлунку, молочної залози та простати).
3. Проаналізувати якість комунікацій онкологічно хворих пацієнтів з лікарями-онкологами.
4. Дослідити рівень забезпечення апаратурою променевої діагностики у закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями в Україні.
5. Вивчити та проаналізувати стан надання онкологічної допомоги населенню України до та під час воєнного стану.
6. Дослідити рівень дотримання стандартів лікування лікарями-онкологами та їх думку щодо необхідності змін у наданні онкологічної допомоги під час воєнного стану.
7. Провести аналіз роботи Програм медичних гарантій в Україні за напрямом «Онкологія».
8. Обґрунтувати, сформулювати та впровадити оптимізовану систему надання онкологічної допомоги населенню України, провести її експертну оцінку.

Об'єкт дослідження – система надання онкологічної допомоги населенню України.

Предмет дослідження – стан захворюваності та смертності з причини онкопатології; показники якості життя онкопацієнтів; чинні стандарти діагностики та лікування онкологічних захворювань; матеріально-технічне та фінансове забезпечення ЗОЗ, що надають медичну допомогу онкологічним пацієнтам.

Для виконання поставлених завдань у дисертаційній роботі були задіяні такі **методи наукового дослідження**:

- системного підходу та системного аналізу – для формування і вирішення завдання системності дослідження впродовж виконання всього дослідження, а також для реалізації комплексності роботи;

- бібліосемантичний – для пошуку та оцінки сучасних наукових світових джерел літератури щодо організації надання медичної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями;

- епідеміологічний – для оцінки динаміки показників захворюваності, смертності, поширеності окремих нозологічних форм, стану занедбаності та летальності до року;

- соціологічний – для оцінки якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями, а також вивчення думки лікарів-онкологів щодо оцінки надання спеціалізованої онкологічної допомоги в умовах воєнного часу;

- економічного аналізу – для покращення принципів фінансування пролікованих випадків в рамках Програми медичних гарантій за напрямом «Онкологія»;

- концептуального моделювання – для окреслення та використання базисних підходів до медико-соціального обґрунтування та розробки оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України;

- експертних оцінок – для з'ясування особливостей надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах воєнного стану та для оцінки розробленої оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України;

- медико-статистичний – для обчислення обсягу дослідження, для збору, статистичного групування та аналізу отриманих даних, а також для оцінки вірогідності результатів.

Наукова новизна результатів дисертаційної роботи є в тому, що вперше в Україні:

- висвітлено роботу онкологічної служби в Україні під час пандемії Covid-19 та запровадження воєнного стану, а також з'ясовано проблеми та труднощі в організації надання медичної допомоги онкологічного профілю за існуючих умов;

- проведено оцінку якості життя пацієнтів з найпоширенішими формами злоякісних новоутворень відповідно до міжнародних стандартів EORTC Quality of Life Group;

- проведено аналіз та визначено напрямки покращення Програми медичних

гарантій в Україні за напрямом «Онкологія»;

- науково обґрунтовано та створено, з урахуванням реальних потреб та можливостей, оптимізовану систему надання онкологічної допомоги населенню України.

Удосконалено:

- підходи до покращення якості життя та комунікації пацієнтів з онкологічними захворюваннями;

- організаційні підходи до покращення рівня надання медичної допомоги онкопацієнтам;

- підходи до збалансованого фінансування пролікованих випадків онкологічного напрямку.

Набули подальшого розвитку:

- дослідження онкоепідеміологічної ситуації в Україні;
- дослідження факторів впливу на якість життя онкологічних пацієнтів;
- вивчення результативності програм з профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями.

Теоретичне значення роботи полягає у сучасному довершенні теорії соціальної медицини в розділі організації надання онкологічної допомоги населенню, шляхів покращення якості медичних послуг онкологічного профілю та підвищення якості життя онкопацієнтів в умовах дії воєнного стану.

Практичне значення отриманих результатів проведеного дослідження є важливим в тому, що вони дозволяють:

- удосконалити діяльність органів державної влади в напрямку зниження рівня захворюваності та смертності, які спричинюються ЗН;

- покращити якість життя хворих на онкологічні захворювання;

- сформувати систему загальнодоступних якісних медичних послуг онкологічного напрямку в Україні;

- оптимізувати фінансування медичних послуг за напрямком «Онкологія».

Матеріали наукового дослідження впроваджені та використовуються у діючих нормативно-правових документах:

- Національній стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року [88].

- Постанові Верховної Ради України від 2 вересня 2020 року № 862-IX «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: "Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення".» [114].

Автор входить до робочої групи МОЗ України з питань удосконалення та розвитку онкологічної допомоги [118].

Матеріали дисертаційної роботи є впроваджені в практичну та освітню діяльність галузі охорони здоров'я – 4 акти впровадження (додаток Б).

Особистий внесок автора. Дисертаційна робота є власним, особисто виконаним науковим дослідженням дисертанта. Автор самостійно сформував мету, завдання, визначив методи та обсяг досліджень та, з врахуванням цього, розробив програмно-цільову структуру дослідження. Дисертант здійснив пошук та аналіз сучасних світових наукових літературних джерел з питань організації надання онкологічної допомоги, розробив анкети соціологічних досліджень й провів анкетування респондентів. Автором обґрунтовано та розроблено оптимізовану систему надання онкологічної допомоги населенню України. Автор брав участь у формуванні нормативно-правових документів роботи онкологічної служби України [88, 114]. Дисертант особисто зібрав всю первинну документацію та сформував її в статистичну базу, проаналізував та оцінив отримані результати дослідження сформулював ключові положення роботи, узагальнив висновки, розробив рекомендації для наступного впровадження у практику отриманих результатів дисертаційного дослідження.

Апробація матеріалів дисертаційної роботи, її основних розділів, висновків та рекомендацій проводилась на міжнародному та галузевому рівнях (додаток А). Отримані результати наукового дослідження були включені в роботу і обговорення науково-практичних конференцій: міжнародній науковій конференції «The globalization of scientific knowledge: theoretical and practical research», Рига, 17-18 грудня 2021 року; міжнародній науковій конференції «Modern medicine: the use of creative industries in the healthcare system», Люблін, 28–29 грудня 2021 року; XIV міжнародній науково-практичній конференції «International scientific innovations in

human life», Манчестер, 4-6 серпня 2022 року; XI міжнародній науковій конференції «Scientific research: the paradigm of innovative development», Прага, 30 серпня 2022 року; IV науковому симпозиумі з міжнародною участю з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку», Тернопіль, 21-23 вересня 2022 року; V науково-практичній конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення», Харків, 28 жовтня 2022 року.

Публікації. Результати дисертаційного дослідження були представлені в 30 наукових роботах. А саме: у виданнях наукометричної бази Scopus – 5 (з них 1 входить у Q3); у фахових наукових публікаціях, які регламентовані МОН України – 17 статей (з них – 8 одноосібні); праці апробаційного характеру – 5 тез у матеріалах міжнародних та вітчизняних конференцій; праці, які додатково відображають наукові результати – 3.

Структура і обсяг дисертаційного дослідження. Наукова робота представлена на 365 сторінках друкованого тексту, з яких 264 сторінки займає основний текст роботи. Структура дисертації: анотації (українська та англійська версії), зміст, перелік умовних позначень, скорочень і термінів, основна частина, яка складається зі вступу, огляду літератури, матеріалів і методів досліджень, семи розділів особистих досліджень, висновків та практичних рекомендацій. До списку використаних джерел літератури входять 284 наукові публікації, з яких 175 – кирилицею, 109 – латиною. Робота ілюстрована 70 рисунками, 49 таблицями та включає 12 додатків.

РОЗДІЛ 1

ІСНУЮЧА СИСТЕМА НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1 Онкоепідеміологічна ситуація у світі та в Україні

Попередження поширення онкологічних захворювань – одне із найбільш вагомих завдань, які на сьогодні визначає ВООЗ [58, 153, 165, 172, 272]. Значимість цієї проблеми важко переоцінити. Так, згідно з даними GLOBOCAN, глобального ресурсу епідеміології раку Міжнародного агентства із вивчення раку (International Agency for Research on Cancer, IARC) у 2020 р. у світі було виявлено 19,3 млн. (з них 4,3 млн. (22,27%) – у Європі) нових випадків та 10 млн. (з них 1,9 млн. (19%) зареєстровано у Європі) смертей з приводу злякисних новоутворень [230, 231, 232, 245].

Таким чином, діагноз ЗН було встановлено у кожного четвертого чоловіка та кожної п'ятої жінки у світі, у той час, як кожен восьмий чоловік та кожна одинадцята жінка померли з приводу ЗН. Кількість осіб, що прожили 5 років з моменту встановлення діагнозу ЗН, у 2020 р. склала 50,6 млн. у світі та 13,4 млн. (26,48%) у Європі [232].

У 2020 р. у структурі захворюваності у світі перше місце зайняв рак грудної залози (C50) – понад 2 млн. нових випадків (рис. 1.1).

У той час, як у структурі смертності на першому місці – рак легень (C34), з приводу якого було зареєстровано близько 1,8 млн. випадків смертей (рис. 1.2).

Загалом зростання захворюваності та смертності з приводу ЗН значною мірою пояснюється збільшенням чисельності населення у світі, його старінням та посиленням впливом факторів ризику [16, 19, 20, 201], що призводить до високої незадоволеної потреби в ефективних та високотолерабельних методах лікування, а також у ранньому виявленні ЗН [264].

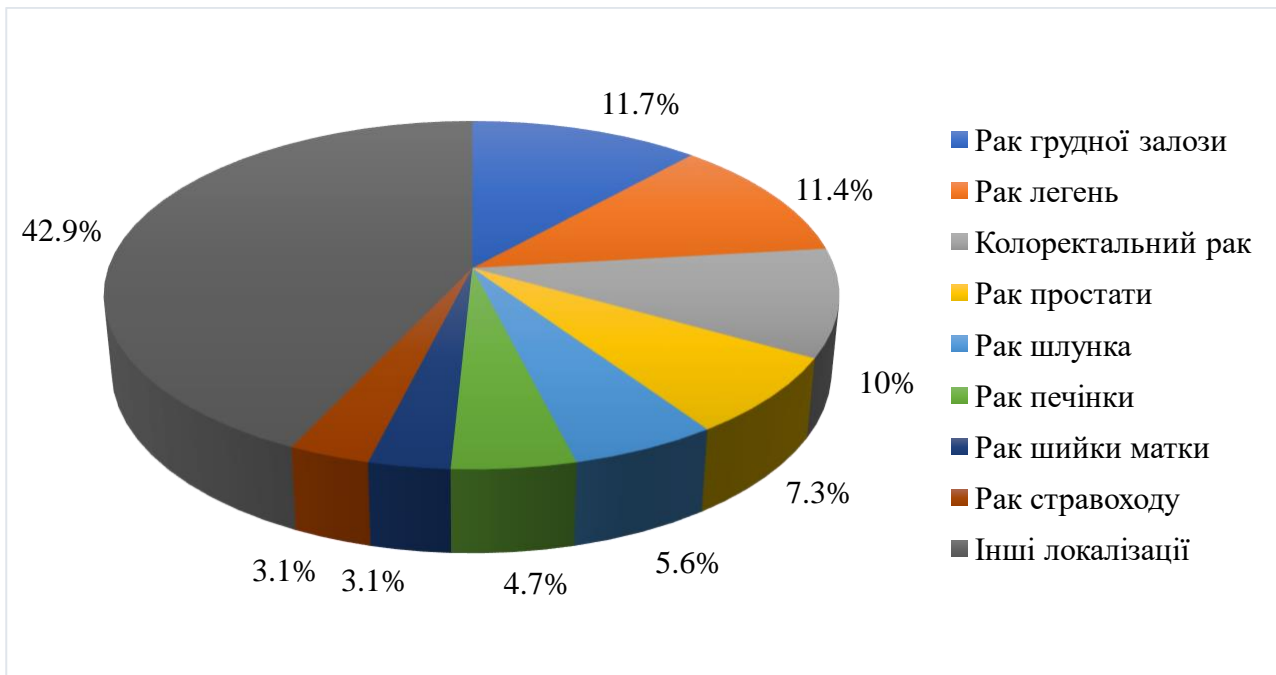


Рис. 1.1. Структура захворюваності на ЗН у світі (чоловіки і жінки, 2020) [230]

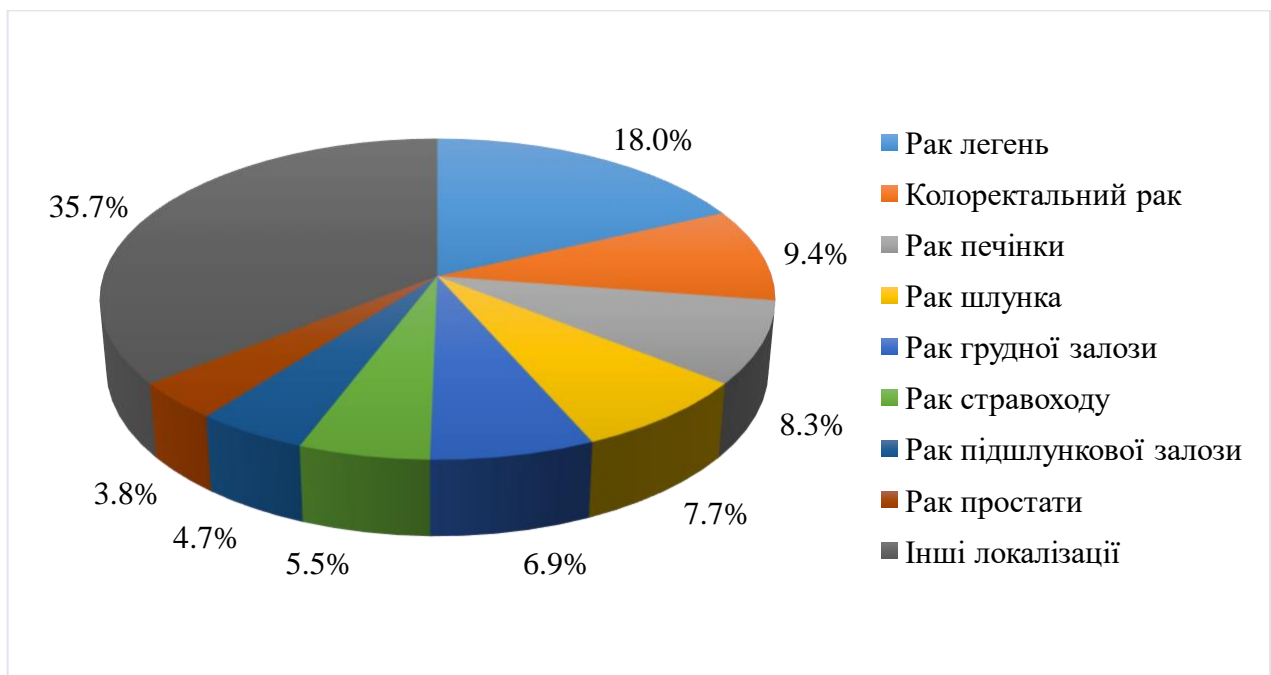


Рис. 1.2. Структура смертності з приводу ЗН у світі (чоловіки і жінки, 2020) [230]

В Україні ЗН входять в п'ятірку найвагоміших причин смертності (друге рангове місце), захворюваності та поширеності (п'яте рангове місце) захворювань серед всього населення [98, 133, 159, 166, 167, 168].

У 2020 р. в Україні було зареєстровано 162 594 нових випадків ЗН, 84 194 випадків смертей з приводу ЗН та 405 693 осіб, що прожили 5 років з моменту встановлення діагнозу ЗН, відповідно [133, 231].

Ризик виявлення та розвитку онкозахворювань в Україні достатньо високий: близько 28% – для чоловіків та близько 19% – для жінок [24]; ЗН виявляють майже в кожного 50-го жителя України, у той час, як у світі - у кожного 270-го, що пов'язується із комплексом факторів та регіональними особливостями [142, 145, 158, 177, 178, 182, 234, 239, 243].

У 2020 році в Україні на обліку ЗОЗ онкологічного напрямку було 1040137 пацієнтів. Серед чоловічого контингенту хворих на ЗН більше половини (51,7%) становили хворі на ЗН сечового міхура, передміхурової залози, легень, нирок, шлунка, гортані, колоректального раку. Серед жіночого контингенту онкохворих 62,2% мали онкологію репродуктивної системи (рак шийки матки, рак тіла матки, рак яєчників, рак грудної залози), щитоподібної залози та колоректальний рак. Немеланомні раки шкіри мали 20,4% чоловіків та 16,9% жінок, які перебували на онкологічному обліку [133].

На сьогодні в Україні основними причинами такої неблагополучної ситуації стосовно зростання захворюваності та рівня смертності з причин злжкісних новоутворень вважають незадовільний екологічний стан в країні, зокрема значну поширеність канцерогенів в довкіллі і в продуктах харчування, а також масове розповсюдження шкідливих звичок (ключовим є куріння) і суттєво високий рівень т.з. демографічного «постаріння» населення [2, 5, 6, 10, 65, 98, 103, 149, 157, 195, 196, 198, 200, 204, 222, 254, 261].

За даними аналізу тягаря 29 груп ЗН у 195 країнах світу за період з 1990 по 2017 роки, найбільше зростання виявлення нових випадків ЗН (на 52%) за проаналізований період було відзначено у країнах із середнім соціально-демографічним індексом (Socio-demographic index, SDI), у структурі причин якого зміна вікової структури населення склала 24%, зміна вікової специфіки випадків ЗН – 18% і збільшення чисельності населення – 10% відповідно [32, 35, 224].

Відслідковується чіткий зв'язок між зростанням виявлення нових випадків ЗН та соціально-демографічним індексом. У той час, коли у країнах із низьким соціально-демографічним індексом збільшення чисельності населення складає основну частку серед причин зростання виявлення нових випадків ЗН, у країнах із середньо-низьким індексом переважають старіння населення та зміна вікової специфіки випадків ЗН (по 12% кожна), в країнах же із середньо-високим та високим індексом – старіння населення [62, 63, 95, 224].

Зростання тягаря ЗН відбувається і в Європі; основним чинником, що визначає цю негативну динаміку, вважають старіння населення [153, 162].

За період з 1995 до 2018 роки у вибірці із 31 країни Європи кількість вперше діагностованих випадків ЗН поступово збільшилася приблизно на 50%: з 2,1 млн. до 3,1 млн. випадків відповідно [186, 189, 190, 216, 217, 223]. Старіння населення як чинник зростання поширеності онкологічних захворювань, на жаль, має вагоме значення і в Україні. Так, в Україні відзначається наявність високої частки (більше 20%) населення віком понад 60 років та високий рівень демографічного «старіння» населення за шкалою Россера [13, 14, 66, 68, 139, 160, 170].

Смертність з приводу ЗН зросла приблизно на 20% з 1,2 млн. до 1,4 млн. випадків за аналізований період, однак водночас знизилася смертність серед осіб молодших 65 років. Порівняння стандартизованих за віком показників демонструє, що за умови відсутності тенденції до збільшення кількості населення та його старіння захворюваність на ЗН все одно зросла б, тоді як смертність з приводу ЗН знизилася б майже у всіх країнах відповідно [134, 135, 190, 216].

Той факт, що в період з 1995 по 2018 роки смертність зросла менше, ніж захворюваність, свідчить про покращення результатів лікування онкологічних хворих. Аналіз динаміки п'ятирічного виживання продемонстрував позитивну динаміку серед багатьох форм ЗН в Європі у період 1995-2014 рр. [202, 203].

Однак, попри стрімкий розвиток медичної науки (і безпосередньо онкології) та появу нових заходів з онкопрофілактики, діагностичних та терапевтичних можливостей [11, 30, 57, 89, 137, 199, 208, 212, 240], згідно прогнозів GLOBOCAN, у 2040 р. тягар онкологічних захворювань у світі зросте майже удвічі (32,2 млн. нових

випадків ЗН), а у країнах з низьким індексом людського розвитку (Human Development Index, HDI) - на 96% [232].

Подібні дані отримані згідно з прогнозами експертів ВООЗ – очікується, що до 2030 р. смертність з приводу ЗН зросте на 45% у порівнянні із аналогічними показниками 2007 р. [183, 185, 205, 206, 238, 263], а до 2032 р. щороку виявлятиметься близько 21,4 млн. нових випадків ЗН [225, 273, 274, 275, 276].

Згідно з прогнозними оцінками до 2050 р. рівень захворюваності на ЗН в Україні може зрости на 30%. З імовірністю 95% прогнозується найбільш інтенсивний приріст захворюваності на колоректальний рак незалежно від статі, на ЗН передміхурової залози – у чоловіків, у жінок – на рак грудної залози, шийки та тіла матки [132].

У даному контексті слід наголосити, що розуміння очевидного взаємозв'язку між соціально-економічним статусом та здоров'ям, а також колосального внеску раку у загальний тягар хвороб – це вкрай важливий крок до пріоритезації інвестування у заходи превенції та лікування раку [262].

1.2 Тягар онкологічних захворювань

На сьогодні рак широко визнаний глобальною проблемою, для якої, на жаль, не існує глобального вирішення [224].

Для об'єктивізації оцінки впливу захворювань, зокрема проблеми ЗН, на громадське здоров'я, а надалі – побудови ефективної політики системи охорони здоров'я (ОЗ), на сьогодні використовується ряд показників у розрізі концептуального поняття «тягаря хвороб».

Тягар хвороби – це показник, що кількісно визначає втрату років життя з високою якістю (здорового життя) внаслідок хвороби. Тягар хвороби визначається в роках життя з поправкою на інвалідність (непрацездатність) та на якість життя (DALY і QALY), при його вимірюванні враховується захворюваність, смертність, працездатність (присутність на роботі, в школі тощо) [156].

Роки життя з поправкою на інвалідність (Disability-adjusted life year, DALY) являє собою загальну (сумарну) кількість років життя популяції, втрачених у зв'язку із інвалідністю, іншими проблемами зі здоров'ям та передчасною смертю. Значимість такого комплексного показника важко переоцінити, позаяк багато хвороб, у тому числі вагома частка ЗН, є не смертельними, але все ж таки можуть стати значним тягарем для суспільства та систем ОЗ [201].

DALY є одиницею виміру як глобального тягаря хвороб, так і результативності заходів системи ОЗ, як індикатора зниження тягаря хвороб [156].

DALY визначається як сума очікуваної середньої кількості втрачених років життя в популяції у зв'язку із передчасною смертю з приводу певної хвороби (причини) (Years of life lost, YLL) та очікуваної середньої тривалості неякісного життя (втрачених років працездатного життя) з приводу певної хвороби (причини) (Years of healthy life lost due to disability, YLD).

Згідно з даними аналізу тягаря 29 груп ЗН у 195 країнах світу за період з 1990 по 2017 роки [224], було встановлено, що у 2017 р. ЗН спричинили 233,5 млн. (95% ІН, 228,8-238,0 млн.) втрачених років здорового життя з поправкою на інвалідність (DALY), у структурі яких 97% склали роки здорового життя, втрачені в результаті передчасної смерті (YLL), та 3% – роки здорового життя, втрачені через непрацездатність (YLD), відповідно.

Найвищі показники років здорового життя, втрачених в результаті передчасної смерті, у 2017 р. були виявлені з причин раку трахеї, бронхів та легень, шлунку, печінки, колоректального раку та раку грудної залози. Деяку позитивну динаміку відзначено у тенденції поширення раку шлунку (зайняв третє рангове місце у 2017, у порівнянні із другим у 2007 р.) та відповідно негативну - у тенденції раку печінки (друге рангове місце у 2017, у порівнянні із третім у 2007 р.). Проаналізовані дані представлені у таблицях Додатку Л.

При аналізі гендерних особливостей нозологічних одиниць ЗН DALY у 2017 р., було виявлено, що у чоловіків основні причини склали рак легень, печінки та шлунку, у жінок – рак грудної залози, легень та колоректальний рак [3, 15, 152, 224].

За даними міжнародного ресурсу Глобального тягара захворювань (Global health data exchange), в Україні смертність з причини зляжкісних новоутворень знизилась від 115971 (18,6% випадків з числа всіх смертей) у 1990 р. до 99217 випадків (14,1%) у 2019 році [227]. Водночас за їхніми результатами показник втрати кількості років здорового життя через ЗН, Україна займає п'яте рангове місце у вибірці із 14 країн, що включає Угорщину, Болгарію, Польщу, Чорногорію (розташовані на 1-4 рангових місцях), Литву, Латвію, Чеську Республіку, Білорусь, Монголію, Російську Федерацію, Вірменію, США та Казахстан (розташовані на 6-14 рангових місцях відповідно) [164, 228].

В цілому найпоширеніші форми ЗН серед чоловіків і жінок усіх вікових категорій, які мають найбільший тягар в Україні, за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України [164], ранжуються наступним чином (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Найпоширеніші нозологічні форми ЗН в Україні у 2019 році [164]

Рангове місце	Чоловіки	Жінки
1	Рак трахеї, бронхів, легень	Рак грудної залози
2	Колоректальний рак	Колоректальний рак
3	Рак шлунку	Рак шлунку
4	Рак простати	Рак трахеї, бронхів і легень
5	Рак підшлункової залози	Рак яєчників
6	Рак нирок	Рак підшлункової залози
7	Рак сечового міхура	Рак шийки матки
8	Рак губи і ротової порожнини	Рак матки
9	Рак стравоходу	Інші зляжкісні новоутворення
10	Рак гортані	Лейкемія

1.3 «Соціальна ціна раку»: економічні втрати, спричинені онкологічними захворюваннями

Економічний тягар ЗН складається із двох частин - прямих та непрямих витрат.

Прямі витрати - це витрати на використання ресурсів, пов'язаних із захворюванням. Це витрати системи ОЗ на первинну профілактику, скринінг, діагностику, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу. Офіційно надані послуги соціальної підтримки та, згідно з деякими джерелами, неформальна опіка у вигляді допомоги з транспортом та підтримки від родичів і друзів (час, необхідний для супроводу пацієнта до лікарні та догляд за пацієнтом вдома) також є частиною прямих витрат [201, 265]. До прямих належать витрати на медичний персонал (патогістологи, хірурги, онкологи), медичне обладнання (сканери, голки для біопсії), ЗОЗ (лікарні, амбулаторні установи), фармацевтичні препарати (пропухлинні препарати, препарати підтримуючої терапії, наприклад, протиблювотні засоби) та вакцини (проти вірусу папіломи людини) [265].

Непрямі витрати – це витрати, пов'язані із втратою продуктивності внаслідок хвороби. Вони включають втрату продуктивності, спричинену зниженням працездатності та передчасною смертю осіб працездатного віку [201]. По-перше, втрата продуктивності, спричинена передчасною смертю, є втратою майбутніх доходів від пацієнтів, які помирають у працездатному віці і в протилежному випадку продовжували б працювати до пенсійного віку. По-друге, втрата продуктивності, спричинена захворюваністю, є втратою заробітку пацієнтами через тимчасову відсутність на роботі (відсутність через хворобу) або припинення роботи на постійній основі (стійка непрацездатність/інвалідність) [3, 152, 265].

Збільшення економічного тягара частково відображає збільшення тягара хвороб. Зростання кількості діагностованих випадків ЗН підвищує прямі витрати на діагностичні заходи та лікування. Ефективніше лікування ЗН може знизити кількість смертей, спричинених ЗН (у пацієнтів працездатного віку) і, таким чином, знизити втрату продуктивності у результаті смертності. Покращення надання онкологічної допомоги - нові діагностичні методи візуалізації, нові методи лікування та додаткові

програми скринінгу - також впливає на зростання економічного тягаря. Зазвичай це збільшує прямі витрати, оскільки технологічні інновації здебільшого вимагають вищих витрат і/або збільшують частку пацієнтів, які ними користаються.

Економічний тягар раку також має часовий вимір на рівні пацієнта. Витрати, пов'язані із захворюваністю, виникають протягом перших місяців чи року після встановлення діагнозу. Це *прямі витрати* на діагностичні заходи, первинне лікування та неформальну опіку, а також *непрямі витрати*, пов'язані із втратою продуктивності, спричиненою захворюваністю. Натомість витрати, пов'язані зі смертністю, виникають в останні місяці життя. Це *прямі витрати* на повторне лікування та/або паліативну допомогу у випадку занедбаних захворювань та неформальну опіку, а також *непрямі витрати*, пов'язані із втратою продуктивності, спричиненою смертністю [201].

Таким чином, економічний тягар ЗН та його зміни з часом залежать від тягаря ЗН (захворюваність, поширеність та смертність) та технологічного прогресу. Наприклад, зростання кількості нових випадків онкологічних захворювань підвищує витрати системи ОЗ на діагностичні заходи та лікування, тоді як зниження смертності пацієнтів працездатного віку знижує втрату продуктивності. Нові методи лікування можуть покращити результати лікування пацієнтів, але зазвичай потребують додаткових витрат на ОЗ [265].

Згідно з даними Hofmarcher T [265], загальні витрати ОЗ на лікування ЗН в Європі у 2018 р. склали 103 млрд. євро (додаток М). Це відповідає 195 євро на душу населення або 6,2% від загальних витрат на ОЗ. Витрати на лікування ЗН на душу населення коливалися від менше 50 євро у Болгарії та Румунії до понад 500 євро у Швейцарії. Відмінності між країнами багато в чому залежали від валового внутрішнього продукту (ВВП) на душу населення. Крім того, загальні витрати на ОЗ як частка від ВВП були нижчими у країнах з низьким економічним розвитком. Проте в усіх проаналізованих країнах витрати на лікування ЗН склали у середньому 4-7% від загальних витрат на ОЗ, незалежно від рівня економічного розвитку.

Витрати на протипухлинні препарати в Європі у 2018 р. склали 32 млрд. євро (61 євро на душу населення) (без урахування можливих знижок, дані про які є

конфіденційними) (додаток М). У перерахунку на душу населення найбільші витрати було зафіксовано в Австрії, Німеччині та Швейцарії (більш ніж 90 євро), а найнижчі (за повними даними) - у Чехії, Латвії, Польщі та Румунії (менш ніж 20 євро). Відзначалася явна тенденція країн з високим економічним розвитком витратити більше на протипухлинні препарати, ніж у країнах з низьким економічним розвитком, але різниця витрат на протипухлинні препарати була меншою, ніж у випадку загальних витрат ОЗ на лікування ЗН. Це пояснюється тим, що у країнах з нижчим рівнем доходів у витратах на лікування ЗН частка, що припадає на протипухлинні препарати, є вищою.

Динаміка прямих витрат на лікування ЗН, включаючи протипухлинні препарати, у Європі за період з 1995 до 2018 року продемонстрована на рис. 1.3.

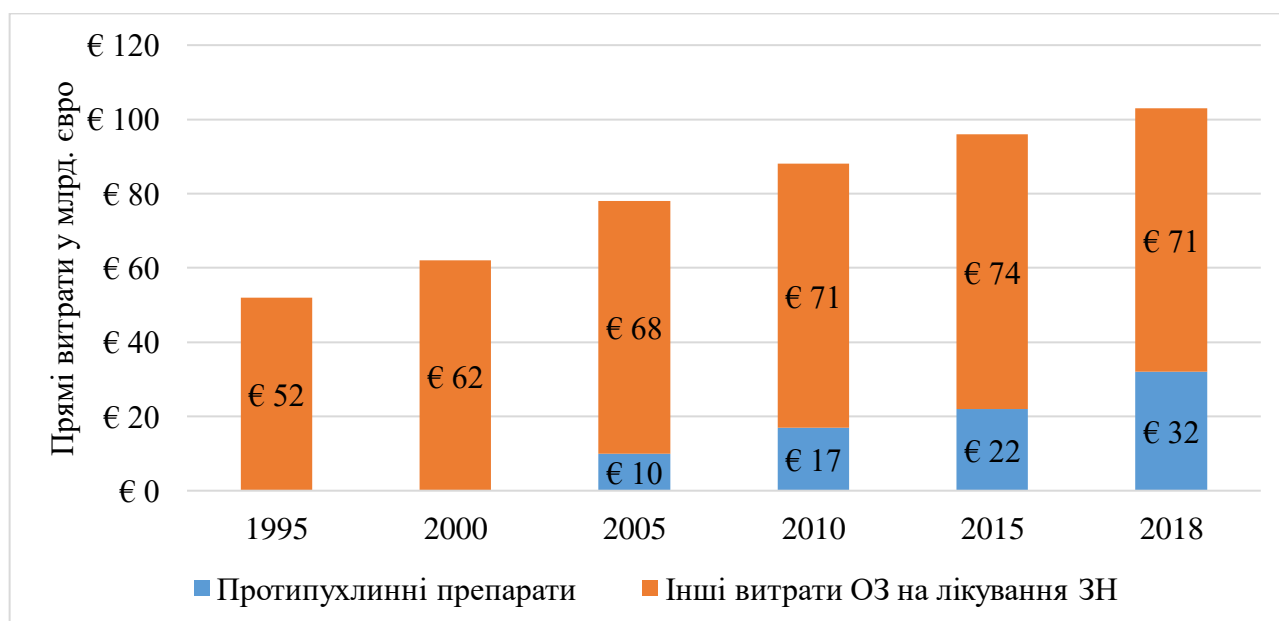


Рис. 1.3. Прямі витрати на ЗН у Європі у 1995-2018 рр. (у млрд. євро, ціни та обмінні курси станом на 2018 р.) [265]

Примітки. Дані представлені для 1995 і 2000 років - це загальні прямі витрати, у зв'язку із відсутністю даних про витрати на протипухлинні препарати. Витрати на протипухлинні препарати не враховують можливі знижки, дані про які є конфіденційними. Показники за 1995 рік можна було скоригувати лише з урахуванням інфляції у конкретній країні за період із 1996 по 2018 рік за відсутності даних.

Швидке зростання витрат на протипухлинні препарати пов'язане із ширшим їх використанням (наприклад, зі збільшенням кількості онкологічних хворих та нових протипухлинних препаратів, новими групами пацієнтів, які підлягають лікуванню,

використанням в ад'ювантних умовах терапії з більшою тривалістю) та вищими цінами на нові препарати [31, 229, 251].

Вартість неформальної опіки в Європі у 2018 р. становила 26 млрд. євро (50 євро на душу населення) (додаток М). Про динаміку витрат на неформальну опіку складно судити з огляду на відсутність даних [265].

Втрата продуктивності, спричинена передчасною смертю, в Європі у 2018 р. склала 50 млрд. євро (94 євро на душу населення) (додаток М) - результат втрати 2,3 млн. потенційних років трудового життя. Втрата продуктивності на душу населення коливалася від 25 євро у Болгарії до понад 200 євро у Швейцарії. Вища втрата продуктивності у країнах з вищим економічним розвитком в основному є відображенням вищих рівнів доходів у цих країнах, оскільки у цих країнах зазвичай фіксується нижча кількість втрачених потенційних років трудового життя.

Втрата продуктивності, спричинена захворюваністю, у Європі у 2018 р. була значно нижчою у порівнянні із попереднім показником і склала 20 млрд. євро (39 євро на душу населення), що відповідає результатам попередніх досліджень у цьому секторі [247, 265].

Динаміка непрямих витрат на ЗН в Європі за період з 1995 по 2018 рр. продемонстрована на рис. 1.4.

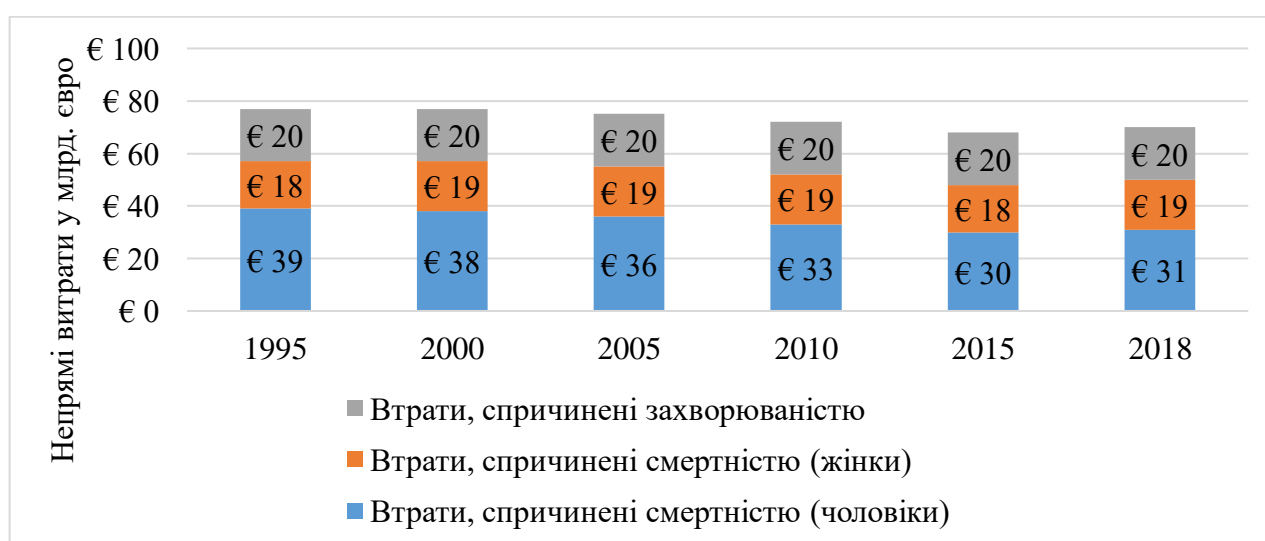


Рис. 1.4. Непрямі витрати на ЗН в Європі у 1995-2018 рр. (у млрд. євро, ціни та обмінні курси станом на 2018 р.) [265]

Втрата продуктивності праці, спричинена передчасною смертю, склала 57 млрд. євро у 1995 році та знизилася на 13% до 50 млрд. євро у 2018 році. Ці зміни спричинені зниженням кількості смертей з приводу ЗН серед пацієнтів працездатного віку та зміщення цього показника у бік старшого віку у зв'язку із збільшення виживання. Проте об'єктивно зміни втрати продуктивності праці, спричиненої передчасною смертю, відображені лише для чоловічого населення, оскільки зміни цього показника у жіночого населення врівноважувались зростанням зайнятості жінок [138, 140, 265].

Динаміку втрати продуктивності праці, спричиненої захворюваністю, важко оцінити ретроспективно у зв'язку з відсутністю даних. Hofmarcher T. зі співавторами [265] припустили, що цей тип втрати продуктивності залишався незмінним (20 млрд. євро) протягом періоду з 1995 по 2018 рр.. Це припущення частково підтверджується даними Toikka P зі співавторами [188], які продемонстрували навіть деяке зниження втрат продуктивності праці, спричиненої захворюваністю, серед населення Фінляндії у період з 2004 по 2014 рр.

Таким чином, з соціальної точки зору, економічний тягар ЗН складається з прямих витрат, витрат на неформальну допомогу та непрямих витрат. Загальні витрати на ЗН склали 199 млрд. євро (378 євро на душу населення) у Європі у 2018 р. Загальні витрати на душу населення були найнижчими в Болгарії та Румунії (83 євро) та вдесятеро вищими у Швейцарії (840 євро) [265].

Проблема об'єктивної оцінки економічних втрат, асоційованих із ЗН, в Україні є вкрай гострою, особливо враховуючи актуальну імплементацію заходів із трансформування організації ОЗ та нових механізмів фінансування медичних послуг, що надаються онкологічною службою.

На сьогодні, на жаль, немає подібних досліджень економічних втрат на ЗН в Україні на національному рівні, за винятком ряду локальних ініціатив [18, 55, 74, 75, 77, 78, 80], які із зрозумілих причин, є обмежено інформативними. Потенційна інформативність та цінність таких досліджень на сьогодні є безапеляційно вкрай важливою для оптимізації фінансування організації надання онкологічної допомоги в Україні.

1.4 Організація онкологічної допомоги в Україні: сучасний стан, проблеми та напрямки їх вирішення

В Україні сформована і функціонує система спеціалізованої онкологічної служби, яка надає медичну допомогу хворим на ЗН [9, 64, 102]. Ця система включає як науково-педагогічні установи, такі як науково-дослідні інститути та кафедри онкологічного напрямку в медичних університетах, так і практичні заклади охорони здоров'я: обласні та міські онкологічні диспансери, онкологічні та радіологічні відділення (кабінети), паліативні відділення, хоспіси, оглядові кабінети амбулаторно-поліклінічної мережі [56, 84, 174].

Водночас слід зазначити, що розконцентрованість егід, під якими перебувають онкологічні лікувально-діагностичні медичні заклади (Міністерство охорони здоров'я, Академія медичних наук, регіональні органи місцевого самоврядування) спричиняє певні труднощі у розрізі забезпечення ефективного лікування онкологічних захворювань [24, 61, 69, 146].

До основних завдань онкологічної служби в Україні належать:

- виявлення візуальних форм та ЗН найпоширеніших локалізацій (порожнини рота, шкіри, грудної залози, легень, передміхурової залози, прямої кишки, шийки матки) шляхом проведення профілактичних оглядів;
- імплементація сучасних організаційних форм діагностичних заходів для своєчасного виявлення пренеопластичних захворювань та безпосередньо ЗН;
- покращення рівня діагностики ЗН, від якої напряму залежить своєчасне виявлення онкопатології та попередження виникнення занедбаних форм;
- безперервний професійний розвиток лікарів первинного рівня, який має включати навчання з онкологічної грамотності;
- лікування хворих на ЗН із використанням сучасних протоколів та ЛЗ, узгоджених з міжнародними стандартами лікування та їх подальший нагляд впродовж всього життя з метою вчасного виявлення прогресування та рецидиву захворювання та своєчасного застосування наявного арсеналу лікувальних можливостей у даному випадку;

- постійний моніторинг за рівнем поширеності ЗН серед населення із використанням інструментарію регіональних та центрального канцер-реєстрів, забезпечення максимально повного обсягу достовірних даних про онкологічних хворих із наступним використанням їх з метою оперативного управління службою і визначенням пріоритетів її розвитку;

- масове проактивне протионкологічне пропагування із задіянням засобів масової інформації (преса, радіо, телебачення, соціальні мережі).

Адміністративно-функціональне управління онкологічною службою в Україні здійснюється Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, підкомітетом ВР України з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями, Національним інститутом раку (НІР). Онкологічні лікувально-діагностичні заклади виконують функції діагностики, лікування та спостереження за онкологічними хворими. Вони також здійснюють реєстрацію та облік усіх випадків ЗН в межах їх діяльності, що дозволяє сформувати інформаційну базу та провести аналіз захворюваності та смертності з причин ЗН в Україні.

У кожному обласному центрі функціонує онкологічний диспансер, який не лише надає спеціалізовану медичну допомогу онкологічним пацієнтам, а й реалізує заходи організаційно-методичного управління та інформаційно-аналітичного забезпечення онкологічної служби області. У складі онкодиспансеру, як багатопрофільної медичної установи, передбачені організаційно-методичне, поліклінічне або поліклінічно-диспансерне, діагностичне (кабінети ендоскопії, УЗД, радіологічних, морфологічних та лабораторних досліджень) відділення, а також профільні клінічні відділення (хірургічне, гінекологічне, урологічне, променеве, хіміотерапевтичне, тощо) [111, 116].

Впровадження заходів щодо удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим пов'язане з об'єктивною оцінкою реального стану захворюваності на ЗН та рівня організації онкологічної допомоги. Фактичний збір та аналіз інформації щодо хворих на ЗН в Україні проводиться Національним канцер-реєстром (НКР), який був створений у 1994 році [117].

У Національному канцер-реєстрі обліковуються усі відомості про кожний випадок злоякісного новоутворення. НКР поділяються на популяційні та лікарняні. Цей поділ пов'язаний із обсягом облікованого населення та рівнем завдань, які НКР виконує.

Популяційний НКР збирає дані щодо всіх захворювань на ЗН за територіальним принципом, що дозволяє провести епідеміологічний аналіз виникнення ЗН на рівні певної території країни або України в цілому.

Лікарняний НКР містить інформацію про усіх онкологічних пацієнтів ЗОЗ. Його дані використовують з метою оцінки ефективності діагностики, лікування пацієнтів та роботи медичного закладу в цілому [117].

Медико-інформаційна система НКР впроваджена у всіх ЗОЗ, які лікують онкологічних хворих, а центральний банк персоніфікованих даних НКР дозволяє забезпечувати автоматизовану передачу даних у сформованому єдиному інформаційному просторі онкологічної служби [120-132]. База НКР є відкритою до систематичного оновлення і доповнення новими даними та корекцією вже наявної інформації по пацієнтах, що дозволяє об'єктивно проводити аналіз фактичного стану організації та проведення онкологічної допомоги онкопацієнтам із використанням показників, які є загальноприйнятими у світовій практиці, зокрема такого як виживаність хворих на ЗН на популяційному рівні [94, 257].

За даними Проєкту Постанови Кабінету Міністрів України «Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року» [88]: «Мережа закладів, в яких отримують медичну допомогу хворі на онкологічні захворювання, станом на 1 листопада 2020 р. була представлена 30 онкологічними диспансерами, трьома онкологічними центрами, НІР та приватними закладами, що надають медичну допомогу дорослим та дітям. Разом з цим діагностика та лікування пацієнтів з онкозахворюваннями також проводяться і в інших закладах».

За 2020 рік Національна служба здоров'я України (НСЗУ) уклала контракти з 118 ЗОЗ, які стосувались надання медичних послуг для пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Зокрема, 33 ЗОЗ (27,97%) отримали контракт на послуги з діагностики і радіологічного лікування ЗН та 117 ЗОЗ (99,15%) – контракт на послуги,

які стосуються діагностики та хіміотерапевтичного лікування. Всього у 2020 році за Програмою медичних гарантій (ПМГ) діагностичні послуги з 6 видів інструментальних досліджень, які спрямовані на ранню діагностику найпоширеніших онкозахворювань в Україні, надавали 683 заклади.

Всього в Україні онкологічну допомогу населенню надають 1673 лікаря-онколога, що, за показником забезпеченості лікарями цього профілю, складає 0,40 лікаря на 10000 населення [88].

Згідно з даними, представленими у Проєкті «Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року» [88], є низка важливих та складних перепон на шляху до забезпечення якісного та ефективного лікування ЗН в Україні:

- «лікарі, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, а також населення в цілому, є недостатньо обізнаними про симптоми ЗН, що призводить до пізньої діагностики онкозахворювань;
- відсутня політика щодо превенції тих онкозахворювань, виникненню яких можна запобігти;
- відсутня налагоджена система координації медичної допомоги пацієнтам зі ЗН. Значна кількість пацієнтів діагностується, лікується та отримує подальше спостереження у різних ЗОЗ, які не мають мультидисциплінарних команд або повноцінної здатності забезпечувати оптимальне лікування;
- у сфері онкології та онкогематології відзначається дефіцит медичних працівників, лікарі та медсестри змушені виконувати додаткові функції через недостатність кадрів, зокрема, соціальних працівників, фармацевтів, нутриціологів, психологів, спеціалістів з паліативної медичної допомоги, спеціалістів з реабілітації та адміністраторів медичних даних;
- професійна підготовка медичних працівників у сфері онкології та онкогематології не відповідає за тривалістю та змістом міжнародним стандартам;
- неефективно використовуються існуючі матеріальні ресурси, надмірна тривалість госпіталізації пацієнтів збільшує як витрати, так і ризики внутрішньолікарняних інфекцій та погіршення якості життя;

- відсутня або недостатньо розвинута система надання психологічної, реабілітаційної та паліативної медичної допомоги онкохворим пацієнтам тощо» [88].

Також важливою є необхідність організації та проведення комплексу реабілітаційних заходів хворим на ЗН з первинною інвалідністю, які належать до працездатного населення. Так, із розширенням доступу до онкологічної допомоги та підвищенням ефективності лікування смертність з приводу ЗН знижуватиметься, однак водночас підвищуватиметься і рівень інвалідизації внаслідок ЗН, що на сьогодні чітко прослідковується в деяких країнах із високим рівнем доходів [260].

Згідно з статистичною інформацією Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності, яка отримана за даними річних звітів з 2001 р. Медико-соціальної експертної комісії, питома вага осіб з інвалідністю з причини ЗН працездатного віку коливається від 50% до 90% серед усіх осіб з інвалідністю з причини ЗН в залежності від території України. В середньому по Україні цей показник становить 65-75% за останні 20 років.

У Міністерстві охорони здоров'я удосконалення системи реабілітації онкологічних хворих, у Міністерстві соціальної політики нормативні документи щодо проведення індивідуальної реабілітації повнолітніх осіб з інвалідністю з ЗН перебувають в процесі розробки. Вкрай мало програм реабілітації осіб з інвалідністю із ЗН формуються та впроваджуються на місцевому рівні (в окремих ЗОЗ з реабілітації або в межах окремих регіональних програм).

Водночас слід зазначити, що навіть наявні нормативні документи втрачають свою своєчасність і ефективність за відсутності методичних рекомендацій щодо їхнього втілення у практику охорони здоров'я чи соціального забезпечення [83, 173].

Так, А. Хрипункова [163] зазначила, що тільки 35% пацієнтів отримали вичерпні інструкції лікаря щодо подальшої реабілітації, 40% – недостатні відомості, а ще 25% – жодної інформації з цього приводу. Після проведеного стандартного лікування тільки 11% хворих отримали необхідну допомогу психолога, і тільки 2% – соціального працівника. 62% онкологічних хворих після лікування розраховують на психологічну підтримку сім'ї, 42% – на підтримку друзів, 30% – на допомогу людей з громадських організацій і ще 19% звертаються зі своїми проблемами до церкви. 36%

хворих, які брали участь в опитуванні, заявляли, що вони приховували свою хворобу від товаришів по службі, 31% не повідомляли про це друзям, 20% нічого не казали батькам, а 6% не розповідали про хворобу чоловіку чи дружині.

Саме тому важливими та необхідними є заходи, які спрямовані на реабілітацію онкологічних хворих не залежно від того чи мають вони статус особи з інвалідністю, особливо в процесі відновлення працездатності та їх соціалізації [38, 70, 155, 171, 250, 253, 256, 268, 269].

Повноцінна реабілітація є вкрай важливою не тільки стосовно попередження рецидивів ЗН чи ускладнень після проведеного лікування, але і для підвищення якості життя пацієнтів, імплементації їх до суспільного життя. Це, як наслідок, буде нести, окрім медичного, ще й позитивні соціальний і економічний ефекти [29, 81, 82, 143].

Окремої уваги заслуговує також рівень забезпечення онкологічною допомогою в Україні в умовах приватних онкологічних медичних закладів, державне регулювання діяльності яких на сьогодні залишається відкритим питанням [29, 143, 171].

Особливістю приватних онкологічних медичних закладів є застосування високоточного лабораторного обладнання, поєднання класичних та інноваційних методик лікування, передовий досвід лікарів-онкологів і їх спільна робота з іншими фахівцями, що дозволяє домагатися більш значних успіхів [54].

Однак, вартість діагностики та лікування онкологічних захворювань, проведених у приватних онкологічних медичних закладах, в залежності від використаних методик в переважній більшості становить на сьогодні від тисяч до сотень тисяч гривень (табл. 1.2) [24].

Аналізуючи показники хірургічної дальності онкологічних стаціонарів м. Києва (табл. 1.3), відзначимо, що ЛЮ «Лісод» вирізняється найвищою часткою виконаних у 2020 р. суто діагностичних оперативних втручань, які склали близько чверті у структурі усіх виконаних операцій, у 3,3 рази перевищуючи цей показник у Київському обласному онкологічному диспансері (ООД) та удвічі – у Київському міському онкологічному центрі (МОЦ) і НІР відповідно.

Таблиця 1.2

Орієнтовна вартість медичних послуг в приватному онкологічному медичному закладі у 2021 році (Джерело: прейскурант цін ЛЮ «Lisod») [141]

Найменування медичної послуги	Вартість послуги (грн.)
Первинна консультація клінічного онколога	1950
Первинна консультація онкогінеколога	3980
Первинна консультація онкогематолога	від 1950
Консультація іноземного професора-онколога	8360
Консультація керівника центру сучасної мамології	1150
Консультація анестезіолога	850
Консультація психолога	800
Консультація дієтолога	800
ПЕТ-КТ	22370
Внутрішньовенне контрастування при ПЕТ-КТ	2370
Пероральне контрастування при ПЕТ-КТ	580

Таблиця 1.3

Показники хірургічної діяльності онкологічних стаціонарів м. Києва у 2020 році [133]

Вид діяльності	НІР	Київський МОЦ	Київський ООД	ЛЮ «Лісод»
1	2	3	4	5
Загальна кількість операцій	6627	6435	3530	905
Суто діагностичні: З усіх, %	579 (8,7)	536 (8,3)	213 (6,0)	184 (20,3)
Ускладненість	0,3	0,2	-	-
Летальність	-	-	-	-

Продовження таблиці 1.3

1	2	3	4	5
При госпіталізації з приводу ЗН та in situ пухлин:				
<u>Всього:</u>				
З усіх, %	5136 (77,5)	4424 (68,7)	1812 (51,3)	651 (71,9)
Ускладненість	3,5	0,5	1,5	2,8
Летальність	0,3	0,2	0,9	-
З них:				
<u>Радикальні:</u>				
%	3907 (76,1)	3790 (85,7)	1403 (77,4)	352 (54,1)
Ускладненість	2,9	0,3	1,1	3,4
Летальність	0,1	-	0,4	-
<u>Паліативні:</u>				
%	297 (5,8)	253 (5,7)	329 (18,2)	26 (4,0)
Ускладненість	6,1	1,2	1,5	7,7
Летальність	0,7	0,4	1,2	-
<u>Пробні:</u>				
%	13 (0,3)	4 (0,1)	18 (1,0)	1 (0,2)
Ускладненість	-	-	5,6	-
Летальність	-	-	5,6	-
<u>Інші:</u>				
%	919 (17,9)	377 (8,5)	62 (3,4)	272 (41,8)
Ускладненість	5,2	2,7	11,3	1,5
Летальність	1,1	2,4	8,1	-
При госпіталізації з приводу доброякісних та пограничних пухлин:				
З усіх, %	582 (8,8)	1055 (16,4)	635 (18,0)	34 (3,8)
Ускладненість	1,7	0,1	0,2	2,9
Летальність	-	-	-	-

Привертає увагу той факт, що частка радикальних (54,1%) та паліативних (4,0%) оперативних втручань у ЛІО «Лісод» виявилась найнижчою у порівнянні з іншими проаналізованими ЗОЗ; у той час як частка ускладнень у випадку виконання обох видів оперативних втручань - найвищою (3,4% та 7,7% відповідно).

Найнижчою також була частка оперативних втручань при госпіталізації з приводу доброякісних та пограничних пухлин - вона становила 3,8%.

У функціонуванні приватних онкологічних медичних закладів безумовне значення має державне регулювання.

Криничко Л.Р. [24] пропонує розглядати цю проблему, також у контексті перспективних шляхів реформування, через призму чотирьох основних напрямів:

1. Державне регулювання ранньої діагностики та скринінгів онкологічних захворювань.

2. Державне регулювання дорослої онкології.

3. Державне регулювання дитячої онкології.

4. Державне регулювання паліативної та хоспісної допомоги.

Державні програми ранньої діагностики та скринінгів мають бути реалізовані в рамках конкретних регіональних проектів, пов'язаних з підвищенням обізнаності громадян та представників сфери охорони здоров'я, приватних медичних закладів та організацій, проведення скринінгового обстеження, забезпечення верифікації діагнозу, пропозицій щодо необхідного вчасного лікування та відповідного супроводу пацієнтів протягом діагностики.

У даному напрямі доцільним та ефективним стало б створення на державному рівні Національного комітету зі скринінгу та ранньої діагностики онкозахворювань при Директораті громадського здоров'я та профілактики захворювань при МОЗ України, що забезпечило б створення в країні єдиної скоординованої Програми проведення скринінгу для ризикових груп населення. За рахунок залучення можливостей, сучасного обладнання та устаткування приватних медичних закладів, що збільшило б свій прибуток і відповідно доходи Державного бюджету за рахунок сплачених податків, онкоскринінг дозволив би визначити ризики розвитку пухлин і стадію онкозахворювання (у разі його діагностування) та зміг би зменшити відповідно рівень смертності населення [54].

Водночас використання та впровадження на державному рівні молекулярно-генетичних програм скринінгу дітей у доклінічній діагностиці, в тому числі у приватних медичних закладах, дасть можливість виявляти ранні стадії онкозахворювань, які можна лікувати менш травматичними для дітей методами, а також забезпечити максимально комфортну якість життя цій групі онкологічних

пацієнтів, що приведе до значного соціально-економічного та морально-етичного значення на рівні країни [24, 160, 221].

До основних нормативно-правових актів, які регулюють діяльність онкологічної служби на рівні держави, належить Наказ МОЗ України №10 від 22.01.1996 р. «Про створення Національного канцер-реєстру України [117] та Наказ МОЗ №845 від 01.10.2013 р. «Про систему онкологічної допомоги населенню України» [116].

Наказ МОЗ №845 передбачає правові аспекти надання допомоги онкохворим, забороняє планове лікування хворих у загально-лікувальних мережах та визначає обов'язковим для лікування залучення трьох провідних фахівців, а саме: хірурга, хіміотерапевта та променевого терапевта.

Крім того, у наказі визначено особливості функціонування онкологічної служби в цілому, затверджено положення про онкологічний диспансер, визначено функціональні обов'язки головного онколога, охарактеризовано умови функціонування організаційно-методичного кабінету онкологічного диспансера, онкологічного кабінету у поліклініці, жіночого оглядового кабінету, чоловічого оглядового кабінету, відділення автоматизованої системи управління обласного (міського) онкологічного диспансеру, онкохіміотерапевтичного відділення тощо. Однак, попри наявність ключових визначень в наказі відсутні аспекти державного регулювання дорослої онкології в приватних медичних закладах.

Більше того, у жодному із нормативно-правих актів, надалі прийнятих чи запропонованих на громадське обговорення, не передбачено місце та роль приватних онкологічних медичних закладів на шляху протидії розвитку онкологічних захворювань.

Матеріально-технічна база державних відділень хоспісної та паліативної допомоги недостатньо відповідає сучасним вимогам та європейським стандартам, порушуючи права пацієнтів і потребує доопрацювання дієвого механізму державної підтримки приватних медичних закладів хоспісної та паліативної допомоги, які б могли забезпечити необхідний рівень професійного догляду та психологічного супроводу за невиліковними хворими через онкологічні захворювання та інші

хронічні невиліковні хвороби. Крім того, приватні медичні заклади хоспісної та паліативної допомоги можуть забезпечити процедуру адекватного знеболення пацієнтів, доступності виїзду бригад паліативної допомоги з можливістю проведення консультаційних заходів, розвиток кадрового потенціалу закладів хоспісної та паліативної допомоги в цілому [1, 24, 197, 246, 255, 266].

У багатьох розвинених країнах Європи та світу існування такого роду приватних медичних закладів регулюється відповідними державними програмами та нормативно-правовими актами і є ключовою складовою в системі охорони здоров'я [24, 97, 192, 194, 211].

Таким чином, державне регулювання діяльності приватних онкологічних медичних закладів є ще одним важливим компонентом для покращення якості [69, 148] та ефективності надання медичної допомоги онкологічним пацієнтам.

1.5 Оцінка стану та напрямки вдосконалення надання онкологічної допомоги в Україні

Аналіз організації онкологічної допомоги з метою її подальшого удосконалення набуло особливого значення в умовах карантинних заходів з приводу пандемії Ковід-19 та воєнного стану в країні. Особливо важливо те, що в цих умовах поширеність захворюваності на ЗН в Україні поступово зростає, а рівень смертності з причини онкопатології надалі залишається на високому рівні, при тому, що половина первинних хворих помирає [133].

Для оцінки ефективності організації онкологічної допомоги в Україні хворим на рак нами було проаналізовано ряд показників згідно з даними НКР України [277]:

- співвідношення рівнів смертності та захворюваності з приводу ЗН;
- занедбаність ЗН;
- частка ЗН, виявлених під час профілактичних оглядів;
- частка хворих, які не прожили одного року з моменту встановлення діагнозу ЗН;
- рівень охоплення спеціальним лікуванням;

- рівень морфологічної верифікації діагнозів.

Одним із об'єктивних критеріїв оцінки організації онкологічної допомоги є співвідношення рівнів смертності та захворюваності з приводу ЗН (mortality-to-incidence ratio, MIR). Його значення напряму залежить від своєчасності діагностики вперше виявленої хвороби та від організації надання медичної допомоги онкологічному пацієнту. При добре налагодженому процесі цих показників значення показника летальності не буде перевищувати 25-30% випадків [133].

Так, згідно результатів ряду досліджень, цей показник був визнаний простим та ефективним у контексті оцінки програм контролю ЗН; він також дозволяє оцінити систему ОЗ у контексті надання онкологічної допомоги та відмінності результатів лікування ЗН у різних країнах [191, 192, 259, 267].

Також можна відстежити наявність зв'язку співвідношення рівнів смертності та захворюваності з приводу ЗН із індексом людського розвитку. Так, Sharma R. відзначив наявність сильного зворотного кореляційного зв'язку ($r = -0.87$) між співвідношенням рівнів смертності та захворюваності з приводу ЗН та індексом людського розвитку у випадку раку молочної залози, аналізуючи дані за 1990-2016 роки у 102 країнах світу [259].

За даними НКР, у 2019 р. в Україні припадало 44 випадки смерті від ЗН на кожних 100 випадків вперше виявленої онкопатології. При цьому, найменший показник реєструвався в Одеській області (34,5 випадків на 100 первинних захворювань), а найвищий – у Закарпатській області (54,6 випадків на 100 первинних захворювань) [133].

Аналізуючи значення показника співвідношення рівнів смертності та захворюваності з приводу ЗН в Україні протягом 5 років (2015-2019 рр.), попри доволі високий рівень, можна відзначити деяку позитивну динаміку його зміни – у 2019 р. він склав 44,25%, що на 4,21% нижче у порівнянні із його рівнем у 2015 році (48,46%) (рис. 1.5).

Слід відзначити також і наявні гендерні відмінності даного показника: у 2019 р. він склав 52,03% у чоловіків проти 37,17% у жінок (+14,86%) і виявився вищим серед чоловічого населення протягом усього аналізованого періоду.

Причинами виявлення ЗН у занедбаній стадії може бути невчасне звернення пацієнтів за медичною допомогою як наслідок незнання і/або ігнорування симптомів раку; соціально-економічні чинники, рівень освіченості, недовірливе ставлення до системи ОЗ та відсутність достатніх знань про її функціонування також можуть відігравати значну роль. Можливі недоліки в організації ОЗ, недостатня онконастороженість медичного персоналу, а також діагностичні труднощі, зв'язані із неспецифічністю симптоматики (а зачасти і її відсутністю) ряду ЗН, агресивний стрімкий розвиток захворювання також можуть вести до запізненого встановлення діагнозу ЗН.

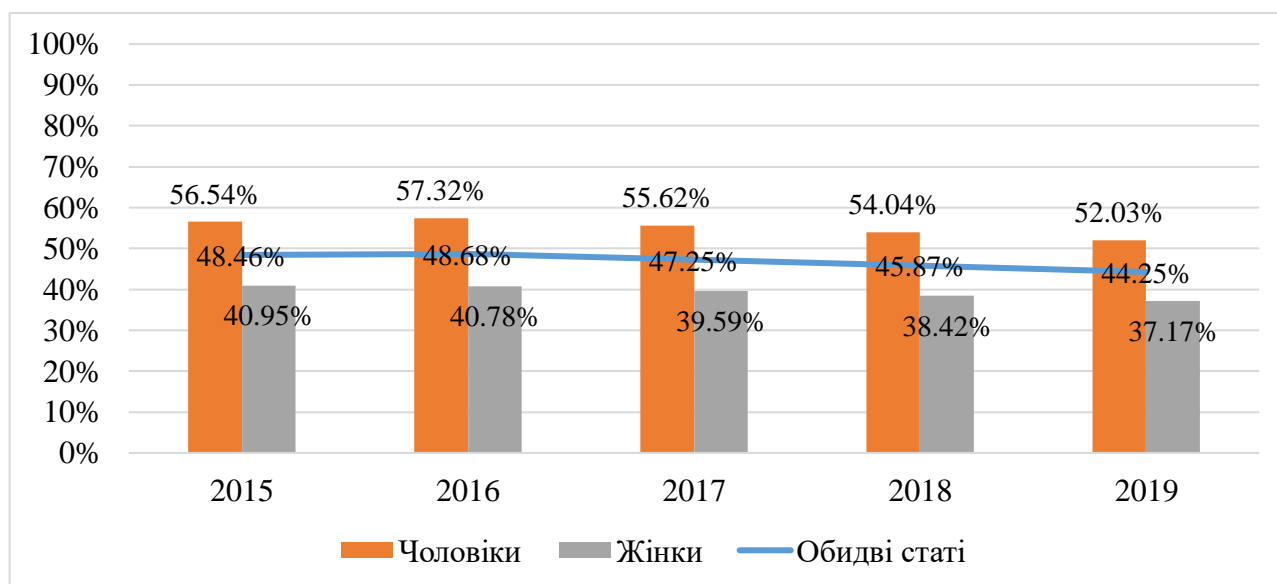


Рис. 1.5. Динаміка показника співвідношення рівнів смертності та захворюваності з приводу ЗН в Україні, 2015-2019 (не охоплює дані Донецької та Луганської областей, АР Крим і м. Севастополь) [129-133]

Ortiz-Ortiz KJ зі співавторами [220] у крос-секційному дослідженні, присвяченому виявленню чинників, асоційованих із пізнім встановленням діагнозу колоректального раку серед населення Пуерто-Ріко, було виділено ряд наступних факторів виявлення ЗН у занедбаній стадії:

- стійкі бар'єри між пацієнтами, лікарями та системою ОЗ [236, 237];

- комунікація між лікарем та пацієнтом. Було встановлено, що якість комунікації може варіювати у залежності від соціального класу пацієнта із найнижчим її рівнем у випадку пацієнтів низького соціального класу [207, 236, 237];
- соціально-економічні чинники (низький соціально-економічний статус, відсутність сталого партнера (незаміжній/неодружена), похилий вік) [233];
- ігнорування заходів програми скринінгу раку [181, 184, 187, 194, 209, 235];
- відсутність скерування з метою подальшого обстеження [237] як результат, зв'язана із знаннями лікаря щодо скринінгу колоректального раку та спроможністю виявити ранні симптоми даного захворювання;
- агресивність захворювання [220].

Згідно даних НКР, у 2020 р. в середньому по Україні у занедбаній (IV-й) стадії є кожний п'ятий випадок ЗН. При цьому у 10-ти областях України захворювання на рак в IV-й стадії виявляли у кожного четвертого хворого, а саме: у Вінницькій, Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Полтавській, Тернопільській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій та Чернігівській областях [133].

Привертає увагу негативна динаміка зміни даного показника – він демонструє зростання протягом усього аналізованого періоду: якщо у 2016 р. частка пацієнтів із первинно виявленим ЗН у занедбаній стадії склала 16,7%, то у 2020 р. цей показник уже становив 24,6% (+7,9%) (рис. 1.6).

У даному контексті нами також було проаналізовано показники виявлення ЗН у занедбаній стадії станом на 2018 рік в Україні та США для 5 нозологічних одиниць: раку ободової кишки, прямої кишки, шийки матки, трахеї, бронхів, легень, а також передміхурової залози (рис. 1.7).

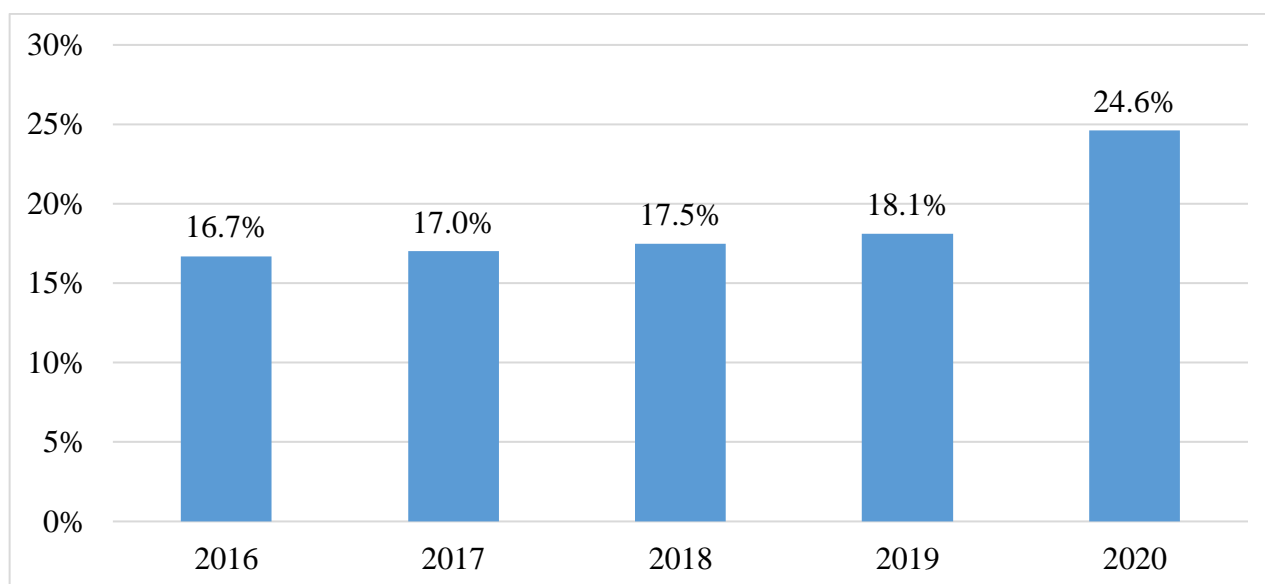


Рис. 1.6. Динаміка показника виявлення ЗН у занедбаній стадії в Україні, 2016-2020 (у 2020 році – не охоплює дані Донецької та Луганської областей, АР Крим і м. Севастополь) [129-133]

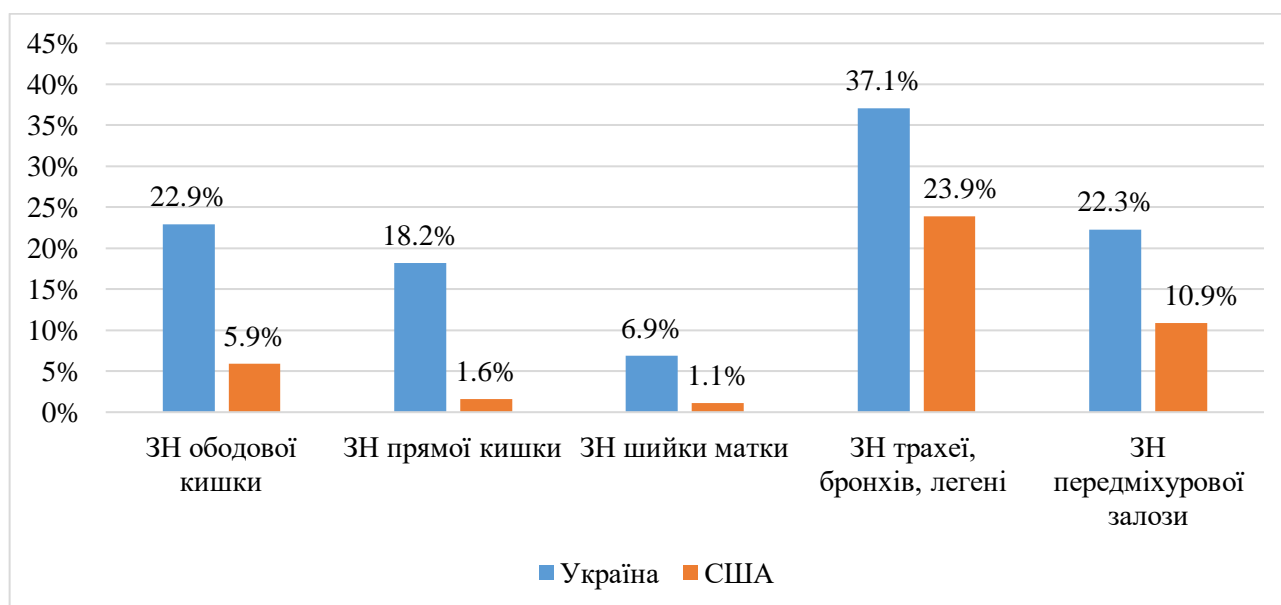


Рис. 1.7. Порівняння показника виявлення ЗН у занедбаній стадії в Україні та США, 2018 (не охоплює дані Донецької та Луганської областей, АР Крим і м. Севастополь) [131, 193]

У випадку усіх 5 розглянутих нозологічних одиниць, на жаль, показники в Україні виявились відчутно вищими, порівняно із такими у США; особливо стосовно ЗН ободової кишки, де різниця склала 17%, що свідчить про необхідність, у першу чергу, удосконалення скринінгових заходів щодо колоректального раку [277].

На думку експертів ВООЗ, при обмежених ресурсах охорони здоров'я основна увага має бути спрямована на ранню діагностику, а основне лікування – короткотривале та в амбулаторних умовах. Це має відбуватись за рахунок програм державного рівня, так само як і розвиток новітніх методів лікування онкологічних захворювань у цих країнах [136, 244].

Однак, на жаль, згідно з наявними оперативними даними НКР, встановлено, що в останні роки в Україні практично не виявляють онкопатологію на профілактичних оглядах. Так, у 2020 р. показник патологічної ураженості склав 20,2%, при найнижчому значенні (2,4%) у Чернігівській області та найвищому (51,7%) – у м. Київ.

Про низьку ефективність роботи флюорографічної служби свідчать показники виявлення на профілактичних оглядах ЗН легень: так, у 2020 р. цей показник склав 11,9% пересічно по Україні, у той час як у Житомирській, Івано-Франківській, Одеській та Чернівецькій областях становив всього лише 1-2,6%.

Натомість рівень виявлення на профілактичних оглядах ЗН шийки матки склав у 2020 р. лише 36,6%, що є найнижчим показником за всю історію його реєстрації НКР України і вказує не лише на недоліки технологій цитологічного скринінгу, але й на прогресивне зниження ефективності його організаційних технологій. Також це може бути пов'язано з початком епідемії COVID-19, що в цілому призвело до значного зменшення звернень пацієнтів з онкологічними захворюваннями до ЗОЗ [133].

Рівень виживаності – необхідний показник для оцінки тягаря та ефективності діагностики та лікування ЗН [241]. Досягнення вищого рівня виживаності трактується одним із критеріїв підвищення економічних витрат на онкологічну допомогу [179], а також необхідності виконання скринінгових обстежень (наприклад, мамографії) [271].

Згідно з рекомендаціями IARC, показник 5-річної виживаності є ключовим інтегральним критерієм оцінки якості надання онкологічної допомоги (діагностики, лікування, динамічного спостереження). Саме тому його вартувало б впровадити у офіційні звіти служби онкологічної допомоги в Україні [56].

Натомість «рейтинговим» офіційно зареєстрованим показником в Україні є показник летальності до року, який не завжди відображає реальну картину летальності з причини введення до офіційної бази даних НКР частини хворих, яким посмертно був поставлений діагноз ЗН. На противагу цьому, інші показники в базі НКР, до яких належать показник летальності до року та показник співвідношення смертності до захворюваності, дозволяють бачити об'єктивну картину роботи служби та приймати своєчасні заходи щодо удосконалення заходів з організації онкологічної допомоги на рівні від лікувального закладу до країни в цілому [56, 67, 129-133].

Однак, впровадження в Україні всесвітньо прийнятого показника «5-річної виживаності хворих зі ЗН» залишається необхідним кроком, що покаже всі напрямки роботи онкологічної служби в країні та дозволить співставляти отримані дані в Україні з міжнародними даними [12, 36, 90].

За даними НКР, в Україні у 2019 р. показник летальності первинних хворих на ЗН до 1 року становив 27,1%, а в 5 областях України (Волинській, Полтавській, Харківській, Чернівецькій та Чернігівській областях) він перевищив 30% [133].

Таким чином, кожен третій онкохворий в Україні помирає з приводу ЗН протягом року з моменту встановлення діагнозу, а показник дорічної смертності, спричиненої ЗН є у 2-10 разів вищим, аніж аналогічні показники економічно розвинених країн [73, 147, 154, 166, 169]. Причинами цього, можливо може бути неправомірне заниження стадії захворювання чи взагалі її не встановлення, а також неякісне надання медичної допомоги, включно із пізньою діагностикою ЗН, що потребує, з одного боку, аналізу та з'ясування на місцях, з іншого – поглибленого наукового вивчення, безпосередньо у порівнянні із іншими країнами [133, 144, 176, 180, 210, 215, 226, 248, 249, 252].

На деяких територіях України існують неспівставимо високі показники посмертно встановлених первинних випадків онкологічних захворювань, порівняно з середніми даними по Україні: у 2020 р. питома вага посмертних діагнозів ЗН не була вищою 2% від загального числа первинних хворих та 3% - від всіх померлих. Тоді як у 4 регіонах ці показники були суттєво вищими: у Закарпатській області 4,4% загальної кількості захворілих та 7,8% загальної кількості померлих, у

Кіровоградській – 3,3% та 6,4%, у Миколаївській – 4,0% та 9,5%, у Черкаській – 3,6% та 7,0%, у Чернівецькій – 3,6% та 8,2% і у м. Київ – 6,1% та 12,0% відповідно. Єдиним, чим це можна пояснити, то це припустити, що на початку пандемії Covid-19 у цих областях ще не була добре налагоджена організація медичної допомоги онкологічним хворим у таких складних умовах. Хоча в подальшому така велика кількість реєстрації посмертно встановлених випадків онкопатології у регіонах знизилась [133].

В середньому, у 2020 р. по Україні показник частки пацієнтів із ЗН, охоплених спеціальним лікуванням становив 67,8%. Значно нижчим (у межах 54,9-59,7%) він був у Запорізькій, Рівненській, Харківській та Сумській областях [133].

Вивчаючи динаміку показника охоплення спеціальним лікуванням первинних хворих на рак в Україні протягом 2016-2020 рр. (рис. 1.8), відзначимо, що він характеризується доволі стабільним рівнем без відчутних коливань і складає близько 70% протягом усього проаналізованого періоду.

Однак, рівень охоплення спеціальним лікуванням залишається недостатнім. Так, у США, згідно з інформацією Національної бази даних з онкологічних захворювань (National Cancer Data Base, NCDB) серед пацієнтів із встановленим діагнозом ЗН у 2019 р. було охоплено спеціалізованим лікуванням 92% осіб [66], у той час як в Україні цей показник становив лише 69,7% осіб [133].

У 2020 р. в Україні показник частки морфологічної верифікації був на рівні 83,7%, хоча в 5 областях (у Вінницькій, Запорізькій, Рівненській, Хмельницькій та Чернігівській) цей показник був нижчим 80,0% [133].

Основними причинами зниження якості надання онкологічної допомоги є:

- неналежний контроль за проведенням організаційної роботи в закладах первинної та спеціалізованої допомоги;

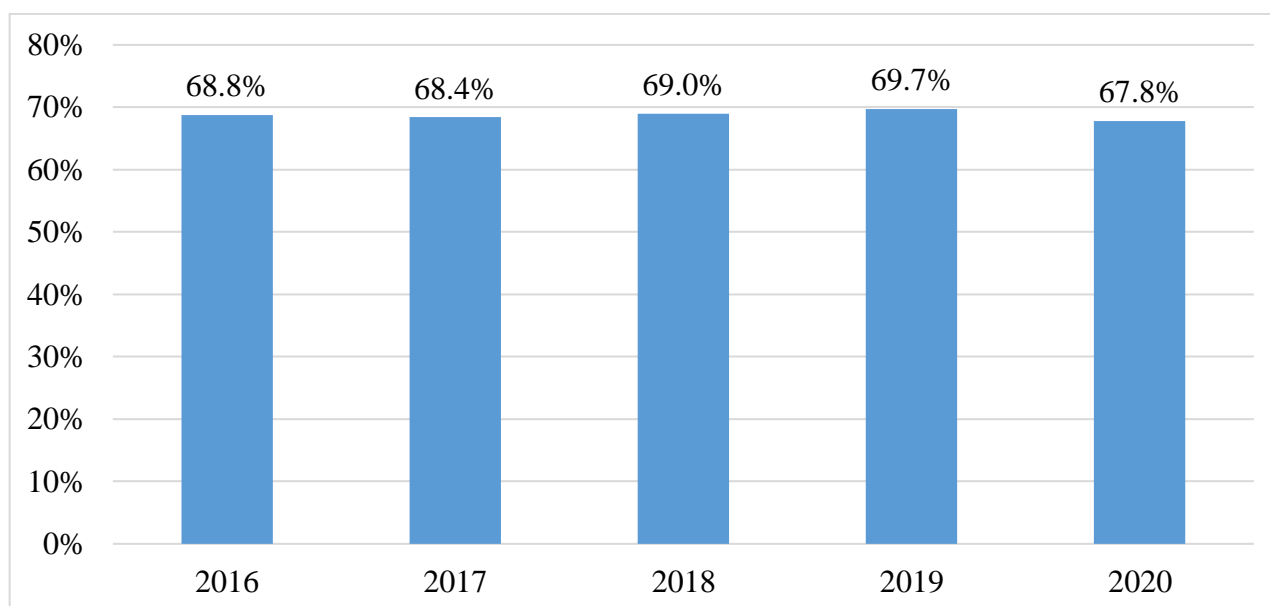


Рис. 1.8. Динаміка охоплення спеціальним лікуванням первинних хворих на рак в Україні, 2016-2020 (у 2020 році – згідно оперативних даних; не охоплює дані Донецької та Луганської областей, АР Крим і м. Севастополь) [129-133]

- недостатня продуманість та доступність маршруту хворих на ЗН з метою діагностики при встановленні діагнозу або при проведенні лікувальних заходів у цих хворих;
- неналагоджений зв'язок між закладами первинного та спеціалізованого рівнів в контексті надання медичної допомоги онкологічним хворим або хворим з передпухлинними станами чи підозрою на ЗН;
- відсутність постійного динамічного моніторингу та аналізу індикаторів, які спрямовані на профілактику, ранню діагностику, лікування та реабілітацію хворих на ЗН [136].

Отже, на сьогодні в Україні існує низка суттєвих недоліків організації надання онкологічної допомоги, серед яких одним з важливих є низький рівень ранньої діагностики ЗН, оскільки високі показники занедбаності злоякісних новоутворень (виявлення на пізніх стадіях хвороби) можуть вказувати на низький рівень онконастороги лікарів первинного рівня – сімейних лікарів, а також інших лікарів-спеціалістів поліклінічної мережі, таких як стоматологи, гінекологи, ендокринологи, отоларингологи, проктологи, урологи [60, 71, 85, 104, 258].

Так, Рибін А.І. [136] у рамках анонімного опитування 408 лікарів амбулаторій сімейної медицини / центрів первинної медичної допомоги (ЦПМД) у 22 районах Одеської області, проведеного у 2018 р., встановив, що принципів онкологічної настороженості у своїй професійній діяльності дотримується лише 29,9% лікарів первинної ланки, 11,8% опитаних знають елементи маршруту пацієнта при підозрі на ЗН, і лише 8,1% респондентів знають державні стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Про наявність знань патогномічних симптомів онкологічних захворювань повідомили лише 32,8% опитаних спеціалістів.

Отримані дані свідчать про відсутність онкологічної настороженості лікарів та про неналежне виконання своєї роботи лікарями первинного рівня. Це диктує необхідність проведення додаткових навчань та тренінгів для лікарів ЦПМД з питань діагностики онкологічних захворювань та їх профілактики [72, 104, 136, 150].

Також, важливим є те, що не завжди проводять морфологічну верифікацію та визначення стадії онкологічного захворювання. Як результат, віддалені результати лікування ЗН в Україні є на значно нижчому рівні, ніж в розвинутих європейських та американських країнах. Так, в Україні у хворих на рак молочної залози показник 5-річної виживаності складає 61,7%, а у США – 90,5%; у хворих на рак прямої кишки – 33,0% в Україні проти 64,7% в США; у хворих на рак передміхурової залози – 54,1% та 97,5% відповідно.

Таким чином, рівень онкологічної допомоги населенню України не відповідає рівню у розвинутих європейських країнах. Саме тому забезпечення ефективної та економічно доступної медичної допомоги хворим на ЗН має залишатися одним із пріоритетних завдань охорони здоров'я населення [76, 79, 92].

1.6 Надання онкологічної допомоги у рамках програм медичних гарантій Національної служби здоров'я

Україна є в числі останніх країн Європи у сфері впровадження гарантій держави щодо отримання медичної допомоги. Таке відставання від розвинутих європейських країн та низка інших вагомих факторів спричинює неналежний фінансовий захист для

онкопацієнтів і тим самим недостатній рівень доступу до важливих медичних послуг, що призводить до негативних наслідків для здоров'я онкологічних хворих.

Із введенням в дію 19 жовтня 2017 року Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [108] в країні запрацювала Програма державних гарантій медичного обслуговування населення, до якої входить безоплатний для населення певний обсяг медичних послуг та ЛЗ, які оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. У міжнародній практиці гарантії держави щодо надання медичної допомоги входять у термін «державний гарантований пакет» [107].

Трансформація системи ОЗ в Україні має на меті, у першу чергу, покращити доступ до надання якісних діагностично-лікувальних послуг, зменшуючи тягар витрат пацієнтів на медичні послуги, особливо у випадку онкологічної допомоги. Ці концепції враховано при розробці ПМГ і включення відповідних пакетів послуг, спрямованих на лікування онкологічних та онкогематологічних захворювань.

Бюджет ПМГ-2021 становив 123,5 млрд грн., у межах цієї суми 4 млрд. 700 млн. грн. суми 4 млрд 700 млн грн. було виділено на лікування ЗН. Ці тарифи затвердили Постановою Кабінету Міністрів №133 від 15.02.2021 р. [25].

У Програмі медичних гарантій на 2021 рік для лікування онкологічних хвороб передбачено три пакети:

- Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах
- Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах
- Діагностика, лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями (або підозрою на відповідні захворювання) у дорослих та дітей в амбулаторних та стаціонарних умовах. Надання медичної допомоги онкогематологічним хворим було виділено в окремий пакет з причини того, що такі пацієнти вимагають дороговартнісної та тривалої медичної допомоги. Відповідно тариф по цьому пакету на 1 пацієнта складає 54493 грн. плюс

коригувальні коефіцієнти (3,008 за лікування дітей та 0,824 – за дорослих від 18 років).

Оперативні втручання пацієнтам з онкологією виконують за пакетом хірургії.

Також порівняно з 2020 роком було підвищено тарифи на хіміотерапевтичне (з 01.04.2021 р. тариф становить 25 529 грн. і утричі вищим у випадку лікування пацієнтів віком до 18 років) та радіологічне лікування (тариф становить 36 533 грн; додатково коригувальний коефіцієнт 1,5 застосовується у випадку наявності у закладі лінійного прискорювача, гамма-ножа чи кіберножа), паліативну допомогу [86, 161].

За пакетами хіміотерапевтичного та радіологічного лікування, а також за пакетом лікування гематологічних та онкогематологічних захворювань, для пацієнтів з клінічно та морфологічно підтвердженим діагнозом ЗН передбачене безоплатне надання наступних послуг:

- лабораторні та інструментальні дослідження;
- власне терапію;
- стаціонаре або амбулаторне лікування;
- знеболення та лікарські засоби, включені у Національний перелік основних лікарських засобів (Нацперелік) [106].

Окрім лікарських засобів, які передбачених Нацпереліком, онкологічні пацієнти можуть отримати у медичному закладі препарати, що закупаються централізовано Міністерством охорони здоров'я України за кошти державного бюджету.

У 2022 р. було заплановано, згідно з «Бюджетом Програми медичних гарантій у 2022 році від 20 жовтня 2021 року» [87], збільшити фінансування ПМГ до 157,5 млрд. грн. (на 34 млрд. грн. більше). Серед пакетів онкологічного напрямку заплановано підвищення тарифу на радіологічне лікування до 53 тис. грн. (на 16,5 тис. грн. більше); на лікування хворого на онкогематологічне захворювання – до 77 тис. грн. (на 23 тис. грн. більше); на хіміотерапевтичне лікування – в межах від 38 тис. грн. до 135 тис. грн. (при лікуванні дітей). У пріоритеті моніторингу НСЗУ будуть також пакети з ендоскопічної діагностики та мамографії в осіб групи ризику.

Більш детально фактичне надання медичної допомоги напрямку «Онкологія» у 2022 році описано в розділі 8 «Оцінка надання медичної допомоги у рамках програми медичних гарантій національної служби здоров'я напрямку «Онкологія».

1.7 Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року

Міжнародний досвід показує, що переважній більшості країн звичайний громадянин не може самостійно оплатити усі витрати на дороговартісне лікування онкологічної патології. З цієї причини у всьому світі є поширеним використання державних цільових програм та заснування благодійних фондів для надання медичної допомоги онкологічним хворим [114].

Від початку 2000-х років в Україні було реалізовано 3 цільових державних програми щодо профілактики та заходів боротьби зі ЗН у дорослих та дітей:

- Державна програма «Онкологія» на 2002-2006 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 29 березня 2002 року № 392 [110];
- Державна програма «Дитяча онкологія» на 2006-2010 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 19 липня 2006 року № 983 [109];
- «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», затверджена Законом України від 23 грудня 2009 року № 1794-VI [111].

Наслідком виконання цих програм є певні позитивні результати щодо організації профілактичних заходів, а також щодо проведення діагностики і лікування онкологічних захворювань. А саме: були удосконалені заходи щодо виявлення хворих з пренеопластичними захворюваннями; змінено підходи щодо організації динамічного спостереження за особами з групи ризику ЗН; покращено матеріально-технічне забезпечення медичних закладів онкологічної допомоги; впроваджено централізовані бюджетні закупівлі ЛЗ і медичних виробів, які використовуються для лікування хворих на ЗН. Проте, поширеність онкологічної захворюваності

залишається на високому рівні, як в Україні, так і в країнах-сусідах пострадянського простору [27, 34, 91, 101, 175].

Також було розроблено і впроваджено нові протоколи медичної допомоги напрямку «Онкологія» для основних 38 видів ЗН (Наказ МОЗ України № 554 від 17.09.2007 р. [113]).

Окрім того, окремий підрозділ «Боротьба з раком», присвячений проблемі зростання захворюваності та високого рівня смертності з приводу ЗН, був виділений у Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки. В ньому запропоновано низку регіональних заходів для зниження рівня захворюваності на ЗН, серед яких ключовими були:

- посилення профілактичних заходів на усіх рівнях надання медичної допомоги;
- зниження впливу канцерогенних чинників на людину;
- збільшення устаткування та необхідної апаратури для діагностичних та лікувальних підрозділів закладів, які надають онкологічну допомогу хворим на ЗН [4, 17, 33, 37, 93, 99, 113, 119, 151].

Проте, з причини того, що фінансування наведених державних програм було скероване у більшості випадків на збільшення закупок ЛЗ, устаткування і витратних матеріалів до нього, то певна частина поставлених завдань не була реалізована належним чином. До таких не в повному обсязі виконаних завдань належать: первинна та вторинна профілактика ЗН, науковий супровід онкологічної допомоги, соціальна, трудова та психологічна реабілітація хворих на ЗН та осіб з інвалідністю з причини ЗН, тощо.

Окрім того, слід зазначити, що «на сьогодні в Україні відсутній програмний документ, яким було б визначено основні заходи щодо боротьби з онкологічними захворюваннями на загальнодержавному та місцевому рівнях і згідно з яким такі заходи отримували б належне фінансування» [114].

Крок у напрямку зміни цієї ситуації був здійснений у лютому 2020 року, коли відбулась презентація проєкту Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року [88].

Національна стратегія ставить за мету знизити рівень онкологічної захворюваності та смертності, забезпечити фінансовий захист пацієнтів із ЗН і тим самим покращити якість їх життя.

Виокремлено ряд наступних шляхів реалізації Національної стратегії:

1. «Профілактика онкозахворювань шляхом зниження негативного впливу факторів ризику та підвищення рівня поінформованості населення.
2. Діагностика онкозахворювань на ранніх стадіях з метою ефективного лікування та раціонального використання доступних ресурсів для збільшення тривалості життя пацієнтів онкологічного профілю, термінів безрецидивної виживаності, зниження смертності.
3. Надання доступних пацієнтам скоординованих та якісних медичних послуг з діагностики та лікування онкозахворювань.
4. Розвиток медичних послуг з діагностики та лікування ЗН у дітей на основі мультидисциплінарного підходу, з досягненням рівня 5-річної загальної виживаності дітей щонайменше 80%.
5. Забезпечення соціально-психологічного супроводу пацієнтів та членів їх родин.
6. Забезпечення якісного надання пацієнтам послуг з паліативної медичної допомоги та догляду.
7. Забезпечення своєчасного збору та аналізу повних і достовірних даних для прийняття рішень з метою покращення тактик лікування, участі у міжнародних проєктах.
8. Забезпечення закладів достатньою кількістю кадрів у сфері ОЗ, що необхідна для надання якісної медичної допомоги.
9. Збільшення кількості доклінічних, клінічних, неінтервенційних та академічних досліджень в сфері онкології, що дозволить забезпечити пацієнтів доступом до новітніх технологій, а також забезпечення використання наукових даних для інформування та формування в подальшому політики контролю за онкозахворюваннями» [88].

Для оптимізації реалізації кожного із згаданих заходів Національна стратегія пропонує ряд завдань; наприклад, у контексті онкопrevenції розглядається:

- зниження негативного впливу хронічної інфекції вірусу гепатиту В за допомогою збільшення числа проведених вакцинацій;
- здійснення аналітичної оцінки співставлення витрат та ефективності щеплень проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) для вирішення питання внесення цих щеплень як обов'язкових до Календаря профілактичних щеплень в Україні;
- «сприяння просвітницьким та освітнім заходам з метою зменшення негативного впливу вживання тютюнових виробів, алкогольних напоїв, а також популяризації здорового харчування, фізичної активності та здорового способу життя;
- посилення інфраструктури та комунікації для впровадження заходів первинної профілактики, спрямованих на попередження ЗН, в державних та комунальних закладах, що надають первинну медичну допомогу;
- підвищення рівня обізнаності та поінформованості населення про несприятливі фактори навколишнього природного середовища, що мають канцерогенний вплив» [88].

На необхідності затвердження проєкту Національної стратегії, як важливого кроку для об'єднання зусиль державних інституцій і медичних закладів, лікарів і науковців, викладачів вищих навчальних закладів, медичних працівників первинної і спеціалізованої ланок, було наголошено і на XIV з'їзді онкологів та радіологів України у вересні 2021 року [115].

Висновки до розділу 1

1. На сьогодні рак визнаний глобальною проблемою людства і спричиняє значні соціально-економічні втрати суспільства. Незважаючи на вагомні зусилля у боротьбі з поширеністю раку, щорічно спостерігається зростання захворюваності та смертності з приводу злякисних новоутворень як в Україні, так і в світі.

2. Інформація про хворих на ЗН на території України та окремих регіонів відображається у Національному канцер-реєстрі. Онкологічна допомога пацієнтам

надається у рамках Програми медичних гарантій Національної служби здоров'я України.

3. Вітчизняні та міжнародні зусилля у боротьбі з раком спрямовані на профілактику онкозахворювань, діагностику на ранніх стадіях, надання пацієнтам якісних послуг з лікування та забезпечення соціально-психологічного супроводу.

4. Важливим програмним документом, який визначає ключові заходи, спрямовані на профілактику та боротьбу зі ЗН на загальнодержавному та регіональних рівнях є проєкт Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року.

Результати досліджень розділу 1 наведено в публікаціях:

1. Zub V. Analysis of incidence and mortality of gastrointestinal malignant tumors in Ukraine and worldwide. *Acta Medica Leopoliensia*. 2022. Т. 28, № 3-4. Р. 22-33. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2022.3-4.022>

2. Зуб В.О. «Ціна раку»: економічні втрати, спричинені онкологічними захворюваннями. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №1 (71). С. 41-45. DOI <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/07>

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Програма, матеріал і обсяг дослідження

Для реалізації основної мети дисертаційного дослідження – наукового обґрунтування та розробки оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України з врахуванням особливостей воєнного стану, нами була сформована програма дослідження, яка передбачала 9 етапів роботи. Кожний етап визначав мету та виконання відповідних завдань роботи із використанням методів та репрезентативного за якісним і кількісним складом обсягу матеріалу (рис. 2.1).

Об'єкт дослідження – система надання онкологічної допомоги населенню України.

Предмет дослідження: стан захворюваності та смертності з причини онкопатології; показники якості життя онкопацієнтів; чинні стандарти діагностики та лікування онкологічних захворювань; матеріально-технічне та фінансове забезпечення ЗОЗ, що надають медичну допомогу онкологічним пацієнтам.

На *першому етапі* проведено аналітичний огляд зарубіжних та вітчизняних джерел наукової літератури з питань організації надання онкологічної допомоги в Україні та світі. Проаналізовано 232 наукових джерела (134 кирилицею та 98 латиною). Встановлено, що обрана проблематика залишається актуальною для України, що і визначило доцільність проведення подальших наукових досліджень у даному напрямку.

На *другому етапі* роботи розроблено програму дослідження, визначено об'єкт та предмет дослідження, обрано матеріали та методи. Обраховано необхідний обсяг дослідження для отримання достовірної інформації щодо об'єкту та предметів наукового дослідження. Також визначено їх часові інтервали та територію збору матеріалів.

На даному етапі були прораховані репрезентативні вибірки для проведення 5 соціологічних досліджень. Дослідження проводились із дотриманням принципів добровільності, анонімності та конфіденційності. Всі учасники дали письмову згоду на участь в дослідженні.

П'ять анкетувань було проведено з використанням опитувальників (додатки В-Ж), які були розроблені Європейською організацією дослідження та лікування раку – European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), які на сьогоднішній день є одним з найбільш застосовуваних інструментів визначення якості життя в онкології. Дозвіл на використання даних опитувальників від «EORTC Quality of Life Group» отримано в листопаді 2021 року.

Чотири соціологічних дослідження (соціологічне дослідження №1–4) були спрямовані на вивчення якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями. З цією метою використовували комплексну анкету, яка складалася із загальної анкети визначення якості життя в онкології EORTC QLQ-C30 та спеціального додаткового модуля – для поглибленого визначення якості життя пацієнтів з конкретною онкологією (для пацієнтів з раком легень – модуль QLQ-LC29; з раком шлунку – модуль QLQ-STO22; з раком молочної залози – модуль QLQ-BR45; з раком простати – модуль QLQ-PR25) [213, 214].

Опитувальник EORTC QLQ-C30 складається з 30 питань і включає 5 функціональних шкал: 1) фізичне функціонування (PF2); 2) рольове функціонування (RF2); 3) емоційне функціонування (EF); 4) когнітивне функціонування (CF); 5) соціальне функціонування (SF) та 9 параметрів шкали симптомів.

До складу шкали симптомів опитувальника QLQ-C30, входять:		
Втома (FA)	порушення сну (SL)	діарея (DI)
нудота (NV)	втрата апетиту (AP)	задишка (DY)
біль (PA)	констипація (CO)	фінансові труднощі (FI)

В рамках дослідження проведено аналіз трьох основних показників: функціональної шкали (FS), шкали симптомів (SS) та якості життя (QoL). Розрахунки

проведено згідно з методикою EORTC QLQ-C30 Scoring Manual [213].

Першочергово для кожного показника проведено оцінку середнього балу (Raw Score – RS), який представлено у вигляді $M \pm SD$.

Оскільки згідно зі структурою опитувальника питання могли мати 4 або 7-ми бальну шкалу, то розробниками було запропоновано уніфікований підхід шляхом використання 100-бальної шкали для кожного з параметрів. Таким чином, значення функціональної шкали (FS) у 100 балів розраховувалось за формулою:

$$FS = \left(1 - \frac{RS-1}{range}\right) * 100$$

Де RS - середній бал шкали, range – діапазон шкали, який визначається за різницею між можливим максимальним та мінімальним значеннями шкали.

Водночас шкала симптомів (SS) та якість життя (QoL) у 100 балів розраховувались за формулою:

$$SS = ((RS-1)/range)*100$$

Інтерпретація отриманих результатів здійснювалась відповідно до традиційного підходу: високий рівень функціональної шкали (FS) свідчив про високий (здоровий) рівень функціонування по даному показнику. Аналогічно високий рівень шкали якості життя (QoL) свідчив про високий рівень якості життя, однак високий рівень шкали симптомів (SS) свідчив про існування даної проблеми чи симптому.

Для шкал, які складаються із 2-х та більше запитань, розраховувалось альфа Кронбаха, як показник узгодженості шкали.

П'яте соціологічне дослідження (соціологічне дослідження №5) було присвячене комунікації онкопацієнтів з медичним персоналом. Для цього був використаний опитувальник «QLQ-COMU26», який включає 26 питань щодо спілкування між хворими на онкологічні захворювання та їхніми медичними працівниками.

Розрахунки проведено згідно з методикою EORTC QLQ-COMU26 [214]. Обчислення результатів здійснено згідно з уніфікованими шкалами чи окремих

показників. Середній бал RS представлений у вигляді $M \pm SD$. Окрім цього, всі шкали опитувальника та окремі показники QLQ-COMU26 для зручності інтерпретації перераховувались згідно 100 бальної шкали (SS) за формулою:

$$SS = ((RS-1)/range)*100$$

Де RS - середній бал шкали, range – діапазон шкали, який визначається за різницею між можливим максимальним та мінімальним значеннями шкали. Низький середній бал та високий бал згідно з 100-бальною шкалою свідчили про високу якість комунікації із фахівцем. Для шкал, які складаються із 2-х та більше запитань, розраховувалось & Кронбаха, як показник узгодженості шкали.

Для кожного соціологічного дослідження був обчислений достатній обсяг спостережень. Для розрахунку потрібного числа одиниць спостереження з метою формування репрезентативних вибірок було використано наступну формулу (2.1) [7]:

$$n = \frac{N}{1 + N \times p^2} \quad (2.1)$$

де n – обсяг необхідної вибірки;

p – ймовірність похибки (мінімальний рівень 0,05)

N – обсяг генеральної сукупності.

На третьому етапі проводилось дослідження онкоепідеміологічної ситуації в Україні впродовж десятирічного періоду: з 2010 по 2019 рр. та її прогнозуванню на найближчу перспективу. Ретроспективне дослідження проведене на основі аналізу даних Національного канцер-реєстру України. У ході дослідження було вивчено та проаналізовано основні статистичні показники, які характеризують онкоепідеміологічну ситуацію в Україні, а саме: рівень захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень, вікові, гендерні, територіальні особливості, а також поширеність окремих нозологічних форм, стан занедбаності та летальності до року.

На четвертому етапі проводилась оцінка якості життя пацієнтів з найпоширенішими формами злоякісних новоутворень (раком легень, раком шлунку, раком молочної залози та раком простати). Це соціологічне дослідження передбачало

проведення 5 анкетувань серед пацієнтів із підтвердженим діагнозом «Рак», які знаходились на стаціонарному лікуванні в онкологічних установах дев'яти областей України: Чернігівської, Запорізької, Дніпропетровської, Київської, Полтавської, Хмельницької, Івано-Франківської, Закарпатської та Львівської. Збір первинних даних проводився з листопада 2021 року по лютий 2022 року.

Соціологічне дослідження №1 було спрямоване на вивчення якості життя пацієнтів з раком легень. В опитуванні взяло участь 411 пацієнтів. Середній вік пацієнтів склав $64,99 \pm 9,87$ років.

Соціологічне дослідження №2 аналізувало якість життя пацієнтів з раком шлунку. Було анкетовано 404 особи (середній вік пацієнтів – $61,70 \pm 13,51$ років).

Соціологічне дослідження №3 було проведено для дослідження якості життя пацієнок з раком молочної залози. До опитування було залучено 400 жінок. Середній вік пацієнок, які прийняли участь у дослідженні, становив $56,97 \pm 13,33$ років.

Соціологічне дослідження №4 охоплювало анкетування 408 чоловіків з раком простати для оцінки якості їх життя. Середній вік пацієнтів становив $64,75 \pm 11,52$ років.

Соціологічне дослідження №5 було проведене з метою оцінки комунікації онкологічно хворих пацієнтів з лікарями-онкологами. В анкетуванні прийняло участь 419 пацієнтів. Середній вік респондентів – $59,62 \pm 10,33$ років.

До *п'ятого етапу* дисертаційного дослідження входив аналіз стану діяльності онкологічної служби в Україні під час пандемії COVID-19. З цією метою було проведено комплексне одномоментне пошуково-описове дослідження, спрямоване на глибоке вивчення, аналіз і систематизацію фактів, які стосуються сучасного стану діяльності онкологічної служби в Україні у розрізі окремих областей, що дозволило сформулювати нові знання та розробити заходи щодо удосконалення роботи онкологічної служби, як в окремих регіонах, так і в Україні на загал, і тим самим забезпечити зниження рівня захворюваності на онкопатологію, продовжити час виживаності таких хворих та покращити якість їх життя.

Дослідження проведене на основі інформації, наданої Департаментами охорони здоров'я міських та обласних державних адміністрацій у 2021 р., а також даних,

отриманих на сайтах цих Департаментів охорони здоров'я. У ході дослідження опрацьовано матеріали державної програми боротьби з онкологічними захворюваннями, які були впроваджені в областях, цільових регіональних програм, оцінено рівень їх фінансування та результати реалізації. Досліджено результати роботи клініко-експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України та клініко-експертних комісій на рівні департаментів охорони здоров'я міських та обласних державних адміністрацій щодо ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу за спеціальністю «Онкологія». Також проаналізовано та узагальнено дані стратегічних планів розвитку обласних ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу онкологічним хворим у 17 областях України.

З метою оцінки рівня забезпеченості та експлуатації апаратури служби променевої діагностики була проаналізована інформація щодо роботи апаратури служби променевої діагностики у основних спеціалізованих закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають медичну допомогу хворим на онкологічні захворювання у 24 адміністративних територіальних одиницях України (23 області та м. Київ) станом на 31.12.2021 року. Три територіальні одиниці не були включені до дослідження за причини їх тимчасової окупації: Луганська область, автономна республіка Крим та м. Севастополь. Всі назви ЗОЗ подано так, як вони були офіційно зареєстровані на момент дослідження.

Шостий етап роботи присвячений оцінці стану надання онкологічної допомоги населенню України в умовах воєнного стану. Дослідження проведене на основі інформації, наданої Національною службою здоров'я України та нормативно-правових актів, які регулюють питання реалізації Програми медичних гарантій [86, 87].

Сьомий етап мав на меті з'ясувати особливості організації та надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах воєнного стану. Для вирішення цього завдання було проведено експертне опитування 111 лікарів-онкологів вищої (n=82) та першої (n=29) кваліфікаційної категорії згідно розробленого опитувальника (додаток И). Дослідження проводилось у 10-ти областях з охопленням всіх регіональних зон України: від західних (Львівська, Хмельницька, Івано-Франківська, Волинська) до

північно-східних (Полтавська); від південних (Запорізька) до північних (Чернігівська), а також в центральних областях України (Черкаська, Вінницька, Кіровоградська). Збір даних проводився у серпні-вересні 2022 року. Середній вік респондентів становив $47,66 \pm 9,96$ років, середній стаж роботи за фахом – $20,94 \pm 4,45$ років.

Серед опитаних 26,13% спеціалістів вказали, що проходили стажування або працювали у закладах вищої освіти, наукових установах чи медичних закладах поза межами України: 15,32% респондентів стажувалися в Польщі, 4,50% – в Ізраїлі, 3,60% – в Австрії, 3,60% в Німеччині.

На восьмому етапі проводилась оцінка надання медичної допомоги у рамках Програми медичних гарантій Національної служби здоров'я за напрямком «Онкологія».

Проведено описово-аналітичне дослідження щодо наданих медичних послуг за трьома онкологічними пакетами: 17 «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах»; 38 «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах»; 18 «Радіологічне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах» за перші 8 місяців 2022 р. в Україні за даними НСЗУ, та нормативно-правових актів, які регулюють питання реалізації Програми медичних гарантій.

Критеріями включення до *пакету 17* є перелік кодів діагнозів Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я 10 перегляду (МКХ-10) рубрики С та D і перелік інтервенцій, що стосуються введення протипухлинного препарату; до *пакету 38* – перелік кодів діагнозів МКХ-10: С81-96 «Злоякісні новоутворення лимфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин» та D45-82 «Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму»; до *пакету 18* – перелік кодів діагнозів МКХ-10 рубрики С та D і перелік інтервенцій, які відносяться до радіотерапії.

Оплата за пакетом 17 здійснюється за глобальною ставкою, яка становить

36 807 грн за готовність надати лікування одній особі. При цьому застосовують такі коригувальні коефіцієнти залежно від віку пацієнтів: 3,555 – за готовність надати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років; 0,97 – за готовність надати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше [26].

Оплата за пакетом 38 здійснюється у відповідності до глобальної ставки, яка становить 74 429 грн за готовність надати лікування одній особі, із застосуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від віку пацієнтів: 3,008 – за готовність надати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років; 0,824 – за готовність надати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше [26].

Оплата за пакетом 18 проводиться за капітаційною ставкою, яка на одного пацієнта за отримане лікування становить 51 368 грн, до якої застосовується коригувальний коефіцієнт 1,5 у разі наявності в надавача медичних послуг одного або більше елементів обладнання, визначеного у додаткових умовах договору. Критеріями закінченого курсу радіотерапії є наявність інтервенції 96234-07 «Завершення курсу променевої терапії», але не більше одного курсу на місяць [26].

У роботі проводився аналіз адекватності критеріїв для включення Електронних Медичних Записів (ЕМЗ) до пакету з точки зору австралійських стандартів кодування (АСК) та клінічних підходів, а також відповідності тарифу наданим медичним послугам пацієнтам з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями в рамках цих трьох пакетів.

Аналіз даних в рамках 17 та 18 пакету проводився за загальною вибіркою усіх взаємодій. Зважаючи на те, що тариф на надання медичної допомоги дитячому населенню в рамках 38 пакету є найвищим, більш детальний аналіз був проведений у загальній когорті дітей. Аналіз медичних послуг наданих дорослому населенню проводився на основі репрезентативної вибірки пацієнтів, що дозволило інтерпольовати отримані дані на загальну когарту дорослих пацієнтів.

Завершальний *дев'ятий етап* дисертаційної роботи включав формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. Для дослідження доцільності впровадження розробленої нами пропонованої Системи було проведено експертну оцінку з-поміж фахівців. Всього було залучено 35

експертів, з яких 18 керівників закладів охорони здоров'я онкологічного напрямку та 17 науково-педагогічних працівників. Проходячи анкетування експерти заповнювали «Карту експертної оцінки доцільності впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні» (Додаток К), в якій їм необхідно було обрати варіант відповіді («так» або «ні») або оцінити за 10-бальною шкалою (від 1 бал – не погоджують / зовсім ні до 10 балів – цілком згідний / абсолютно так). Узгодженість думок експертів оцінювали за коефіцієнтом варіації: до 10% – низький рівень варіабельності і відповідно висока узгодженість думок експертів; 10-20% – середній рівень; вище 20% – високий рівень варіабельності, що показує низьку узгодженість думок експертів.

2.2 Методи дослідження

Під час проведення дослідження було застосовано наступні методи: метод системного підходу та системного аналізу, бібліосемантичний, епідеміологічний, соціологічний, економічного аналізу, концептуального моделювання, експертних оцінок і медико-статистичний метод (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Розподіл методів та етапів дослідження

Методи дослідження	Етапи	Методи дослідження	Етапи
Системного підходу та системного аналізу	I-IX	Економічного аналізу	VIII
Бібліосемантичний	I	Концептуального моделювання	IX
Епідеміологічний	III	Експертних оцінок	VII, IX
Соціологічний	IV, VII	Медико-статистичний	III-VIII

Метод системного підходу та системного аналізу був задіяний на всіх етапах дослідження для комплексного вивчення, аналізу та узагальнення результатів

дослідження стану надання медичної допомоги онкологічного профілю, онкоепідеміологічної ситуації в Україні, а також якості життя пацієнтів з онкологією.

Бібліосемантичний метод застосовували на першому етапі для вивчення та аналізу міжнародних та вітчизняних літературних джерел щодо організації надання онкологічної допомоги.

Використання *епідеміологічного методу* на третьому етапі дослідження дозволило провести ретроспективний епідеміологічний аналіз показників захворюваності та смертності від онкопатології, визначити вікові, гендерні, територіальні, нозологічні особливості, стан занедбаності та ранньої летальності.

Соціологічний метод використовували для 5 соціологічних досліджень, методом анкетування, з яких: №1 – соціологічне дослідження серед пацієнтів з раком легень для вивчення якості їх життя; №2 – соціологічне дослідження серед пацієнтів з раком шлунку; №3 – соціологічне дослідження якості життя пацієток з раком молочної залози; №4 – соціологічне дослідження серед чоловіків з раком простати; №5 – соціологічне дослідження серед пацієнтів з підтвердженим онкостатусом для оцінки проблем їх комунікації з лікарями-онкологами.

Метод економічного аналізу застосовували для удосконалення принципів оплати пролікованих випадків / взаємодій у пакетах Програми медичних гарантій за напрямом «Онкологія», а також з метою уникнення подвійного/потрійного їх фінансування. Розрахунки здійснювалися на основі аналізу глобальної та капітаційної ставок, а також коригувальних коефіцієнтів.

Метод концептуального моделювання був задіяний для окреслення та використання базисних підходів до медико-соціального обґрунтування та розробки оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Метод експертних оцінок використовували при аналізі організації та надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах воєнного стану. У ролі експертів виступили лікарі-онкологи вищої та першої кваліфікаційної категорії. Також даний метод було використано для експертної оцінки доцільності впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Медико-статистичний метод був застосований для обчислення обсягу

дослідження, збору, статистичного групування та аналізу отриманих даних, а також для оцінки вірогідності результатів.

У дисертаційній роботі були використані методи описової та аналітичної статистики за допомогою програмного забезпечення RStudio v. 1.1.442 та R Commander v.2.4-4. З причини великих вибірок досліджень та відповідності нормальному розподілу (обчислено з використанням критерію Шапіро-Уїлка) середні показники наведено у вигляді середньої арифметичної величини та стандартного відхилення ($M \pm SD$). Відносні величини представлено у вигляді часток із 95% довірчими інтервалами, які обчислювали за методом кутового перетворення Фішера (P [95% ДІ] %), або із середньою похибкою ($P \pm m_p$, %). Динаміку показників захворюваності та смертності від ЗН оцінювали за показниками темпу приросту, які обраховували як відношення абсолютного приросту досліджуваного показника до рівня показника, прийнятого за базу порівняння (значення попереднього року або першого року в ряді порівняння). Для знаходження кореляційного зв'язку (r) між показниками досліджуваних груп використовували кореляційний метод Пірсона або Спірмена. Суттєвість різниці між показниками оцінювали за допомогою критеріїв Пірсона та Манна-Уїтні при мінімальній достовірній різниці $p < 0,05$ [7].

Висновки до розділу 2

Для досягнення поставленої мети дослідження передбачено виконання 9 етапів роботи, застосовуючи відповідні методи наукового дослідження, що відповідають спеціальності 14.02.03 (соціальна медицина).

Програма дослідження та її методологічний інструментарій були направлені на досягнення намічених завдань та отримання науково доведених результатів дослідження. Це дозволить забезпечити послідовність у виконанні роботи, узагальнити отримані результати та обґрунтувати висновки.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ОНКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ У ДОКОВІДНИЙ ПЕРІОД (2010–2019 РОКИ)

Рівень захворюваності на ЗН в Україні протягом 2010–2019 рр. демонструє тенденцію до зростання. За проаналізований період рівень захворюваності зріс на 6,9 % (з 363,0 у 2010 році до 388,2 на 100 тис. населення у 2019 р.). Протягом 2010-2013 рр. спостерігалася стала тенденція до зростання захворюваності на злоякісні новоутворення [52, 278]. У 2014 р. зафіксовано зниження рівня захворюваності до показника 372,4 випадки на 100 тис. населення, проте варто зазначити, що з 2014 року до розрахунків не включалися дані Донецької, Луганської областей, АР Крим та м. Севастополь (у зв'язку з неможливістю отримання даних від цих регіонів). У наступні п'ять років (2015–2019 рр.) тенденція до зростання рівня захворюваності зберігалась (рис. 3.1).

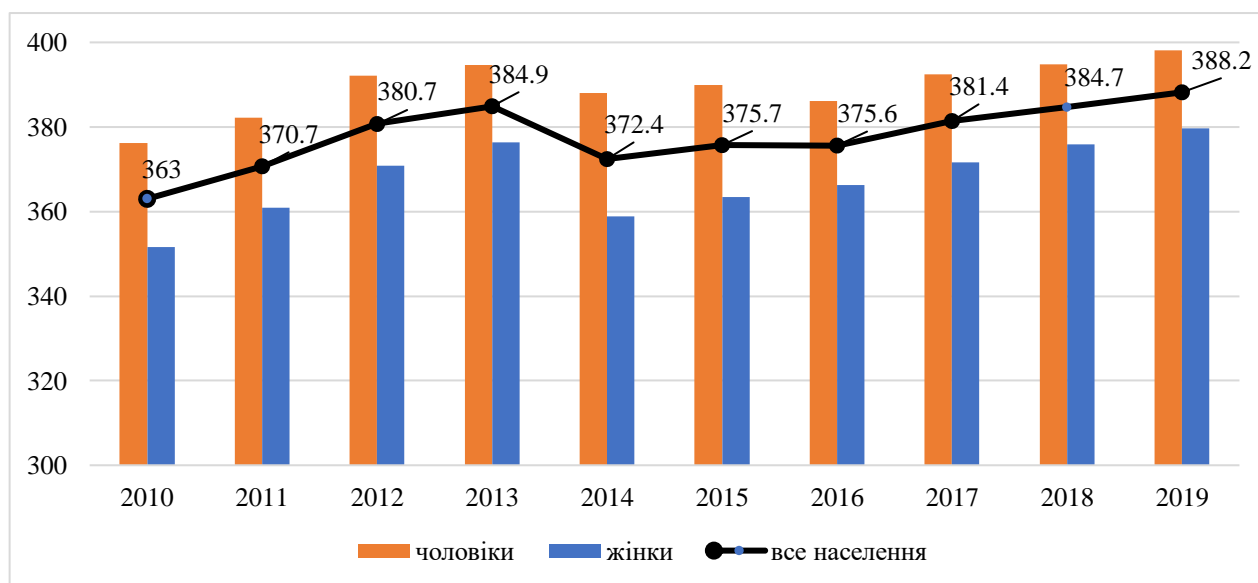


Рис. 3.1. Рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні протягом 2010-2019 рр., показник на 100 тис. населення

Гендерний розподіл захворюваності продемонстрував, що захворюваність на злоякісні новоутворення серед чоловічого населення є вищою, ніж серед жіночого: 376,2 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 351,6 випадки на 100 тис. жіночого

населення у 2010 році, 382,2 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 360,9 випадки на 100 тис. жіночого населення в 2011 році, 392,1 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 370,9 випадки на 100 тис. жіночого населення у 2012 році, 394,7 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 376,4 випадки на 100 тис. жіночого населення у 2013 році, 388,1 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 358,8 випадки на 100 тис. жіночого населення у 2014 році, 389,9 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 363,4 випадки на 100 тис. жіночого населення у 2015 році, 386,2 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 366,3 випадки на 100 тис. жіночого населення у 2016 році, 392,5 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 371,7 випадки на 100 тис. жіночого населення у 2017 році, 394,8 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 375,9 випадки на 100 тис. жіночого населення у 2018 році, 398,1 випадки на 100 тис. чоловічого населення та 379,6 випадки на 100 тис. жіночого населення у 2019 році.

З числа вперше виявлених захворілих 51,5–54,3% мали I та II стадію онкопатології, 17,3–18,6% – III стадію, 14,4–18,1% – IV стадію. У 4,3–6,6% випадків стадію захворювання не вдалось визначити (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Розподіл вперше виявлених онкохворих за стадіями*, %

Стадія захворювання		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I-II	абс.значення	52,2	52,5	53,1	52,8	54,3	53,4	52,4	52,1	51,5
	абс.приріст**		+0,3	+0,6	-0,3	+1,5	-0,9	-1	-0,3	-0,6
III	абс.значення	18,6	17,5	17,3	17,5	17,5	17,7	17,8	17,8	17,8
	абс.приріст**		-1,1	-0,2	+0,2	0	+0,2	+0,1	0	0
IV	абс.значення	14,7	14,5	14,4	14,9	15,8	16,7	17	17,5	18,1
	абс.приріст**		-0,2	-0,1	+0,5	+0,9	+0,9	+0,3	+0,5	+0,6
не визначено	абс.значення	5,4	5,7	6,6	6,2	5,2	4,3	6,3	6	6,3
	абс.приріст**		+0,3	+0,9	-0,4	-1	-0,9	+2	-0,3	+0,3
* – стадії за TNM класифікацією, для лімфом – стадії за Анн-Арбор класифікацією										
** – до попереднього року										

Можемо стверджувати, що понад 50 % пацієнтів з вперше встановленим діагнозом «Злоякісне новоутворення» було виявлено на ранніх (I та II) стадіях захворювання, які є операбельними та мають кращий прогноз виживаності.

У той же час спостерігається негативна тенденція до зростання частки хворих (з 14,7 % у 2011 р. до 18,1 % у 2019 р.), виявлених із занедбаною стадією онкопатології, коли хірургічні заходи є обмеженими. Збільшення частки хворих із занедбанними онкологічними станами може бути зумовлене низьким рівнем охоплення населення профілактичними оглядами, низьким рівнем доступності населення до профілактичних технологій.

Нами здійснено територіальний розподіл осіб, в яких вперше діагностовано ЗН на IV стадії розвитку, і виокремлено п'ять областей (Херсонська, Полтавська, Чернівецька, Чернігівська, Закарпатська), де частка таких пацієнтів перевищує середній показник по Україні (14,4–18,1 %). Результати розподілу представлені на рис. 3.2.

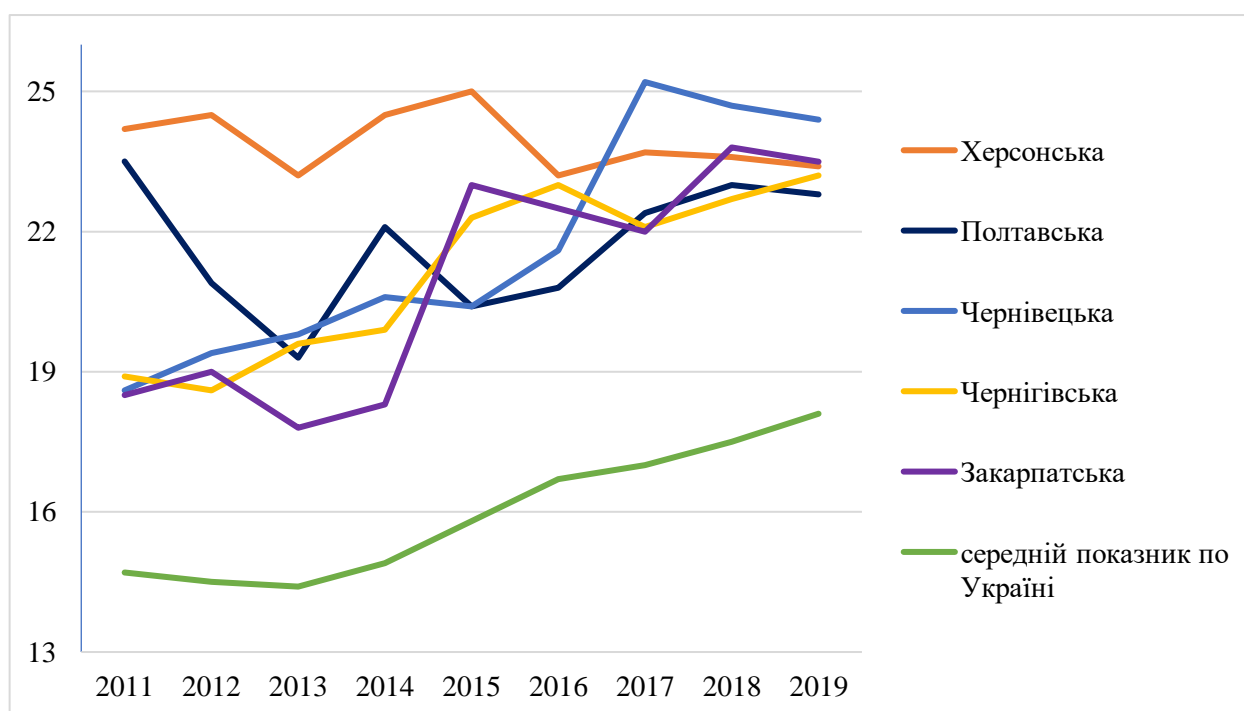


Рис. 3.2. Територіальний розподіл хворих з найвищим ступенем занедбаності, % хворих IV стадією (з числа вперше захворілих)

Найбільше таких хворих, а саме кожного четвертого хворого на ЗН, виявлено у

Херсонській області: протягом 2011–2019 рр. з числа вперше виявлених хворих 23,2–25,0 % осіб мали IV стадію захворювання. За досліджуваний період занедбану форму онкопатології серед вперше виявлених хворих на ЗН діагностовано у 19,3–23,5 % мешканців Полтавської області, у 18,6–25,2 % мешканців Чернівецької області, у 18,6–23,2 % мешканців Чернігівської області та у 17,8–23,8 % мешканців Закарпатської області. З огляду на це, в даних областях доцільно активізувати профілактичні технології, удосконалити діагностичні можливості для виявлення ранніх стадій ЗН.

При розподілі онкопатології в занедбаному стані за нозологічними формами нам вдалось з'ясувати, що найбільший відсоток хворих IV стадією (кожний третій) зустрічається серед осіб з діагнозом ЗН підшлункової залози, шлунка, трахеї, бронхів, легень, легень, глотки, печінки (рис. 3.3).

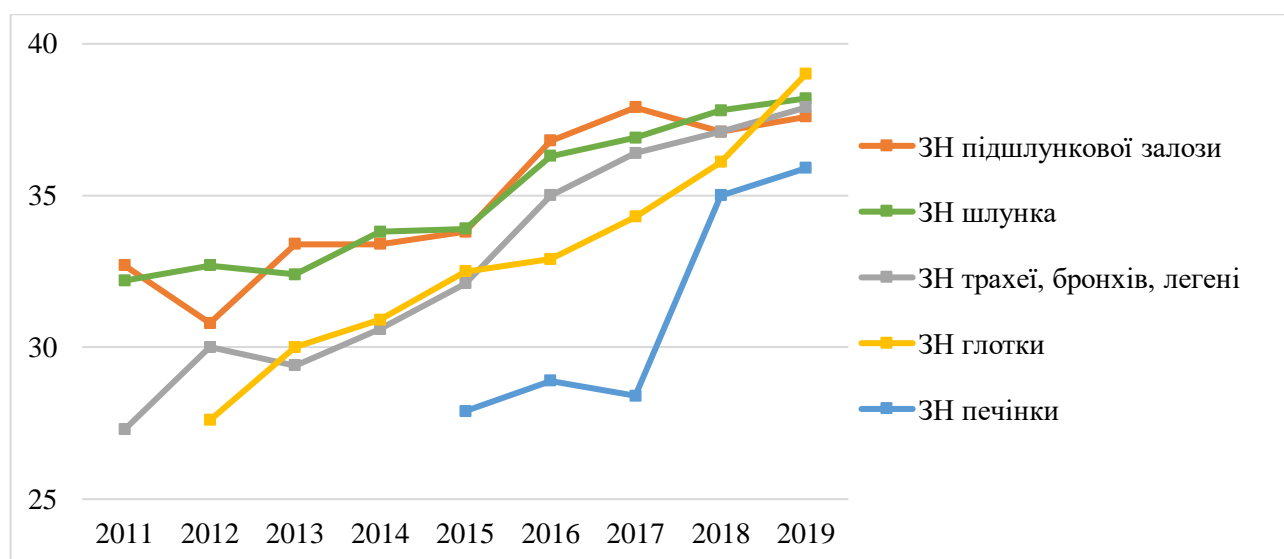


Рис. 3.3. Розподіл нозологічних форм з найвищим ступенем занедбаності (% хворих IV стадією)

Варто зазначити, що зазначені види ЗН є більш поширеними серед чоловічої популяції. Це частково може слугувати поясненням занедбаності, адже чоловіки, як правило, менше звертаються за медичною допомогою в рамках профоглядів, а саме – при появі клінічних симптомів, ймовірно на пізніх стадіях захворювання [40].

Протягом проаналізованого періоду 2011–2019 рр. IV стадію було

діагностовано у 32,2–38,2 % осіб зі ЗН шлунка та 30,8–37,9 % осіб зі ЗН підшлункової залози, у 27,6–39 % випадків ЗН глотки, у 27,3–37,9 % пацієнтів з вперше встановленим діагнозом ЗН трахеї, бронхів, легень, а також 27,9–35,9 % ЗН печінки [40, 277].

На рис. 3.3 не представлені дані щодо занедбаної форми онкопатології глотки у 2011 р. та онкопатології печінки протягом 2011-2014 рр., оскільки у вказані роки аналіз даних нозологій не проводився.

Протягом періоду дослідження спостерігається тенденція до зростання частки хворих із занедбаною формою онкологічного захворювання за вказаними вище нозологіями. Зокрема, найбільше зросла частка занедбаних випадків ЗН глотки – на 11,4 відсоткових пункти (з 27,6 % у 2012 р. до 39,0 % у 2019 р.) та ЗН трахеї, бронхів, легень – на 10,6 відсоткових пункти (з 27,3 % в 2011 р. до 37,9 % у 2019 р.). Частка занедбаних станів при ЗН печінки у 2019 р. (35,9 %) є вищою на 8 відсоткових пункти порівняно з 2015 р. (27,9 %). Питома вага занедбаності ЗН шлунка зросла на 6 відсоткових пункти (з 32,2 % до 38,2 % відповідно), а ЗН підшлункової залози – на 4,9 відсоткових пункти (з 32,7 % до 37,6 % відповідно).

Про важливе значення ранньої діагностики онкологічної патології при зверненні свідчить той факт, що кожний четвертий випадок (22,4–26,9 %) захворювання на злоякісне новоутворення було діагностовано під час медичного огляду. Простежуються чіткі гендерні відмінності: на медичних оглядах було виявлено близько третини (28,0–32,8 %) діагнозів злоякісного новоутворення серед жіночого населення, в той час як серед чоловіків цей показник значно нижчий і становить 16,3–20,4 % (рис. 3.4).

Примітно, що протягом проаналізованого періоду простежується тенденція до скорочення (на 3,3 відсоткових пункти) частки хворих на злоякісні новоутворення, які виявляють при зверненні пацієнта за медичною допомогою. Зокрема, серед жіночої популяції скорочення відбулось з 31,4 % у 2010 р. до 28 % у 2019 р., серед чоловіків – з 19,4 % у 2010 р. до 16,3 % у 2019 р.

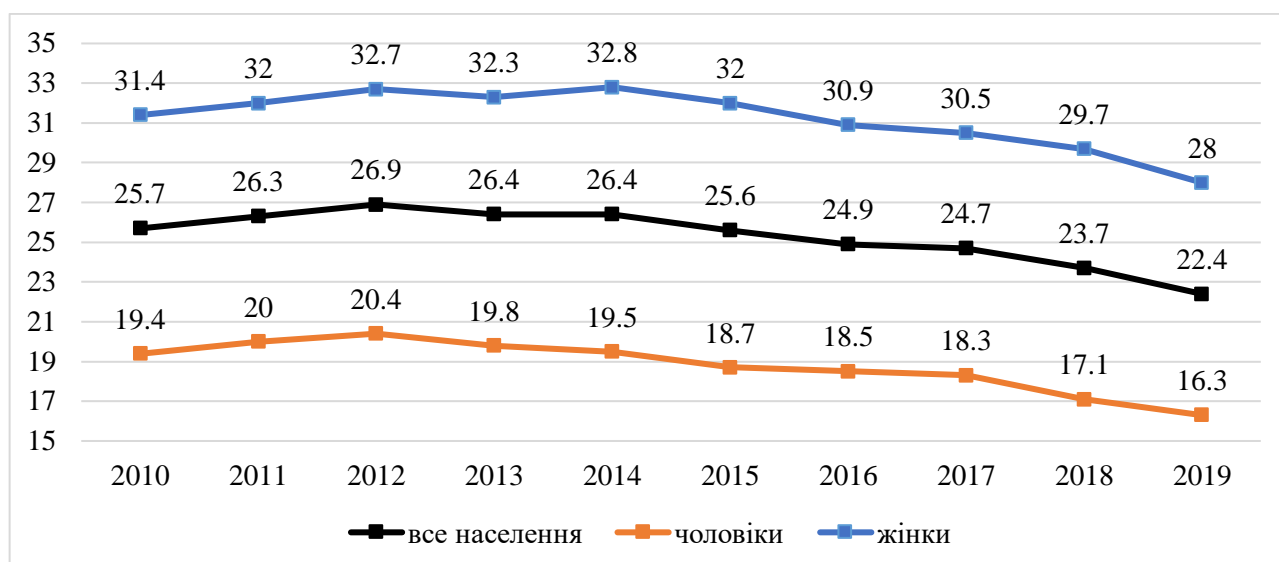


Рис. 3.4. Частка хворих, виявлених на медичних оглядах, %

У цьому контексті потрібно активізувати державну політику в сфері охорони здоров'я щодо необхідності регулярного проведення обов'язкових медичних оглядів та інформування пацієнтів про їх роль у своєчасній профілактиці та діагностиці онкологічних захворювань. Слід усвідомлювати, що у 2020-2021 рр. у зв'язку з карантинними заходами, які були введені з метою запобігання поширенню COVID-19, спричиненої SARS-CoV-2, можливе суттєве зниження частки пацієнтів хворих на злоякісні новоутворення, які виявляються при своєчасному зверненні.

На основі аналізу даних НКР України нами встановлено, що захворюваність на ЗН є найпоширенішою серед населення віком 60 років і старших. Подальший розподіл рівня захворюваності чоловічого та жіночого населення саме цієї вікової категорії продемонстрував, що протягом 2011-2016 рр. найвищий рівень захворюваності, як серед чоловічого так і серед жіночого населення, спостерігався у віковій групі 75-79 років. Проте у наступні три роки (2017-2019 рр.) найвищі показники захворюваності вже характерні для вікової категорії 70-74 роки. На підставі чого можемо зробити висновок, що захворюваність на ЗН «молодшає» як серед чоловіків так і серед жінок.

У подальшому нами було проведено детальний аналіз рівня захворюваності на ЗН за віковими категоріями молодшими 60 років і з'ясовано, що починаючи з 30-34 років до 60-64 років спостерігається зростання показників захворюваності в кожній

наступній віковій групі у порівнянні з попередньою (табл. 3.2). Для чоловічого населення темпи росту рівня захворюваності знаходяться в межах 1,4 – 2 рази, а для жіночого населення – 1,25 – 1,9 рази.

Таблиця 3.2

**Темпи росту рівня захворюваності на злоякісні новоутворення
(розподіл за віковими групами), у % до попередньої вікової групи**

Рік \ Вік	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Чоловіче населення							
2010	160	154	180	181	200	171	162
2011	162	159	167	190	198	175	156
2012	150	156	174	193	193	163	153
2013	167	158	171	198	180	173	155
2014	162	170	169	192	178	175	150
2015	146	175	177	182	178	178	143
2016	155	179	189	174	186	172	151
2017	161	175	175	181	187	170	155
2018	160	148	195	176	176	179	157
2019	166	157	185	180	185	169	158
Жіноче населення							
2010	190	156	156	145	142	127	144
2011	178	164	155	136	143	130	137
2012	185	148	167	143	133	132	129
2013	191	152	153	142	139	132	129
2014	182	158	154	142	131	132	129
2015	176	171	154	134	129	133	129
2016	190	165	152	143	130	131	127
2017	182	162	157	139	128	132	130
2018	160	180	156	141	128	130	128
2019	173	174	155	149	125	132	125

Встановлено, що у віковій групі 30-34 (у порівнянні з групою 25-29 років) темпи росту захворюваності жіночого населення перевищують чоловіче. Тобто жінки віком

30-34 років хворіють на ЗН в 1,6–1,9 разів частіше, ніж жінки віком 25-29 років, а чоловіки віком 30-34 років – у 1,46–1,67 разів частіше ніж чоловіки 25-29 років.

В свою чергу у вікових групах від 40 до 64 років темпи росту захворюваності серед чоловіків значно перевищують (в середньому на 26 %) аналогічні показники жіночої популяції. На підставі чого можемо стверджувати, що чоловіки після 40 років частіше хворіють на ЗН, ніж жінки цього віку, можна припустити під впливом також шкідливих поведінкових звичок (загальновідомі онкопротектори – куріння, алкоголізм).

Загалом, наведена інформація може слугувати підтвердженням факту впливу старіння організму на зростання ризику захворюваності на ЗН.

Аналіз територіальної поширеності захворюваності на злоякісні новоутворення продемонстрував, що найвищий рівень онкозахворюваності спостерігається у п'яти областях України: Запорізькій, Кіровоградській, Миколаївській, Сумській та Черкаській (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Рівень перевищення середнього показника захворюваності по Україні у п'яти областях України з найвищим рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення, %

Області	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Запорізька	+21,3	+19,5	+20,3	+16,9	+13,6	+13,7	+15,8	+13,7	+15,7	+11,6
Кіровоградська	+18,3	+18,7	+20,4	+19,6	+21,8	+25,0	+26,3	+29,5	+25,5	+25,0
Миколаївська	+11,8	+12,8	+13,2	+12,4	+6,7	+6,5	+7,2	+8,9	+7,2	+7,1
Сумська	+9,8	+9,3	+10,3	+11,3	+15,8	+16,0	+16,6	+17,5	+14,8	+14,4
Черкаська	+4,1	+5,5	+1,9	+5,4	+8,4	+10,0	+11,3	+12,3	+11,9	+10,1

Це промислові регіони, в яких розвинена гірничодобувна промисловість, а в Кіровоградській області, зокрема, добувають уран. На нашу думку, екологічний стан даної місцевості та вплив канцерогенів безпосередньо під час виконання своїх професійних обов'язків на робочому місці можуть бути причинами високого рівня захворюваності на ЗН в цих областях.

Протягом проаналізованого періоду найвищий показник захворюваності було зафіксовано у 2017 р. у Кіровоградській області: рівень захворюваності населення цієї області перевищував середній показник захворюваності по Україні на 29,5 %. Загалом можемо констатувати, що Кіровоградська область демонструє високі показники захворюваності на ЗН протягом 2012–2019 рр. (рівень перевищення протягом десятирічного періоду знаходиться в межах 18,3–29,5%). На другому місці – Запорізька область з рівнем перевищення 11,6–21,3%, яка досягла пікових значень захворюваності на ЗН у 2010-2011 рр. Сумська область займає третю позицію: рівень захворюваності у цій області перевищував середній показник по Україні на 9,3–17,5%. Четверту та п'яту сходинку займає Миколаївська (6,5–13,2% перевищення) та Черкаська (1,9–12,3% перевищення) область відповідно.

Дослідження нозологічних форм онкопатології дозволило нам виокремити три основних нозологічних форми захворюваності жіночого та чоловічого населення України упродовж 2010-2019 рр. (рис. 3.5).

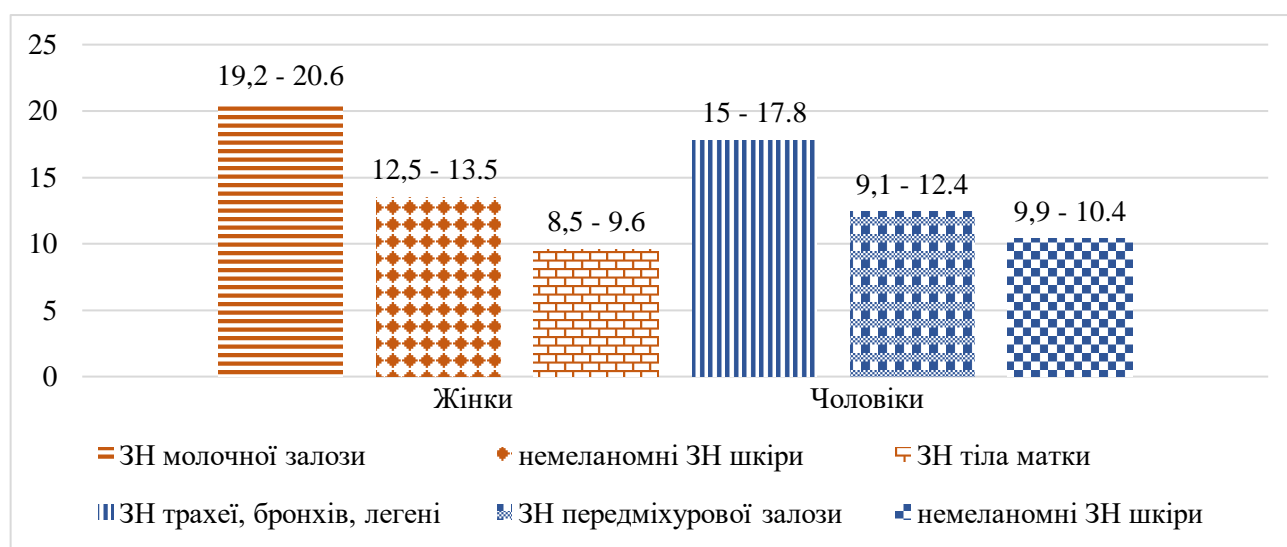


Рис. 3.5. Три найпоширеніших нозології в структурі захворюваності жіночого та чоловічого населення України впродовж 2010-2019 рр., %

Так, в структурі захворюваності жіночого населення перше місце серед ЗН займає рак молочної залози (19,2–20,6 %), другу позицію – немеланомні ЗН шкіри, які становлять 12,5–13,5 % випадків онкозахворювань жіночої популяції, а ЗН тіла матки

знаходяться на третій сходинці і їх частка становить менше 10 % (8,5–9,6 %) у структурі захворюваності жінок на ЗН.

В той час як серед чоловіків домінуючими формами захворюваності на ЗН є ЗН трахеї, бронхів, легень (15,0–17,8 % всіх випадків ЗН серед чоловіків), ЗН передміхурової залози, які займають 9,1–12,4 % у структурі онкозахворюваності чоловічого населення, і немеланомні ЗН шкіри (їх частка становить 9,9–10,4 %). Слід зазначити, що протягом 2010–2019 рр. частка ЗН трахеї, бронхів, легень в структурі захворюваності чоловічого населення скоротилась з 17,8 % у 2010 р. до 15,3 % у 2019 р. В той час як питома вага ЗН передміхурової залози зросла з 9,1 % у 2010 р. до 12,4 % у 2019 р. Захворюваність на немеланомні ЗН шкіри серед чоловіків залишається відносно стабільною і становить 9,9–10,4 % усіх випадків онкозахворювань чоловічого населення [40, 278].

Також нами виділено і досліджено три нозології (ЗН шлунка, ЗН ободової кишки та ЗН прямої кишки), які є спільними формами захворюваності для обох статей. Частка захворювань на ЗН шлунка та ЗН прямої кишки в структурі захворюваності чоловічого населення є вищою ніж серед жінок. В той час як захворюваність на ЗН ободової кишки при розподілі за гендером демонструє приблизно однакову питому вагу в структурі захворюваності населення України (рис. 3.6).

Іншими нозологічними формами, які входять до десяти найпоширеніших форм захворюваності жіночого населення є ЗН яєчника, ЗН шийки матки та ЗН щитовидної залози, а серед чоловічого населення – це ЗН сечового міхура, ЗН нирки та ЗН підшлункової залози.

Дослідження нозологічних форм захворюваності показало, що серед різних вікових груп населення є свої особливості. Зокрема, у віковій групі до 17 років, як серед жіночого так і серед чоловічого населення, основною формою онкозахворюваності є лейкемія.

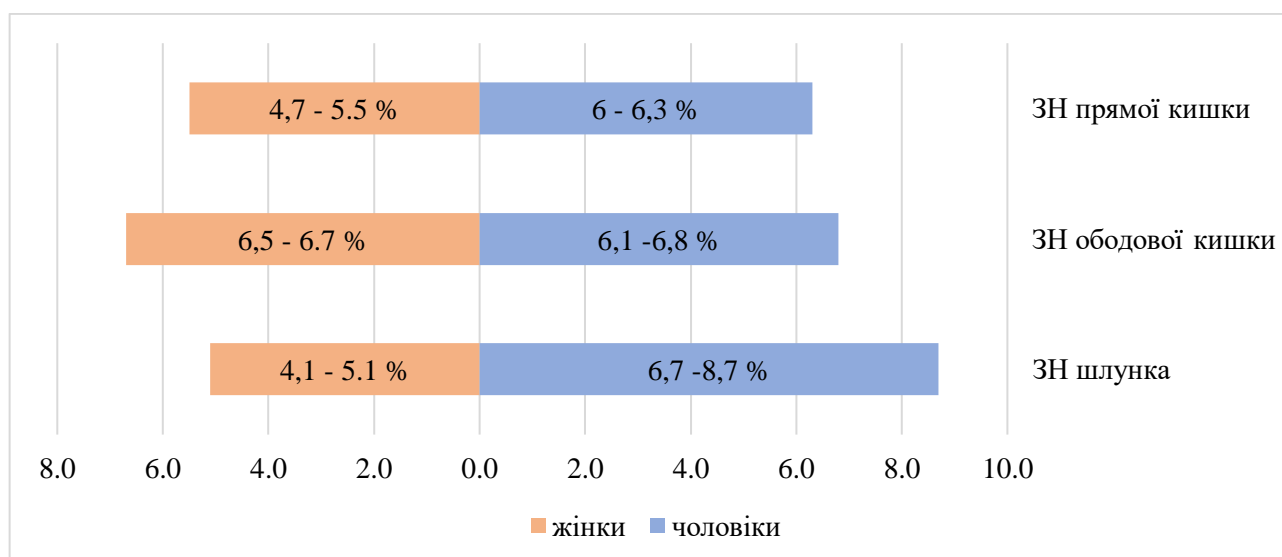


Рис. 3.6. Питома вага захворюваності на ЗН шлунка, ободової кишки та прямої кишки в структурі захворюваності жіночого та чоловічого населення України впродовж 2010-2019 рр., %

У віці 18-29 років у жінок переважно виявляють ЗН щитовидної залози, а у чоловіків – ЗН яєчка. Хоча гематологічна онкозахворюваність у даній віковій групі також спостерігається: хвороба Ходжкіна була переважаючою формою захворюваності серед жіночої популяції віком 18-29 років у 2010–2011рр., а серед чоловіків – у 2010, 2012, 2014, 2018 роках. Жінки віком 30-74 роки в основному хворіють ЗН молочної залози, а чоловіки – ЗН трахеї, бронхів, легень. У жінок старших 75 років найчастіше діагностують немеланомні ЗН шкіри, у чоловіків – ЗН передміхурової залози. Немеланомні ЗН шкіри серед чоловічого населення 75+ були домінуючими формами онкозахворюваності у 2011, 2012, 2015 роках.

Ми вважали за доцільне виокремити та дослідити нозологічні форми онкологічної захворюваності дитячого населення України (віком 0–17 років). В результаті аналізу даних нами визначено, що основними формами захворюваності дитячого населення в Україні є лейкемії та ЗН головного мозку. Лейкемії займають перше місце з причин онкологічної захворюваності як серед дівчат (23,4–31,7 % всіх випадків онкопатології), так і серед хлопців (28,6–33,2 % всіх випадків онкопатології). Тобто кожний третій-четвертий випадок захворюваності дітей на ЗН зумовлений саме цією нозологією. ЗН головного мозку є другою найпоширенішою

причиною онкозахворюваності дітей. Частка цієї нозології в структурі дитячої захворюваності на ЗН становить 10,3–15,5 % серед дівчат та 12,2–18,6 % серед хлопців (рис. 3.7).

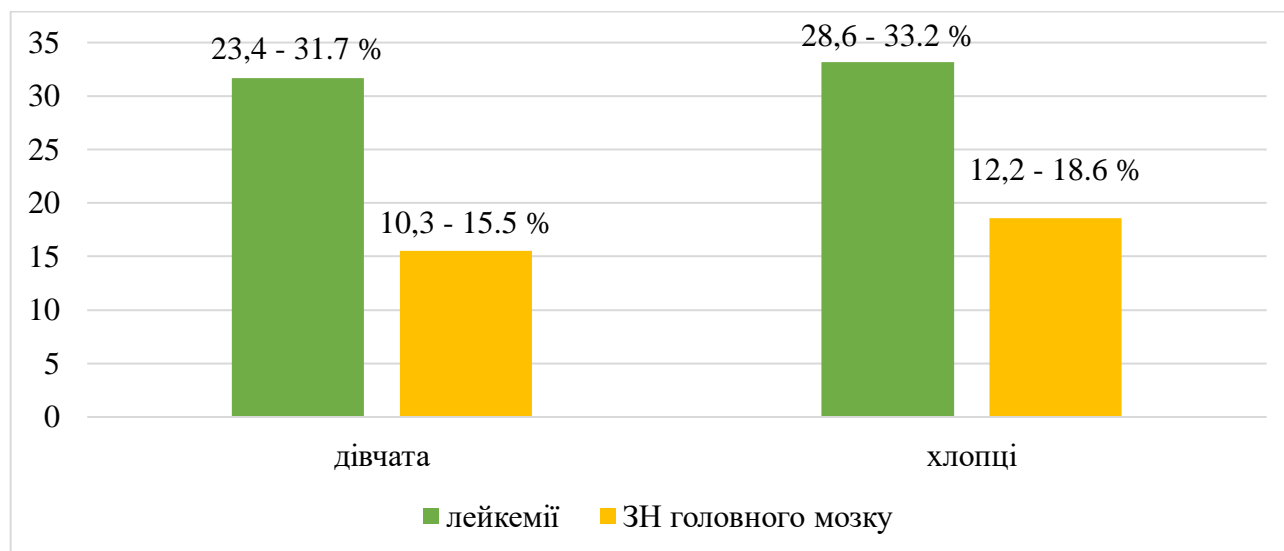


Рис. 3.7. Домінуючі нозології в структурі захворюваності дитячого населення України впродовж 2010-2019 рр., %

В контексті дослідження розповсюдженості нозологічних форм онкологічної захворюваності серед населення України, нами проведено розрахунок темпів приросту рівня захворюваності найпоширеніших нозологій за десятирічний період (дані 2019 р. порівнювались з даними 2010 р.). Результати розподілу представлені на рис. 3.8.

Зафіксовано зниження рівня захворюваності за трьома найпоширенішими нозологіями: ЗН шлунка, ЗН трахеї, бронхів, легень та ЗН шийки матки. Так, найсуттєвішим було скорочення рівня захворюваності населення України на ЗН шлунка: на 17,6% (з 25,5 до 21,0 випадку на 100 тис. населення). Захворюваність чоловічого населення на ЗН трахеї, бронхів, легень зменшилась з 67,1 до 61,1 випадків на 100 тис. чоловічого населення або на 8,9 %, захворюваність жіночого населення на ЗН шийки матки – лише на 2,4 % (з 21,1 до 20,6 випадків на 100 тис. жіночого населення).

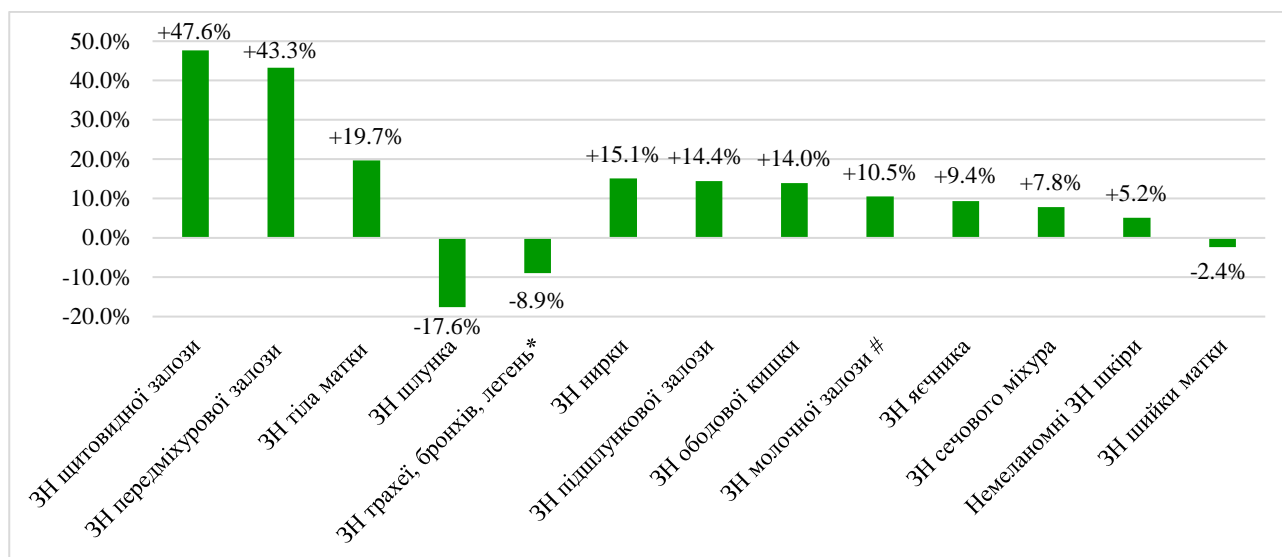


Рис. 3.8. Розподіл нозологічних форм за темпами приросту рівня захворюваності у 2019 році (порівняно з 2010 роком)

Примітка. * – поширеність серед чоловічого населення

– поширеність серед жіночого населення

Негативною є тенденція до зростання рівня захворюваності більшості найпоширеніших форм онкозахворюваності населення України. Зокрема, нами визначено що рівень захворюваності на ЗН щитовидної залози у 2019 р. (9,3 на 100 тис. населення) є на 47,6 % вищим аніж у 2010 р. (6,3 на 100 тис. населення). Схожою спостерігається ситуація зі захворюваністю на ЗН передміхурової залози: рівень захворюваності чоловічого населення даною патологією за період 2010-2019 рр. зріс на 43,3 % (з 34,4 до 49,3 випадків на 100 тис. чоловічого населення).

Рівень зростання захворюваності інших нозологічних форм знаходиться на рівні: 19,7 % для ЗН тіла матки, 15,1 % для ЗН нирки, 14,4 % для ЗН підшлункової залози, 14,0 % для ЗН ободової кишки, 10,5 % для ЗН молочної залози, 9,4 % для ЗН яєчника, 7,8 % для ЗН сечового міхура та 5,2 % для немеланомних ЗН шкіри.

На основі представлених результатів дослідження можемо констатувати, що рівень захворюваності трьох найпоширеніших форм ЗН серед жіночого населення України (ЗН молочної залози, немеланомні ЗН шкіри, ЗН тіла матки) зростає протягом останніх десяти років. В той час як серед чоловічого населення зафіксовано зростання захворюваності на ЗН передміхурової залози та немеланомні ЗН шкіри, а захворюваність чоловічого населення на ЗН трахеї, бронхів, легені зменшується.

Аналіз стану лікувально-діагностичної діяльності показав, що в цілому по Україні впродовж 2010-2019 рр. 68,2–69,8 % хворих на ЗН були охоплені спеціальним лікуванням (хірургічним, комбінованим або комплексним). Варто зазначити, що відсоток охоплення спеціальним лікуванням жіночого населення (73,5–74,8 %) є вищим, ніж чоловічого (62,4–64,5 %). Окрім цього нами виокремлено п'ять нозологічних форм (ЗН стравоходу, шлунка, трахеї, бронхів, легень, підшлункової залози, печінки), для яких характерний надто низький відсоток охоплення хворих лікуванням (рис. 3.9).

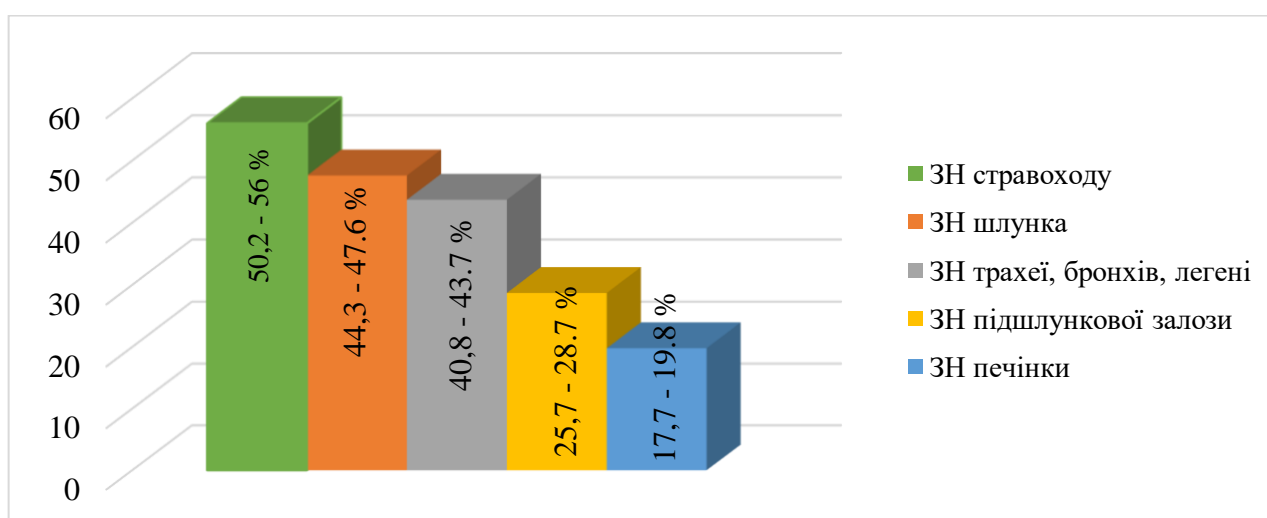


Рис. 3.9. Розподіл нозологічних форм із найнижчим відсотком охоплення хворих спеціальним лікуванням

Згідно з результатами, представленими на рис. 3.9, можемо стверджувати що кожний другий хворий з діагнозом ЗН стравоходу (50,2–56 %), ЗН шлунка (44,3–47,6 %), ЗН трахеї, бронхів, легень (40,8–43,7 %) був охоплений спеціальним лікуванням. Найкритичніші значення характерні для осіб зі ЗН підшлункової залози та ЗН печінки: встановлено, що лише кожен четвертий пацієнт (25,7–28,7 %) зі ЗН підшлункової залози та кожен п'ятий пацієнт (17,7–19,8 %) зі ЗН печінки отримали спеціальне протипухлинне лікування протягом року з моменту встановлення діагнозу.

Ці дані корелюються зі значеннями дорічної летальності хворих даних нозологічних груп. Найбільше значення показника летальності до року характерне

для ЗН підшлункової залози та ЗН печінки: 70,2–77,8 % та 69,0–77,7 % відповідно (рис. 3.10).

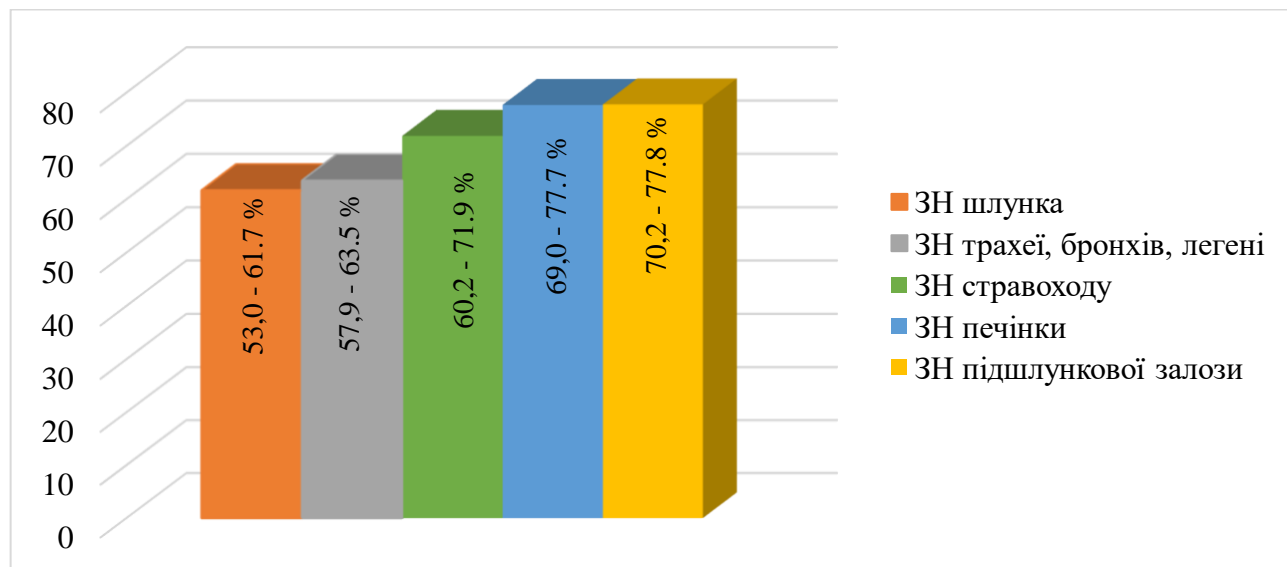


Рис. 3.10. Розподіл показника летальності до року у нозологіях із найнижчим відсотком охоплення хворих спеціальним лікуванням

З огляду на це необхідно посилити роз'яснювальну роботу серед пацієнтів з діагнозом ЗН щодо необхідності лікування, заснованого на принципах доказової медицини, з'ясування причин відмови від такого лікування та інформування щодо недоцільності застосування нетрадиційних методів лікування онкопатології.

Смертність від ЗН за період 2010–2019 рр. демонструє позитивну тенденцію до зниження, як в загальній популяції, так і серед чоловічого та жіночого населення зокрема. Протягом 10 досліджуваних років смертність від ЗН знизилась на 7,5 % (з 185,7 випадків у 2010 р. до 171,8 випадки на 100 тис. населення у 2019 р.). Найвищий показник смертності від ЗН зафіксовано у 2012 р. – 192,4 випадки на 100 тис. населення, після чого у наступні сім років спостерігалась стала тенденція до його зниження. Найнижчий рівень смертності (171,8 випадки на 100 тис. населення) досягнуто у 2019 р. (рис. 3.11). Смертність чоловічого населення є в 1,4–1,5 рази вищою, ніж жіночого [40, 46].

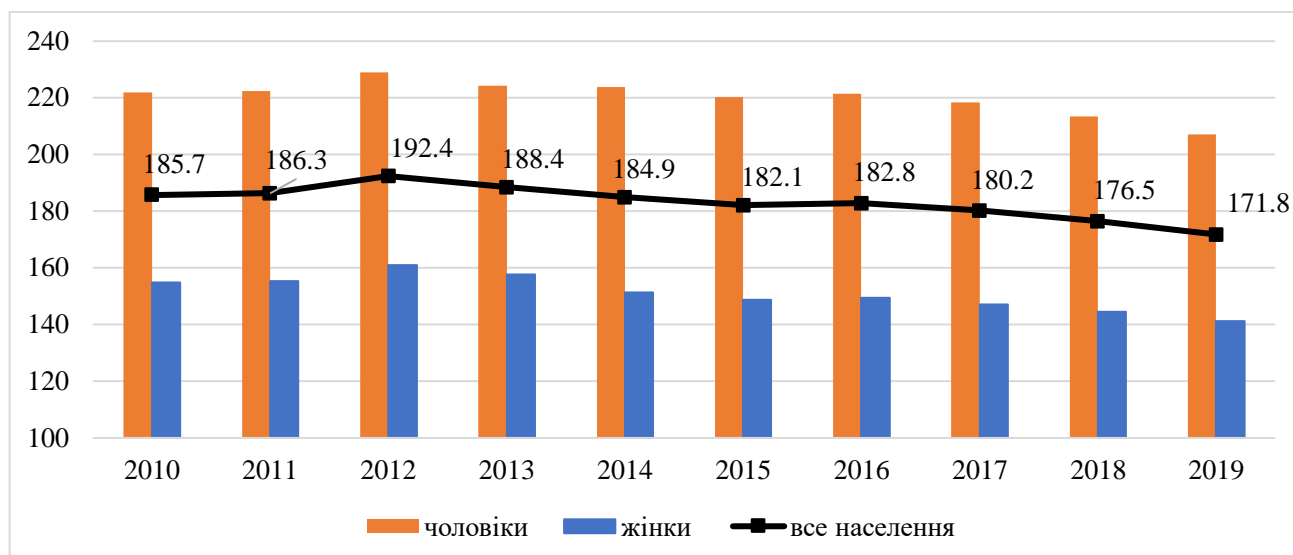


Рис. 3.11. Рівень смертності від злоякісних новоутворень в Україні протягом 2010–2019 рр., показник на 100 тис. населення

Позитивною є також тенденція до скорочення частки осіб, які не прожили одного року з числа з вперше встановленим діагнозом ЗН (рис. 3.12).

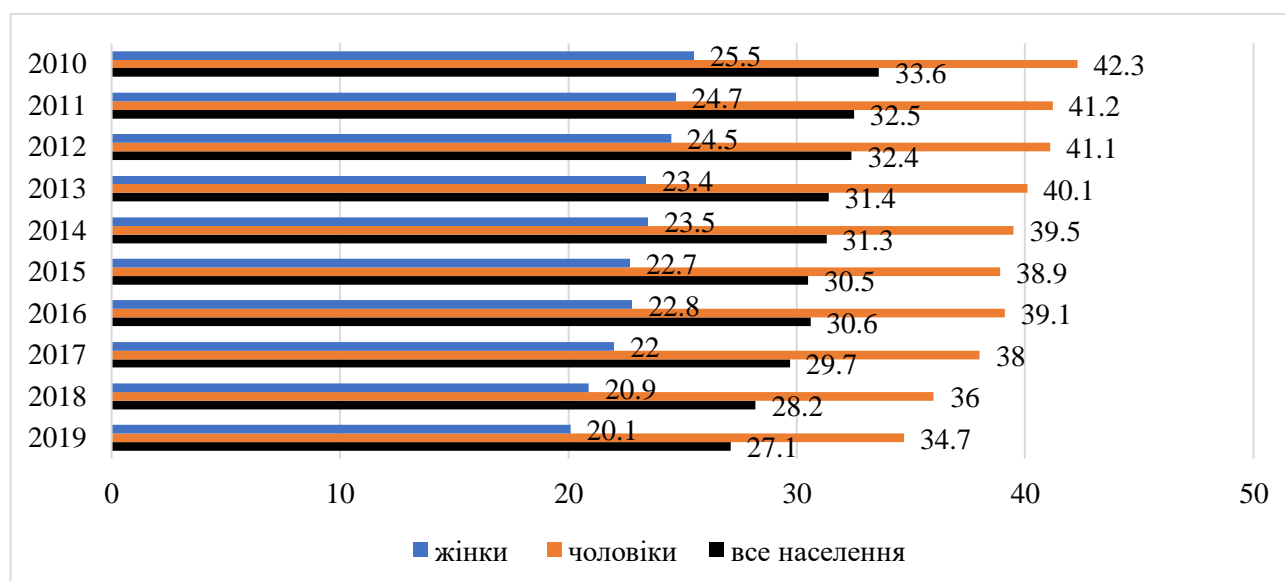


Рис. 3.12. Частка осіб, які не прожили 1 року (з числа вперше захворілих), %

Так, за останнє десятиріччя частка осіб, які померли протягом року з моменту виявлення ЗН, скоротилась з 33,6 % до 27,1 %. При розподілі за гендерною ознакою встановлено, що кожний третій чоловік та кожна четверта жінка, в яких діагностовано ЗН, не проживають одного року з моменту встановлення діагнозу. Протягом 2010–

2019 рр. частка осіб чоловічої статі, які не прожили одного року, знизилась з 42,3 % до 34,7 %, а осіб жіночої статі – з 25,5 % до 20,1 %.

На підставі цих даних можемо зробити висновок, що протягом проаналізованого періоду однорічна виживаність серед жінок є вищою, і становить 74,5–79,9 %, ніж серед чоловіків (57,7–65,3 %). Однорічна виживаність серед загальної популяції населення України знаходиться в межах 66,4–72,9 %.

Зниження рівня смертності від ЗН та зростання показника однорічної виживаності онкохворих дозволяють припустити, що цьому сприяють підвищення ефективності лікувально-діагностичної роботи та застосування нових методів лікування, які підвищують шанс на одужання.

За проаналізований період 2010– 2019 рр. показник встановлення діагнозу «Злоякісне новоутворення» посмертно не перевищує 2,1 % . Так, серед осіб, з вперше встановленим діагнозом ЗН, діагноз було встановлено посмертно у 0,7–1,7 % випадків (у 0,2–2,1 % чоловіків та 0,9–1,4 % жінок зокрема).

Смертність населення з причини ЗН сфокусована серед людей старшого віку 60+, оскільки з віком ймовірність смерті від онкопатології зростає. Можемо констатувати, що смертність населення протягом 2011–2016 рр. була найпоширенішою серед чоловічої та жіночої популяції віком 75-79 років. Проте в період 2017–2019 рр. вона досягла своїх пікових значень вже у віковій категорії 80-84 роки, тобто смертність від ЗН змістилась в сторону старшої вікової групи серед людей похилого віку.

Подальший аналіз рівня смертності від ЗН, проведений серед осіб молодших 60 років продемонстрував, що починаючи з 30-34 років до 60-64 років спостерігається зростання показників смертності в кожній наступній віковій групі у порівнянні з попередньою (табл. 3.4). Для чоловічого населення темпи росту рівня смертності знаходяться в межах 1,5 – 2,4 рази, а для жіночого населення – 1,3 – 2,4 рази.

Встановлено, що у віковій групі 30-34 (у порівнянні з групою 25-29 років) темпи росту смертності жіночого населення перевищують чоловіче. Тобто жінки віком 30-34 років помирають від ЗН в 1,64–2,35 разів частіше ніж жінки віком 25-29 років, а чоловіки віком 30-34 років – у 1,52–1,87 разів частіше ніж чоловіки 25-29 років.

Таблиця 3.4

**Темпи росту рівня смертності від злоякісних новоутворень
(розподіл за віковими групами), у % до попередньої вікової групи**

Рік \ Вік	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Чоловіче населення							
2010	153	189	191	203	211	179	164
2011	168	179	202	206	210	188	150
2012	179	172	183	212	211	175	150
2013	187	189	188	214	200	184	150
2014	157	210	185	221	200	180	151
2015	157	245	209	216	202	177	147
2016	155	223	215	197	199	185	153
2017	152	223	229	198	192	188	154
2018	161	195	226	194	199	188	158
2019	158	209	218	206	200	176	159
Жіноче населення							
2010	204	169	172	150	168	137	152
2011	215	189	163	155	172	144	141
2012	205	189	169	150	161	145	138
2013	235	171	172	153	154	151	136
2014	212	186	178	161	149	149	131
2015	218	177	177	166	146	141	140
2016	223	191	173	159	148	150	136
2017	194	225	170	152	160	139	139
2018	193	229	155	161	155	146	140
2019	164	240	174	166	144	149	138

У вікових групах від 40 до 64 років темпи росту смертності серед чоловіків значно перевищують (в середньому на 24 %) аналогічні показники жіночого населення. На підставі чого можемо стверджувати, що чоловіки після 40 років помирають від ЗН частіше ніж жінки цього віку. Наведені результати дозволяють нам підтвердити, що ризик смертності від ЗН зростає зі старінням організму.

Аналіз нозологічних форм дозволив нам виділити три найпоширеніших нозології в структурі смертності жіночого та чоловічого населення України, спричиненої ЗН. Результати представлені на рис. 3.13.

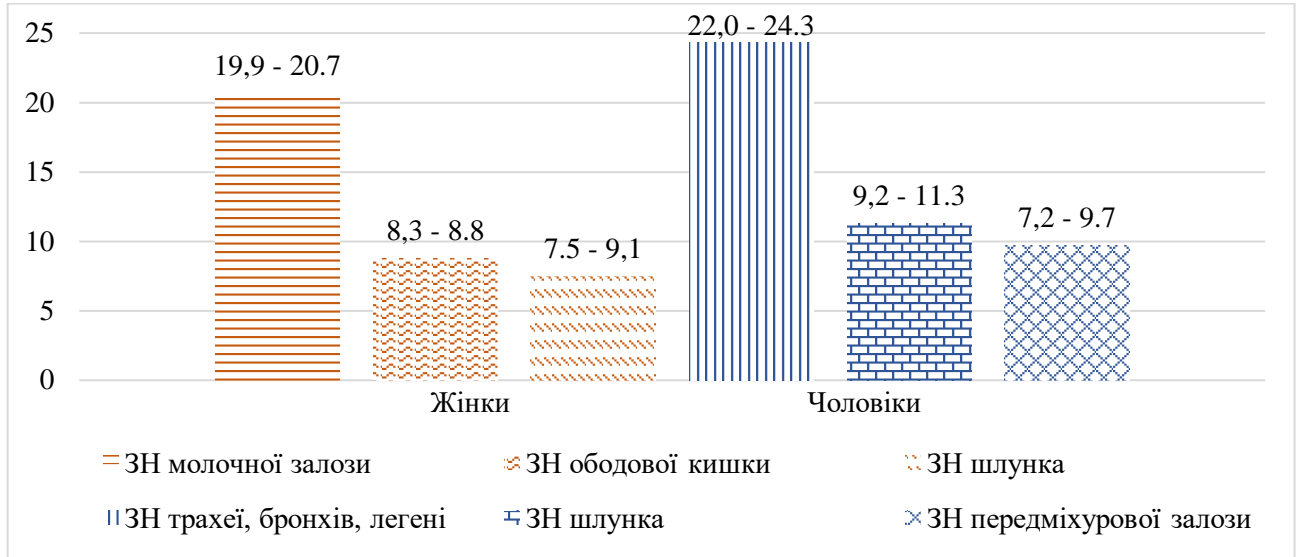


Рис. 3.13. Три найпоширеніших нозології в структурі смертності жіночого та чоловічого населення України впродовж 2010-2019 рр., %

Встановлено, що жінки найчастіше помирають від ЗН молочної залози: 19,9–20,7 % смертей спричинені саме цією нозологією. ЗН ободової кишки та ЗН шлунка займають друге та третє місце, відповідно, в структурі смертності жіночого населення України. Частка смертей від ЗН ободової кишки знаходиться в межах 8,3–8,8 % смертності жінок від ЗН. В той час як смертність від ЗН шлунка протягом 2010-2019 рр. демонструє тенденцію до скорочення в структурі смертності: частка цієї нозології зменшилась з 9,1 % у 2010 році до 7,5 % у 2019 році.

Смертність чоловічого населення в основному спричинена ЗН трахеї, бронхів, легені. Другою найпоширенішою причиною смертності чоловіків є ЗН шлунка, а ЗН передміхурової залози займають третю позицію. За аналізований період частка смертей чоловічого населення внаслідок ЗН трахеї, бронхів, легені скоротилася з 24,2 % у 2010 р. до 22,1 % у 2019 р. Подібна ситуація спостерігається і зі ЗН шлунка: зафіксовано зменшення (з 11,3 % у 2010 р. до 9,2 % у 2019 р.) питомої ваги даної нозології в структурі онкологічної смертності чоловіків. Проте смертність внаслідок ЗН передміхурової залози демонструє негативну тенденцію до зростання – протягом

десятирічного періоду частка цієї нозології в структурі смертності чоловіків зростає з 7,2 % до 9,7 %.

Високий рівень смертності внаслідок ЗН трахеї, бронхів, легені та ЗН шлунка може бути пояснений значним ступенем занедбаності даних видів онкопатології, що було відображено у результатах нашого дослідження на рис. 3.3.

Смертність дітей раннього віку і підлітків (віком до 17 років) найчастіше спричинені лейкемією та ЗН головного мозку, як серед жіночої так і серед чоловічої статі. Смертність осіб віком 18–29 років також спричинена в основному лейкемією та ЗН головного мозку, проте серед осіб жіночої статі домінує також ЗН шийки матки (зафіксовано у 2016-2018 рр.). Для вікових груп жіночої популяції 30–74 роки і старші 75 років домінуючою формою смертності є ЗН молочної залози, а для чоловіків цих вікових груп – ЗН трахеї, бронхи, легені (лише у 2019 р. – ЗН передміхурової залози).

Детальніший аналіз смертності дитячого населення (0–17 років) з причин лейкемії та ЗН головного мозку засвідчив, що лейкемія є основною причиною смертності у 21,6–32,4 % випадків серед дівчат та 23,5–33,8 % випадків серед хлопців (рис. 3.14). ЗН головного мозку знаходяться на другому місці серед причин смертей дитячого населення від ЗН, проте дана нозологія була домінуючою формою у структурі смертності серед дівчат у 2013 р. (27 %) та 2018 р. (33,7 %), а серед хлопців – у 2016 р. (26 %) та 2019 р. (32,8 %).

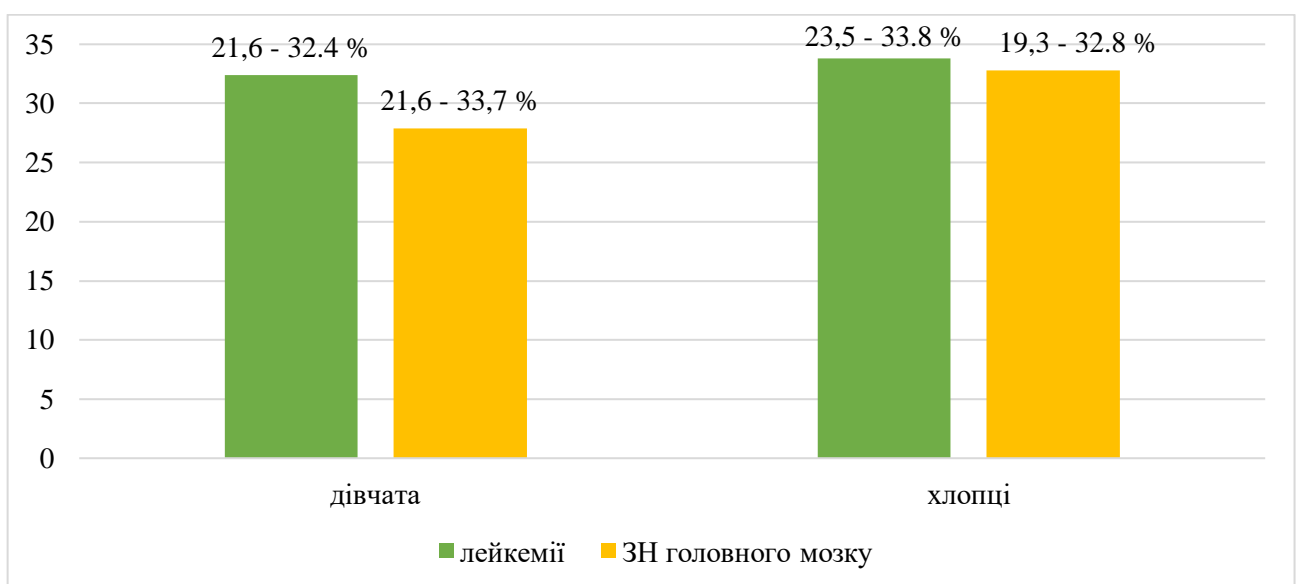


Рис. 3.14. Домінуючі нозології в структурі смертності дитячого населення України впродовж 2010-2019 рр., %

Незважаючи на зниження рівня смертності за основними нозологічними причинами смертності населення України від ЗН, все ж наявні нозології, а саме ЗН передміхурової залози, підшлункової залози та тіла матки, для яких є характерним зростання рівня смертності (рис. 3.15).

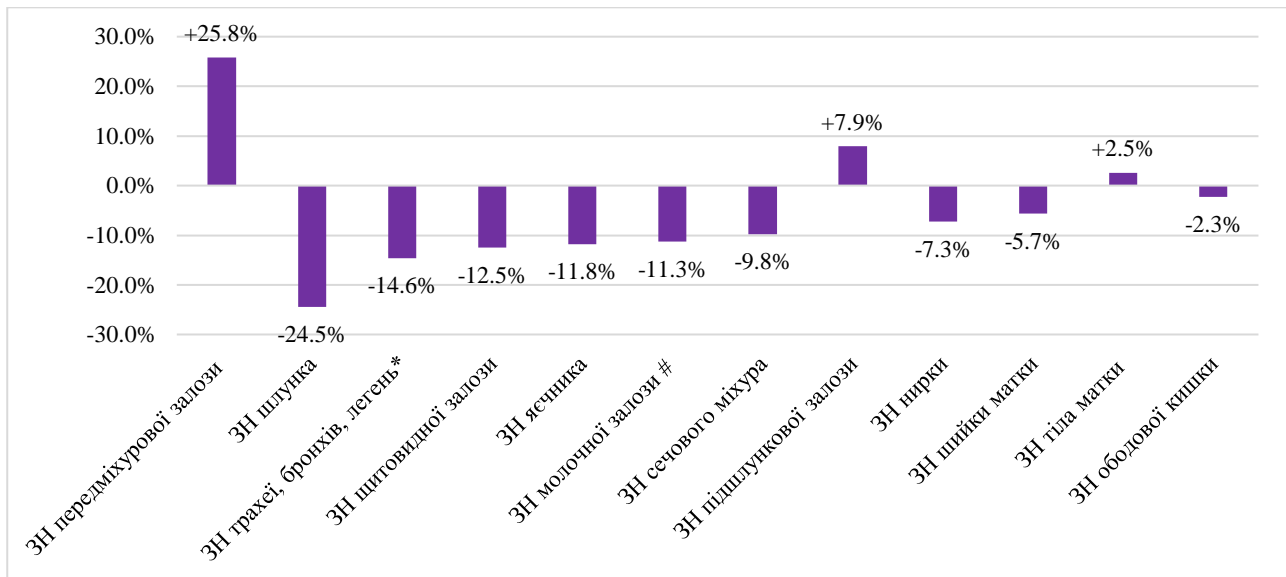


Рис. 3.15. Розподіл нозологічних форм за темпами приросту рівня смертності у 2019 році (порівняно з 2010 роком)

Примітка. * – поширеність серед чоловічого населення
– поширеність серед жіночого населення

Спостерігається негативна тенденція до зростання рівня смертності чоловічого населення від ЗН передміхурової залози: протягом проаналізованого періоду смертність зросла на 25,8 % (20 випадків у 2019 р. на противагу 15,9 випадків на 100 тис. чоловічого населення у 2010 р.). Рівень смертності від ЗН підшлункової залози у 2019 р. (9,6 на 100 тис. населення) є на 7,9 % вищим аніж у 2010 р. (8,9 на 100 тис. населення), а смертність жіночої популяції внаслідок ЗН тіла матки зросла на 2,5 % (з 7,9 до 8,1 випадків на 100 тис. жіночого населення).

Варто зазначити, що смертність чоловічого населення зумовлена ЗН трахеї, бронхів, легень (яка є домінуючою формою в структурі смертності чоловіків України) знизилась на 14,6 % (з 53,6 до 45,8 на 100 тис. чоловічого населення). В свою чергу,

смертність жінок від ЗН молочної залози (основної причини смертності жіночої популяції від ЗН) знизилась на 11,3 % (32,0 випадки у 2010 р. та 28,4 випадки на 100 тис. жіночого населення у 2019 р.). З позитивних моментів можемо виділити також зниження на 24,5 % (з 19,2 до 14,5 на 100 тис. населення відповідного періоду) рівня смертності від ЗН шлунка. Дослідження динаміки смертності від цієї нозології є особливо актуальним, оскільки смертність від ЗН шлунка знаходиться на другому місці серед причин смертності чоловічого населення та на третьому місці – серед жіночої популяції.

Оскільки ЗН передміхурової залози є другим найпоширенішим онкозахворюванням чоловічого населення та третім в структурі смертності серед чоловіків, то зростання рівня захворюваності даної нозології на 43,3 % та підвищення рівня смертності на 25,8 % протягом досліджуваного періоду 2010–2019 рр. викликає особливе занепокоєння. Однією з головних причин такої статистики є відсутність культури профілактичних оглядів у лікаря-уролога. Оскільки рак простати на ранніх стадіях проходить безсимптомно, то саме це і ускладнює його діагностику. Тому надважливим є проведення цілеспрямованої пропаганди профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), безпечних сексуальних стосунків, урологічних ракових захворювань у чоловіків шляхом регулярних оглядів в уролога, які допоможуть своєчасно виявити патологію та провести її успішне лікування [46].

Розподіл смертності населення від ЗН за територіальною ознакою продемонстрував, що в період 2010–2019 рр. найвищі показники смертності зафіксовано у шести областях: Запорізькій, Кіровоградській, Полтавській, Сумській, Дніпропетровській та Харківській (табл. 3.5).

Найвищий рівень смертності спостерігався у Запорізькій області у 2013 р. – показник перевищив середній рівень смертності по Україні на 30,9 %. Загалом, у 2010–2014 рр. у Запорізькій області було зафіксовано найвищий рівень смертності від ЗН в Україні. З 2015 р. граничні значення смертності характерні для Кіровоградської та Дніпропетровської областей. Протягом досліджуваного десятирічного періоду рівень перевищення середнього показника смертності по Україні у згаданих вище шести областях був наступним: Запорізька область 9,2–30,9 %, Кіровоградська

область 11,6–21,5 %, Полтавська область 6,8–17,5 %, Сумська область 6,3–16,9 %, Дніпропетровська область 4,5–18,2 %, Харківська область 0,6–17,1 %.

Таблиця 3.5

Рівень перевищення середнього показника смертності по Україні у шести областях України з високим рівнем смертності від злоякісних новоутворень, %

Області	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Запорізька	+26,2	+25,4	+27,7	+30,9	+20,8	+12,3	+15,8	+9,2	+12,2	+9,4
Кіровоградська	+11,6	+11,6	+18,3	+17,7	+15,5	+15,0	+16,8	+14,3	+15,3	+21,5
Полтавська	+6,8	+10,8	+7,7	+11,4	+13,4	+15,8	+8,2	+11,8	+15,1	+17,5
Сумська	+6,5	+6,3	+9,7	+8,7	+16,9	+14,5	+13,6	+15,8	+10,0	+11,5
Дніпропетровська	+4,5	+8,0	+12,4	+10,6	+13,1	+12,1	+16,8	+18,2	+18,2	+16,1
Харківська	+0,6	+11,9	+12,5	+8,1	+12,1	+8,3	+6,8	+17,1	+14,8	+16,7

Для областей з високим рівнем смертності від злоякісних новоутворень пріоритетного значення набуває з'ясування причин цього явища (незадовільна якість лікування, причини пізньої діагностики, недостатність профілактично-роз'яснювальної роботи серед населення). Це повинно сприяти обґрунтуванню локальної та національної стратегії та вжиттю заходів протидії поширеності та смертності від раку в Україні.

Попри загальну тенденцію до зниження рівня смертності від ЗН в Україні нами виокремлено шість областей, в яких протягом 2010–2019 рр. спостерігалось значне зростання рівня смертності від онкології: це Харківська, Чернігівська, Черкаська, Херсонська, Закарпатська та Волинська області (рис. 3.16).

А також виокремлено чотири області – Дніпропетровська, Полтавська, Кіровоградська, Чернівецька – в яких темп приросту рівня смертності впродовж аналізованого періоду не перевищив 3,0 % (у 2019 р. смертність населення Дніпропетровської області з причин ЗН зросла на 2,7 % у порівнянні з 2010 роком, смертність населення Полтавської області – на 1,8 %, Кіровоградської області – на 0,7 %, Чернівецької області – на 0,5 %).

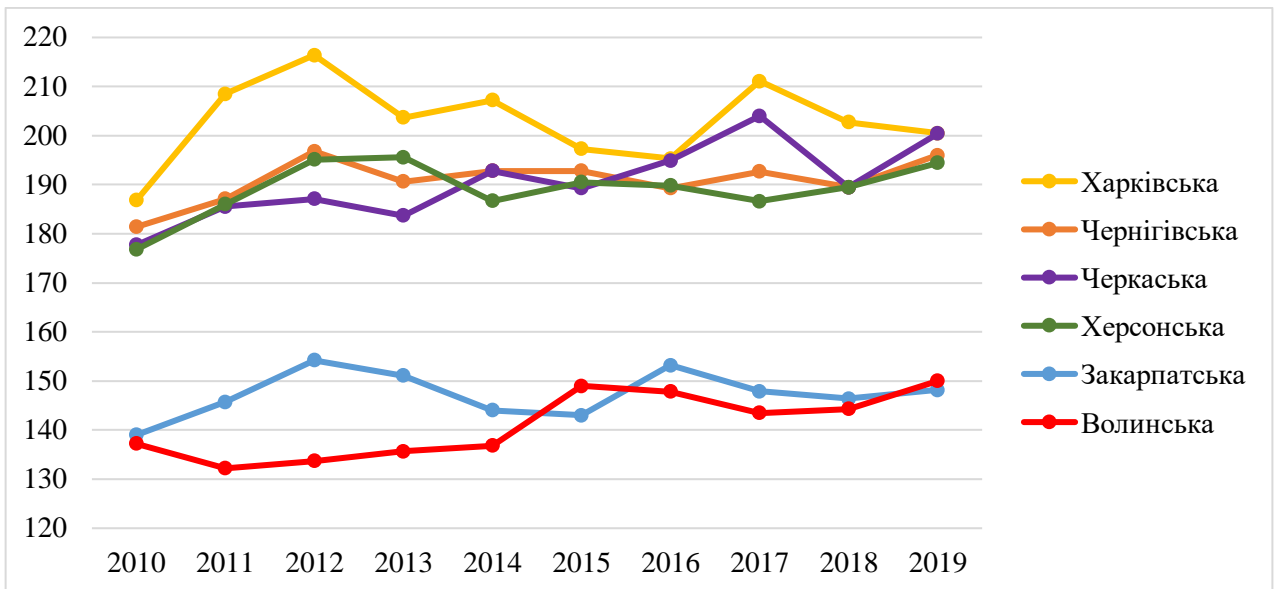


Рис. 3.16. Динаміка зростання рівня смертності від злоякісних новоутворень в окремих областях України, показник на 100 тис. населення

Найсуттєвішим було зростання рівня смертності від ЗН у Черкаській області – на 12,8 %: рівень смертності у 2010 р. становив 177,7 випадки, у 2019 р. – 200,4 випадків на 100 тис. населення. Також зафіксовано зростання смертності від ЗН на 10,0 % у Херсонській області (з 176,8 випадків у 2010 р. до 194,4 випадки на 100 тис. населення у 2019 році), на 9,3 % у Волинській області (з 137,2 до 150,0 випадків на 100 тис. населення), на 8 % у Чернігівській області (з 181,4 до 196,0 випадків на 100 тис. населення). Зросла смертність від ЗН і у Харківській та Закарпатській областях, а саме: на 7,3 % у Харківській (з 186,8 до 200,5 випадків на 100 тис. населення) та на 6,6 % у Закарпатській (з 139 до 148,2 випадків на 100 тис. населення).

Зростання рівня смертності у згаданих вище шести областях частково може бути пояснено високим ступенем занедбаності онкологічних хворих у деяких територіальних одиницях. Адже для трьох із шести областей характерний критичний рівень занедбаних випадків онкології, а саме для Херсонської, Чернігівської та Закарпатської областей, що було попередньо нами з'ясовано та описано.

З метою запобігання зростанню рівня смертності у даних територіальних одиницях важливого значення набувають заходи профілактики та своєчасного виявлення та лікування злоякісних новоутворень. Проте запровадження тільки програм скринінгу не зможе забезпечити повноцінний позитивний результат у

вирішенні цієї проблеми, окрім цього необхідно з'ясувати рівень доступності та якості медичної допомоги онкологічним хворим в даних областях, а також визначити та мінімізувати інші фактори, що сприяють зростанню смертності від ЗН на цих територіях, зокрема здорового способу життя та екології.

На нашу думку, впровадження заходів щодо запобігання захворюваності та смертності від ЗН в Україні повинно базуватися на основі постійного моніторингу медико-демографічних показників онкологічного профілю кожної окремо взятої адміністративно-територіальної одиниці, що дозволить розробити локальну стратегію боротьби з онкологічними захворюваннями та знизити смертність, спричинену цією патологією.

Вплив обмежувальних заходів, пов'язаних з пандемією COVID-19 та запровадження воєнного стану обумовили потребу у проведенні окремого аналізу епідеміологічних особливостей онкологічних захворювань, про що детальніше буде описано в наступних розділах.

Висновки до розділу 3

1. Дослідженням встановлено, що протягом аналізованого періоду 2010–2019 рр. рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні зростає, а рівень смертності, спричиненої онкопатологією, демонструє позитивну тенденцію до зниження.

2. Захворюваність та смертність з причини ЗН чоловічого населення є вищою ніж жіночого.

3. Понад 50,0 % пацієнтів із вперше встановленим діагнозом «Злоякісне новоутворення» виявляють на ранніх стадіях, проте щорічно зростає частка хворих, виявлених у занедбаному стані: а саме на пізніх стадіях розвитку хвороби. Найвищий ступінь занедбаності спостерігається у пацієнтів з діагнозом ЗН підшлункової залози, шлунка, трахеї, бронхів, легень, глотки та печінки.

4. Простежується тенденція до скорочення частки хворих на злоякісні новоутворення, що виявляються на медичних оглядах.

5. Найвищі показники захворюваності зафіксовано серед чоловічого та

жіночого населення віком 70-79 років, найвищі показники смертності – серед людей старшого віку 75-84 роки.

6. Встановлено, що з віку 30 років до 64 років спостерігаються високі темпи росту показників захворюваності та смертності в кожній наступній п'ятирічній віковій групі у порівнянні з попередньою.

7. Основною формою захворюваності та смертності жіночого населення є ЗН молочної залози, в чоловічій популяції – це ЗН трахеї, бронхів, легені. Для дітей раннього віку і підлітків віком до 17 років домінуючими формами у структурі захворюваності та смертності є лейкемії та ЗН головного мозку.

8. Зафіксовано зростання рівня захворюваності та смертності внаслідок ЗН передміхурової залози у чоловіків, тіла матки у жінок та підшлункової залози у загальній популяції населення України.

9. Більшість (68,2–69,8 %) хворих на ЗН охоплено спеціальним лікуванням (хірургічним, комбінованим або комплексним). Проте залишаються нозологічні форми (ЗН стравоходу, шлунка, трахеї, бронхів, легень, підшлункової залози, печінки), за наявності яких спостерігається низький відсоток охоплення хворих спеціальним протипухлинним лікуванням протягом року з моменту встановлення діагнозу.

10. Протягом досліджуваного десятирічного періоду за рівнем захворюваності лідирує Кіровоградська область, а за рівнем смертності від злоякісних новоутворень – Запорізька, Кіровоградська та Дніпропетровська області.

11. Однорічна виживаність серед загальної популяції хворих на злоякісні новоутворення знаходиться в межах 66,4–72,9 %. Виживаність серед жінок є вищою, ніж серед чоловіків.

Результати досліджень розділу 3 наведено в публікаціях:

1. Zub V. Cancer epidemiology in Ukraine: analysis for the past decade. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. Т. 27, № 3-4. Р. 126-142. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.126>

2. Зуб В. О. Дослідження нозологічних особливостей захворюваності та смертності населення України з причин злоякісних новоутворень. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2021. Т. 25, № 4. С. 635-639. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(4\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-22)

3. Zub V. Analysis of incidence and mortality of gastrointestinal malignant tumors in Ukraine and worldwide. *Acta Medica Leopoliensia*. 2022. Т. 28, № 3-4. Р. 22-33. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2022.3-4.022>

4. Зуб В. Медико-статистична оцінка смертності від онкологічних захворювань в Україні. *Матеріали міжнародної наукової конференції «The globalization of scientific knowledge: theoretical and practical research»*. м. Рига, Латвія, 17-18 грудня 2021 року. Рига. 2021. С. 11-14. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-164-0-4>

5. Зуб В. О. Стан захворюваності населення України на злоякісні новоутворення. *Матеріали міжнародної наукової конференції «Modern medicine: the use of creative industries in the healthcare system»*. м. Люблін, Республіка Польща, 28–29 грудня 2021 року. Люблін. 2021. С. 163-166. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-182-4-44>

РОЗДІЛ 4

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З НАЙПОШИРЕНІШИМИ ФОРМАМИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Якість життя сьогодні розглядається як один з найбільш інформативних показників, адже є інтегрованим поняттям, що дозволяє провести глибокий аналіз фізіологічних, психологічних, емоційних і соціальних проблем людини, кінцевим завданням яких є досягнення ефективнішого життя пацієнтів зі збереженням ними працездатності й належного самопочуття.

Для оцінки якості життя пацієнтів нами обрано 4 найпоширеніші нозології злоякісних новоутворень серед населення України: рак легень (РЛ), рак шлунку (РШ), рак молочної залози (РМЗ) та рак простати (РП). Варто зазначити, що рак легень займає перше місце серед всіх злоякісних пухлин, що виявляють у чоловіків, рак молочної залози є найпоширенішим онкологічним захворюванням серед жінок. В свою чергу, рак шлунку є у групі найпоширеніших форм новоутворень усіх вікових категорій як чоловічого, так і жіночого населення України, а також характеризується високим ступенем занедбаності при виявленні хвороби. Разом з тим, станом на сьогодні спостерігається негативна тенденція до збільшення нових випадків захворюваності на рак простати серед чоловічого населення.

4.1 Оцінка якості життя пацієнтів з раком легень

Відповідно до отриманих результатів, якість життя GLOBAL HEALTH STATUS/QoL, у пацієнтів з РЛ склала 49,12 балів за 100-бальною шкалою. Варто зазначити що відповіді респондентів були однотиповими, про що вказує дуже висока узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та становить 0,93.

Згідно одержаних даних опитувальника у рамках функціональної шкали QLQ-C30 серед інших субшкал найгірші показники припали на субшкалу «Рольове функціонування», які склали 63,82 балів за 100-бальною шкалою (табл. 4.1), а середній бал становить $2,09 \pm 0,91$ (рис. 4.1). До даного пункту шкали входять

запитання щодо обмеження пацієнта при виконанні своєї роботи, повсякденних справ, а також обмеження у заняттях хобі чи інших видах дозвілля.

Таблиця 4.1

Результати опитування за функціональною шкалою QLQ-C30 у пацієнтів з РЛ

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Рольове функціонування	RF2	63,82	0,85
Фізичне функціонування	PF2	66,67	0,83
Емоційне функціонування	EF	67,47	0,89
Соціальне функціонування	SF	76,83	0,84
Когнітивне функціонування	CF	78,80	0,68

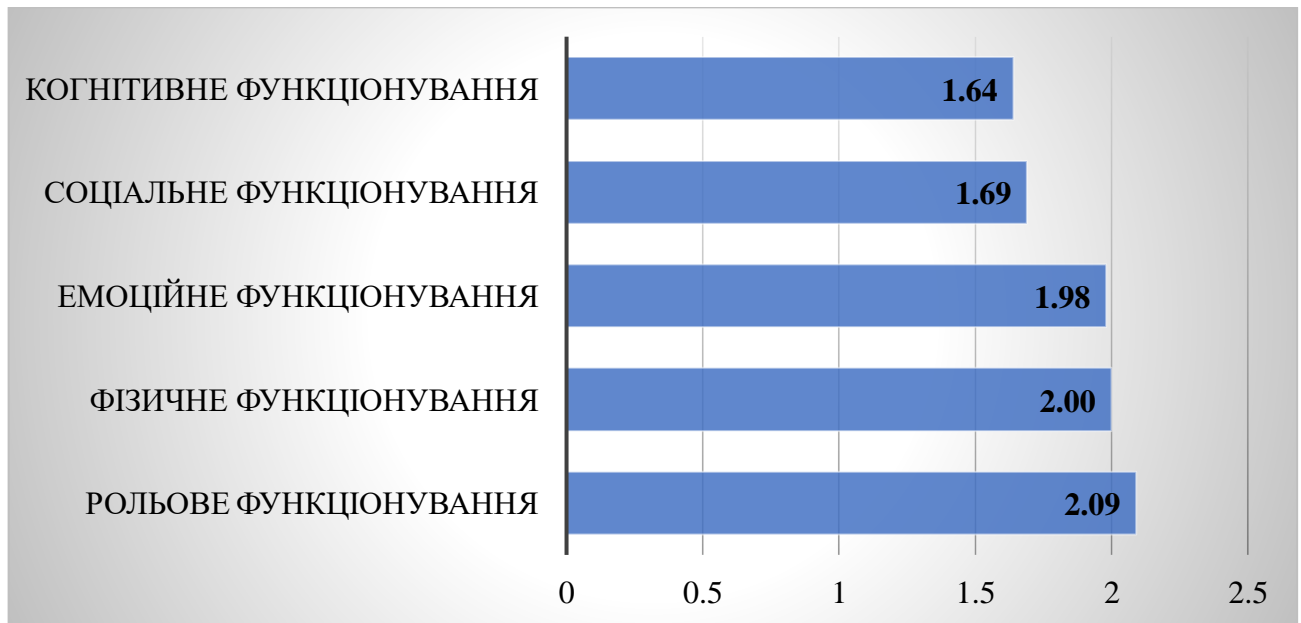


Рис. 4.1. Середній бал показників функціональної шкали QLQ-C30 у пацієнтів з РЛ

Дещо кращим був бал субшкали «Фізичне функціонування» за 100-бальною шкалою – 66,67, відповідно до даних опитувальника пацієнтам важче виконувати

напружену фізичну роботу, прогулюватися пішки довий/короткий проміжок часу, нести важкі валізи; ряду пацієнтів доводиться залишатися в ліжку або кріслі протягом дня чи/та вони потребують допомоги під час їжі, одягання, здійснення гігієнічних процедур, що у свою чергу впливає на самооцінку пацієнта [48].

На пункт «Емоційне функціонування», припадає 67,47 балів за 100-бальною шкалою. До даного пункту шкали входили запитання про напруження, тривогу, роздратування, пригнічення пацієнта.

У порівнянні з попередніми пунктами бал у субшкалі «Соціальне функціонування» дещо вищий та складає 76,83 балів зі 100 можливих. Дана субшкала об'єднує запитання про обмеження та дискомфорт у родинному житті та у спілкуванні з людьми, що пов'язано з фізичним станом пацієнта чи його лікуванням.

Найкращі показники у функціональній шкалі QLQ-C30 припали на «Когнітивне функціонування», бал за 100-бальною шкалою склав 78,80. Це свідчить про те, що більшість пацієнтів не мали труднощів зі зосередженням та запам'ятовуванням, наприклад, при читанні газет або перегляді телепередач.

Загалом, показник альфа Кронбаха по функціональній шкалі QLQ-C30 у пацієнтів з РЛ перебував у діапазоні від 0,83 до 0,89, що свідчить про високу узгодженість відповідей пацієнтів. Лише у субшкалі «Когнітивні функції» він дорівнював 0,68, що відповідає сумнівній узгодженості відповідей пацієнтів.

Під час опитування за шкалою симптомів QLQ-C30 у хворих на РЛ оцінювалися такі симптоми: втома (FA), нудота та блювання (NV), біль (PA), порушення сну (SL), задишка (DY), втрата апетиту (AP), констипація (CO), діарея (DI), фінансові труднощі (FI).

Як зображено на рисунку 4.2 найгірші результати припали на пункт шкали симптомів QLQ-C30 «Фінансові труднощі» (середній бал складає $2,50 \pm 1,01$), який досить часто є серед лідерів чи очолює субшкали, які турбують онкохворого пацієнта в Україні найбільше.

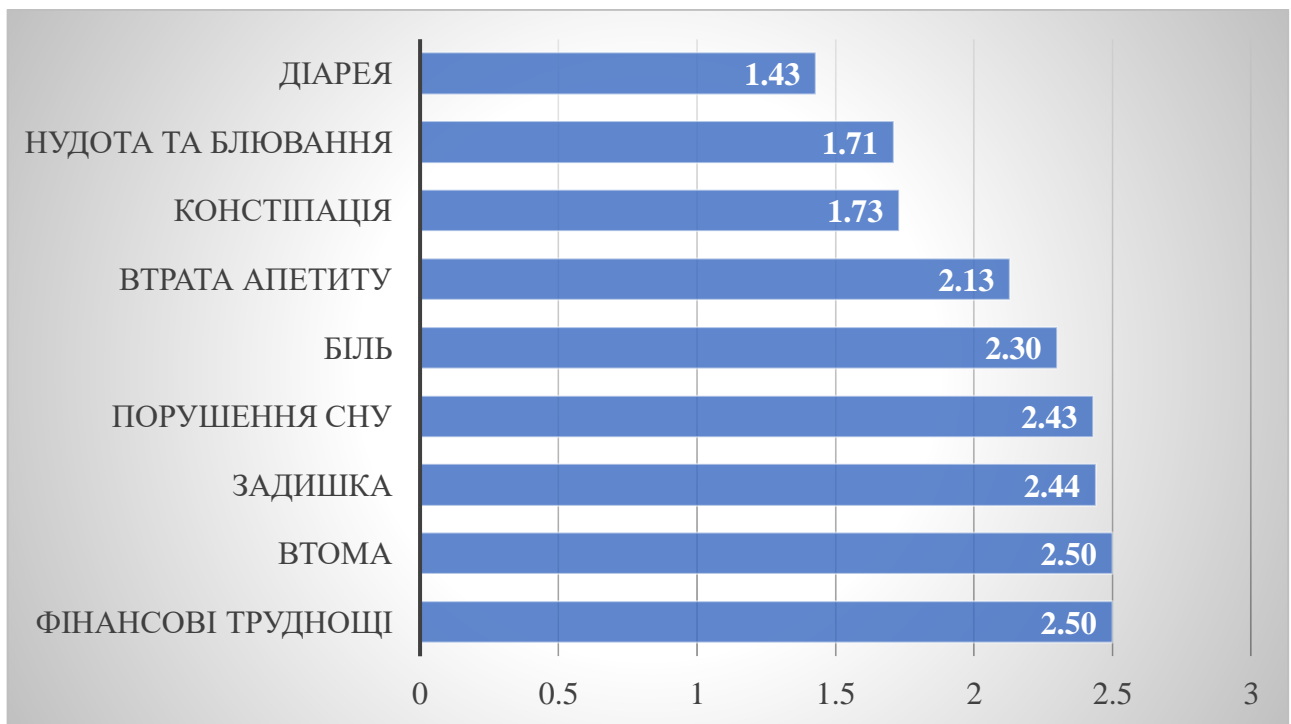


Рис. 4.2. Середній бал показників за шкалою симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з РЛ

Бал за 100-бальною шкалою за цим пунктом дорівнює 50,16 (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Результати опитування за шкалою симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з РЛ

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Фінансові труднощі	FI	50,16	-
Втома	FA	50,15	0,86
Задишка	DY	47,97	-
Порушення сну	SL	47,51	-
Біль	PA	43,41	0,77
Втрата апетиту	AP	37,72	-
Констипація	CO	24,33	-
Нудота та блювання	NV	23,83	0,86
Диарея	DI	14,26	-

Відповідно до результатів опитування в меншому ступені, ніж фінансові труднощі турбує пацієнтів втома, що визначилося у 50,15 балів за 100-бальною шкалою. Загалом різні генетичні та поведінкові фактори ризику можуть сприяти

виникненню втоми у пацієнтів. Наявність втоми значно впливає на якість життя, цей симптом часто турбує пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями та відображається у фізичному і психологічному стані пацієнта.

Третє місце у результатах опитування за шкалою симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з РЛ належить пункту «Задишка». Він рівний 47,97 балів за 100-бальною шкалою. Цей симптом характерний для пацієнтів з РЛ, адже задишка – це прямий наслідок зменшення просвіту дихальних шляхів. Вона також може бути викликана здавленням великих кровоносних судин в легенях. Її вираженість залежить від безлічі факторів (розмір новоутворення, ступінь тиску на сусідні структури, вени, бронхи).

Практично співмірним з пунктом «Задишка» є показник субшкали «Порушення сну». Він склав 47,51 балів за 100-бальною шкалою. Порушення сну разом із слабкістю та зниженням концентрації уваги розглядають як прояви втоми, що негативно впливають на роботу, настрій і соціальні відносини, знижують якість життя пацієнта з РЛ. З іншого боку порушення сну сприяє ще більшому наростанню втоми.

На пункт «Біль» згідно одержаних даних припало 43,41 бал за 100-бальною шкалою. Біль у грудній клітці, що часто посилюється при глибокому вдиху, кашлі, сміху – це один із частих симптомів, що розвивається на більш пізніх етапах РЛ та в значній мірі впливає на якість життя онкохворого пацієнта.

Ще одним із найпоширеніших симптомів при РЛ є втрата апетиту та безпричинна втрата ваги. Досліджуючи пункт «Втрата апетиту» в опитувальнику QLQ-C30, шкала симптомів встановлено, що на нього припадає 37,72 балів.

Симптомами, що найменше турбували пацієнтів з РЛ згідно результатів дослідження опитувальника QLQ-C30 були: конспітація, нудота та блювання, діарея. Найменший бал в опитувальнику QLQ-C30, шкала симптомів встановлено для пункту «Діарея», на нього припадає 14,26 балів зі 100 можливих. Тож даний симптом турбував пацієнтів з РЛ найменше.

Опитувальник QLQ-LC29, шкала симптомів – це оновлений модуль EORTC для оцінки якості життя пацієнтів з РЛ, який враховує наступні показники, пов'язані з РЛ: Страх прогресування (FP), Задишка (DY), Побічні ефекти терапії (SE), Кашель (COU), Біль у грудній клітці (PC), Кашель із кров'ю (HA), Біль у руках – плечах (PA), Втрата

ваги (WL), Біль у інших частинах тіла (PO), Наслідки операції (SU).

Поточні на момент аналізу захворювання онкологічні медичні методи лікування, вік, супутні патології можуть глибоко та негативно впливати на відповіді пацієнтів. Найвищим у шкалі симптомів QLQ-LC29 був показник пункту «Страх прогресування», який склав 66,18 балів за 100-бальною шкалою (табл. 4.3), середній бал становив $2,99 \pm 0,91$ (рис. 4.3). До цієї субшкали входять запитання щодо хвилювання за майбутній стан здоров'я, занепокоєння можливим прогресуванням росту пухлини.

Таблиця 4.3

Бали за шкалою симптомів QLQ-LC29 у пацієнтів з РЛ

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Страх прогресування	FP	66,18	0,75
Задишка	DY	44,76	0,80
Біль у грудній клітці	PC	41,18	-
Кашель	COU	40,15	0,69
Біль у інших частинах тіла	PO	37,30	-
Біль у руках - плечах	PA	36,53	-
Втрата ваги	WL	30,15	-
Наслідки операції	SU	28,33	0,85
Побічні ефекти терапії	SE	24,16	0,83
Кашель із кров'ю	HA	11,22	-



Рис. 4.3. Середній бал показників за шкалою симптомів QLQ-LC29 у пацієнтів

Також турбувала пацієнтів задишка, на цей пункт шкали симптомів QLQ-LC29 у пацієнтів з РЛ припало 44,76 балів за 100-бальною шкалою. До цієї субшкали включені запитання щодо наявності задишки в стані спокою, під час ходьби чи під час підйому сходами. Дещо в меншому ступені пацієнти страждають від болю у грудній клітці, згідно з отриманими результатами бал за 100-бальною шкалою даної субшкали складає 41,18.

Природньо, що пункт «Кашель» серед показників за шкалою симптомів QLQ-LC29 у пацієнтів з РЛ входить до четвірки симптомів-«лідерів», що турбують пацієнтів найбільше. Адже саме кашель – це один із найперших та найважливіших симптомів РЛ. Загалом, на етапі діагностування пацієнтів непокоїть кашель, який не проходить 2-3 тижні та посилюється з часом. Також кашель при онкології легень нерідко супроводжуватися хрипами та свистом. Згідно з результатами опитування на даний пункт припадає 40,15 балів за 100-бальною шкалою. Запитання опитувальника враховували, чи часто кашляв пацієнт та чи був у нього сухий кашель.

Відповідно до результатів опитування за шкалою симптомів QLQ-LC29 в меншій мірі пацієнтів з РЛ турбував біль у інших частинах тіла, за даним пунктом бал дорівнює 37,30 за 100-бальною шкалою. Дещо кращим був показник «Біль у руках-плечах», бал за аналогічною шкалою складає 36,53.

В ході опитування певна когорта респондентів зазначала, що схуднення було для них проблемою. На субшкалу «Втрата ваги» за шкалою симптомів QLQ-LC29 припадає 30,15 балів за 100-бальною шкалою.

Бал за пунктом «Наслідки операції» складає 28,33 за 100-бальною шкалою. Згідно з одержаними даними опитувальника QLQ-LC29 частина пацієнтів скаржилися, що відчували біль у ділянці операції, місце рани було надмірно чутливим, пацієнти мали труднощі з використанням руки або плеча зі сторони операції на грудній клітці, а також біль у місці рубця заважав їх повсякденній діяльності.

На показник за шкалою симптомів QLQ-LC29 «Побічні ефекти терапії» припадає 24,16 балів за 100-бальною шкалою. До цього пункту відносяться запитання

чи боліла у пацієнтів ротова порожнина або язик, чи було їм важко ковтати, чи відчували вони поколювання в кистях рук або стопах, чи випадало у них волосся, чи було у них тонке або ослаблене волосся внаслідок захворювання чи лікування, чи були у них алергічні реакції, чи відчували вони печію або біль в очах, чи були у них проблеми зі шкірою (наприклад, свербіж, сухість), чи відчували вони зниження своїх фізичних можливостей, чи були у них проблеми з мовленням, чи були у них запаморочення.

Одним із важливих симптомів РЛ на етапі діагностування, на який вказують пацієнтам як такий, що потребує обов'язкової і термінової реакції є кашель, що супроводжується кровохарканням. На пункт «Кашель із кров'ю» QLQ-LC29 шкали симптомів припало 11,22 балів за 100-бальною шкалою. У даній шкалі це найнижчі показники.

Показник альфа Кронбаха перебував у діапазоні від 0,75 до 0,85, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів, окрім показника шкали «Кашель», де альфа Кронбаха становить 0,69, що відповідає сумнівній узгодженості [48].

4.2 Оцінка якості життя пацієнтів з раком шлунку

Згідно з отриманими результатами, якість життя GLOBAL HEALTH STATUS/QoL, у пацієнтів з РШ склала 51,80 балів за 100-бальною шкалою. Варто зазначити що відповіді респондентів були однотиповими, про що вказує достатня узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та становить 0,78.

Згідно з даними опитувальника у рамках функціональної шкали QLQ-C30 серед інших субшкал високі показники виявилися у субшкалі «Емоційне функціонування», які склали 59,62 балів за 100-бальною шкалою (табл. 4.4), а середній бал становить $2,21 \pm 0,87$ (рис. 4.4).

Бал у субшкалі «Соціальне функціонування» складає 66,42 зі 100 можливих, тож звичне спілкування з людьми, спілкування у сім'ї створює певні виклики, дискомфорт, та загалом страждає у зв'язку з фізичним станом пацієнта чи його

лікуванням [280].

Таблиця 4.4

Результати опитування за функціональною шкалою QLQ-C30 у пацієнтів з РШ

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Емоційне функціонування	EF	59,62	0,86
Соціальне функціонування	SF	66,42	0,74
Рольове функціонування	RF2	68,86	0,81
Фізичне функціонування	PF2	70,42	0,82
Когнітивне функціонування	CF	76,65	0,31

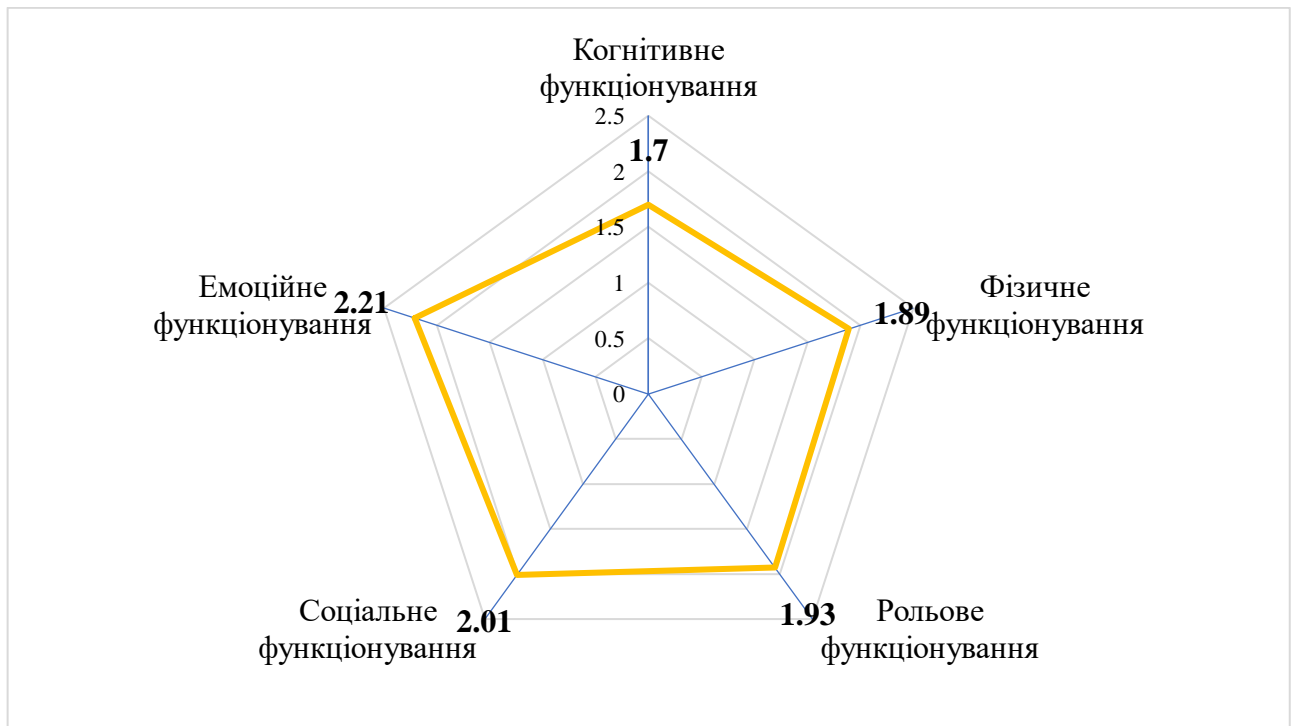


Рис. 4.4. Середній бал показників функціональної шкали QLQ-C30 у пацієнтів

з РШ

На пункт «Рольове функціонування» припадає 68,86 балів за 100-бальною шкалою, це свідчить про те, що були певні труднощі у пацієнта при виконанні своєї роботи, повсякденних справ, були обмеження у заняттях хобі чи дозвілля. Загалом цей показник часто пов'язаний з підтримкою пацієнта, зокрема у сім'ї.

У порівнянні з попередніми пунктами в меншій мірі страждає «Фізичне функціонування», бал за 100-бальною шкалою складає 70,42, згідно з даними опитувальника пацієнтам з РШ важче виконувати напружену фізичну роботу чи нести певний вантаж.

Найвищі показники у функціональній шкалі QLQ-C30 припали на «Когнітивне функціонування», бал за 100-бальною шкалою склав 76,65. Це свідчить про те, що більшість пацієнтів не мали труднощів із запам'ятовуванням, зосередженням, до прикладу, при читанні газети або перегляді телепередачі.

Загалом, показник альфа Кронбаха по функціональній шкалі QLQ-C30 перебував у діапазоні від 0,74 до 0,86, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів. Лише у субшкалі «Когнітивні функції» він дорівнював 0,31, що відповідає низькій узгодженості відповідей пацієнтів.

Під час опитування за шкалою симптомів QLQ-C30 у хворих на РШ оцінювалися такі симптоми: втома (FA), нудота та блювання (NV), біль (PA), порушення сну (SL), задишка (DY), втрата апетиту (AP), констипація (CO), діарея (DI), фінансові труднощі (FI).

Як зображено у таблиці 4.5, найбільше турбували пацієнтів з РШ фінансові труднощі, на них припало 57,18 балів за 100-бальною шкалою, середній бал склав $2,72 \pm 0,87$ (рис. 4.5).

Дещо менше турбує пацієнтів втома, що виразилося у 50,12 балів за 100-бальною шкалою. Це один із симптомів, на який найчастіше скаржаться пацієнти зі злякисними новоутвореннями. Наявність втоми значно впливає на якість життя, оскільки є своєрідним «дзеркалом» психологічного та фізичного стану пацієнта.

Таблиця 4.5

Результати опитування за шкалою симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з РШ

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Фінансові труднощі	FI	57,18	-
Втома	FA	50,12	0,77
Біль	PA	44,10	0,64
Порушення сну	SL	40,69	-
Втрата апетиту	AP	37,62	-
Діарея	DI	35,64	-
Констипація	CO	34,99	-
Задишка	DY	31,76	-
Нудота та блювання	NV	27,97	0,85

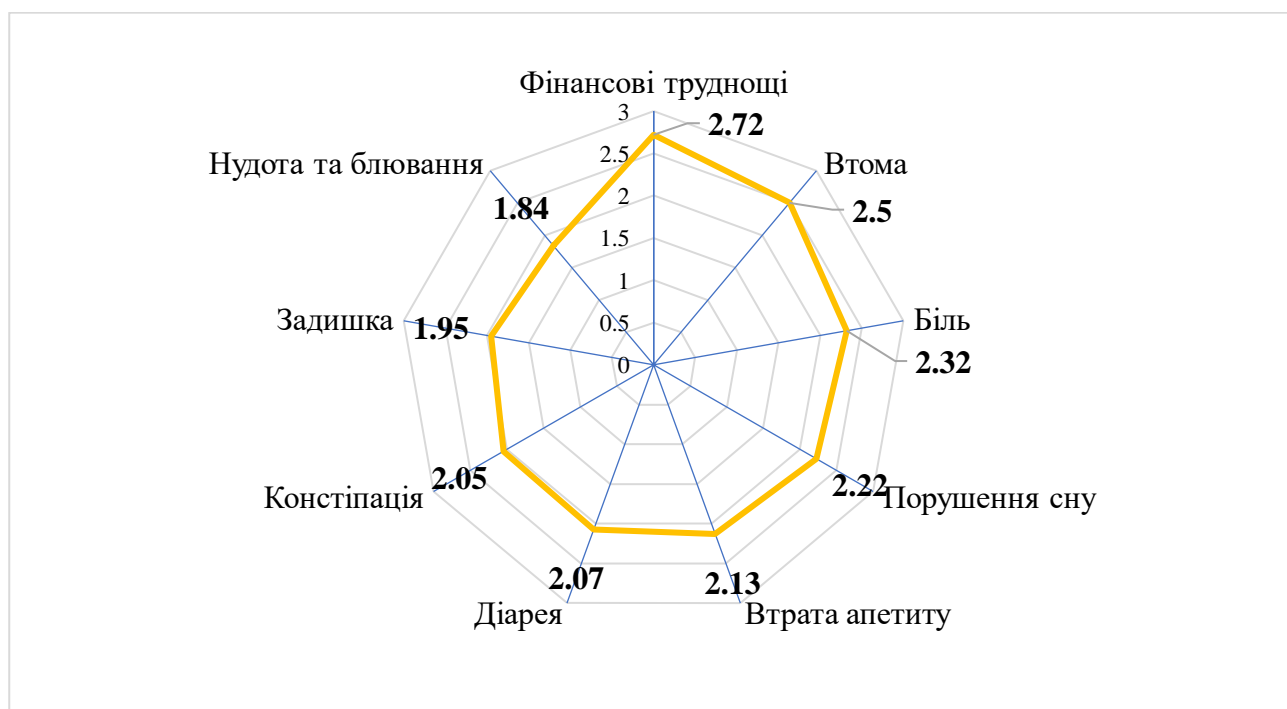


Рис. 4.5. Середній бал показників за шкалою симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з РШ

Ще один симптом, що в значній мірі впливає на якість життя онкохворого пацієнта – це біль. Він часто серед симптомів-«лідерів», які турбують, викликають труднощі у щоденному житті пацієнта, часто поєднаний зі втомою, оскільки виснажує, також асоційований зі страхом втрати незалежності та свободи пересування, обмеження руху. В даному опитувальнику на біль припало 44,1 бал зі 100 можливих.

Дещо нижчим є показник субшкали «Порушення сну». Він склав 40,69 балів за 100-бальною шкалою. Дана скарга – це складова умовного комплексу «Втома-Біль-Порушення сну», це симптоми, що доволі часто провокують виникнення один одного та є взаємозалежними.

Найнижчі бали за оцінкою даних опитувальника QLQ-C30, шкала симптомів належать проблемам ШКТ. Операція на шлунку, хіміотерапія можуть спричинити відповідне потенційне погіршення якості життя пацієнта. Вони мають величезний вплив на анатомію та фізіологію пацієнта, оскільки змінюють функції травлення і часто впливають на ставлення пацієнта до їжі. У опитувальнику шкалою симптомів QLQ-C30 на пункт «Втрата апетиту» припало 37,62 балів. Дещо менше пацієнтів турбувала діарея, даний пункт склав 35,64 балів зі 100 можливих. Практично співмірним з попереднім пунктом був показник субшкали «Конспітація», який дорівнює 34,99 балів за 100-бальною шкалою. Також у меншому ступені пацієнтів турбувала «Задишка». На неї припав 31,76 бал за 100-бальною шкалою. Найменший результат загалом в опитувальнику QLQ-C30, шкала симптомів та зокрема серед порушень ШКТ встановлено в пункті «Нудота і блювання», на нього припадає 27,97 балів зі 100 можливих.

Показник альфа Кронбаха шкалою симптомів QLQ-C30 перебував у діапазоні від 0,77 до 0,85, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів. Невисокими були показники узгодженості по субшкалі «Біль», альфа Кронбаха становив 0,63 (сумнівна узгодженість), кореляція була достовірною помірної сили ($R=0,47$; $p<0,001$).

Опитувальник EORTC QLQ-STO22 враховує 22 додаткові показники, пов'язані

з РШ, включаючи п'ять шкал: дисфагія (DYS), біль у грудях і животі (PAIN), рефлюкс (RFX), обмеження в їжі (EAT), тривожність (ANX); а також чотири окремі пункти, що відображає симптоми захворювання, побічні ефекти лікування та емоційні проблеми: сухість у роті (DM), сприйняття тіла (BI), проблеми зі смаком (TA), втрата волосся (HAIR).

Загалом на якість життя пацієнта впливає декілька факторів, зокрема стадія захворювання та пов'язане з ним лікування. Вік, супутні захворювання та поточні (на момент аналізу) онкологічні медичні методи лікування можуть глибоко та негативно впливати на відповіді пацієнтів. Найвищим у шкалі симптомів QLQ-STO22 був показник пункту «Тривожність», який склав 59,07 балів за 100-бальною шкалою (табл. 4.6), середній бал становив $2,77 \pm 1,00$ (рис. 4.6). До цієї субшкали входять запитання щодо хвилювання за майбутній стан здоров'я, занепокоєння надто малою вагою тіла, роздуми пацієнта про хворобу.

Таблиця 4.6

Бали за шкалою симптомів QLQ-STO22 у пацієнтів з РШ

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Тривожність	ANX	59,07	0,67
Втрата волосся	HAIR	56,97	-
Сприйняття тіла	BI	39,78	-
Сухість у роті	DM	37,14	-
Біль у грудях і животі	PAIN	36,14	0,84
Рефлюкс	RFX	35,45	0,68
Обмеження в їжі	EAT	28,93	0,60
Проблеми зі смаком	TA	23,68	-
Дисфагія	DYS	19,71	0,68

Один із симптомів, на який часто скаржаться пацієнти – це втрата волосся, при РШ дана субшкала склала 56,97 балів за 100-бальною шкалою. Також має місце негативна самооцінка тіла пацієнта, певна когорта респондентів зазначала, що відчують себе менш фізично привабливими внаслідок захворювання чи його

лікування. На пункт «Сприйняття тіла» припадає 39,78 балів зі 100 можливих.

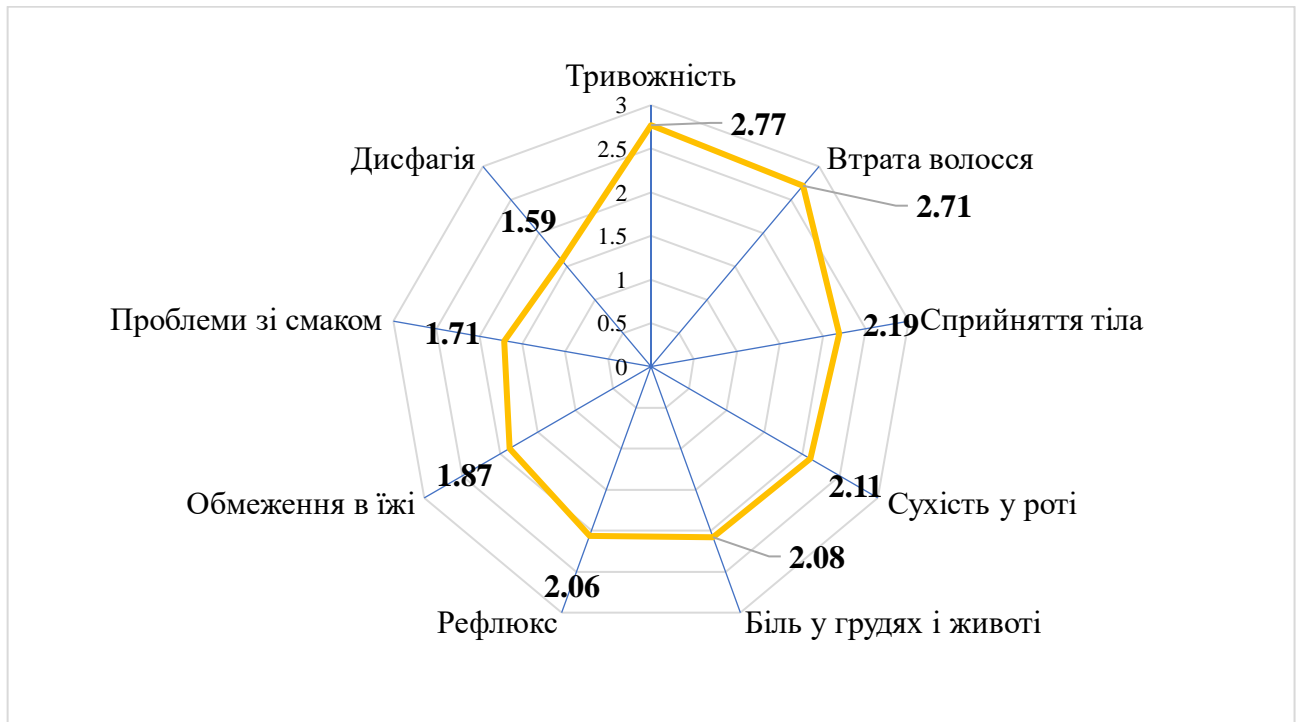


Рис. 4.6. Середній бал показників за шкалою симптомів QLQ-STO22 у пацієнтів з РШ

Найнижчі бали за шкалою симптомів QLQ-STO22 припадають на сухість у роті, біль у грудях і животі, рефлюкс, обмеження в їжі, проблеми зі смаком, дисфагію. Згідно з даними опитувальника пункт «Сухість у роті» дорівнює 37,14 балів за 100-бальною шкалою, що незначно перевищує показник 36,14 балів зі 100 можливих, що припадає на субшкалу «Біль у грудях і животі». Даний симптом пацієнти описують за запитаннями опитувальника про неприємні відчуття під час їжі, біль у верхній частині живота, здуття [280].

В меншому ступені пацієнтів з РШ турбував рефлюкс. Ця субшкала складає 35,45 балів за 100-бальною шкалою. До даного пункту входять запитання щодо дискомфорту, викликаного закидами жовчі/і кислоти, відрижкою, печією.

На пункт «Обмеження в їжі» припадає 28,93 бали за 100-бальною шкалою. Дана субшкала містить запитання про відчуття наповненості шлунку надто швидко після початку їжі, дискомфорт їсти в присутності інших людей, отримувати задоволення

від їжі.

На показник за шкалою симптомів QLQ-STO22 «Проблеми зі смаком» припадає 23,68 балів за 100-бальною шкалою. Пацієнтів запитували чи відчували вони смак їжі та напоїв по-іншому, не так як зазвичай.

Найменший дискомфорт для пацієнтів з РШ, згідно з отриманими нами даних, складає дисфагія. Бали за 100-бальною шкалою дорівнюють 19,71. Запитання даної субшкали стосуються труднощів при вживанні твердої /чи перетертої/ чи м'якої їжі, також напоїв та загального дискомфорту під час їжі.

За опитувальником QLQ-STO22 хорошими значеннями показників внутрішньої узгодженості характеризувалась лише шкала «Біль у грудях і животі» – альфа Кронбаха становило 0,84, що відповідає високій узгодженості. Інші шкали опитувальника QLQ-STO22 характеризувалися значенням альфа Кронбаха на рівні сумнівної внутрішньої узгодженості в діапазоні 0,60-0,68.

4.3 Оцінка якості життя пацієток з раком молочної залози

Згідно з отриманими результатами, якість життя GLOBAL HEALTH STATUS/QoL, у пацієток з РМЗ склала 53,22 бали за 100-бальною шкалою. Варто зазначити що відповіді респондентів були однотиповими, про що вказує висока узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та становить 0,87.

Встановлено, що згідно з даними опитувальника у рамках функціональної шкали QLQ-C30 всі продемонстровані показники були вищими за 50 балів зі 100 можливих. Найнижчі показники виявлено у пункті шкали «Рольове функціонування», що склали відповідно 70,48 балів за 100-бальною шкалою (табл. 4.7) та середній бал дорівнює $1,89 \pm 0,88$ (рис. 4.7). До цієї групи входять запитання щодо обмеження у виконанні своєї роботи, повсякденних справ, заняттях хобі чи дозвіллям [49, 281].

Деякі кращі показники продемонстровані у пункті шкали «Емоційне функціонування», які склали 71,26 балів за 100-бальною шкалою. Такий результат може свідчити про значний негативний вплив на психоемоційний фон пацієток, важливу роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності жінки з РМЗ.

Вірогідно, пригнічення психоемоційного компоненту, зумовлене усвідомленням важкого захворювання, тривалим лікуванням, загрозою смерті, зміною самооцінки, несприйняттям та зміною звичних еталонів та цінностей, дисонансом із звичними стереотипами поведінки, набутими впродовж життя.

Таблиця 4.7

Бали за функціональною шкалою QLQ-C30

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Рольове функціонування	RF2	70,48	0,84
Емоційне функціонування	EF	71,26	0,76
Фізичне функціонування	PF2	75,60	0,81
Соціальне функціонування	SF	78,54	0,63
Когнітивне функціонування	CF	84,28	0,77

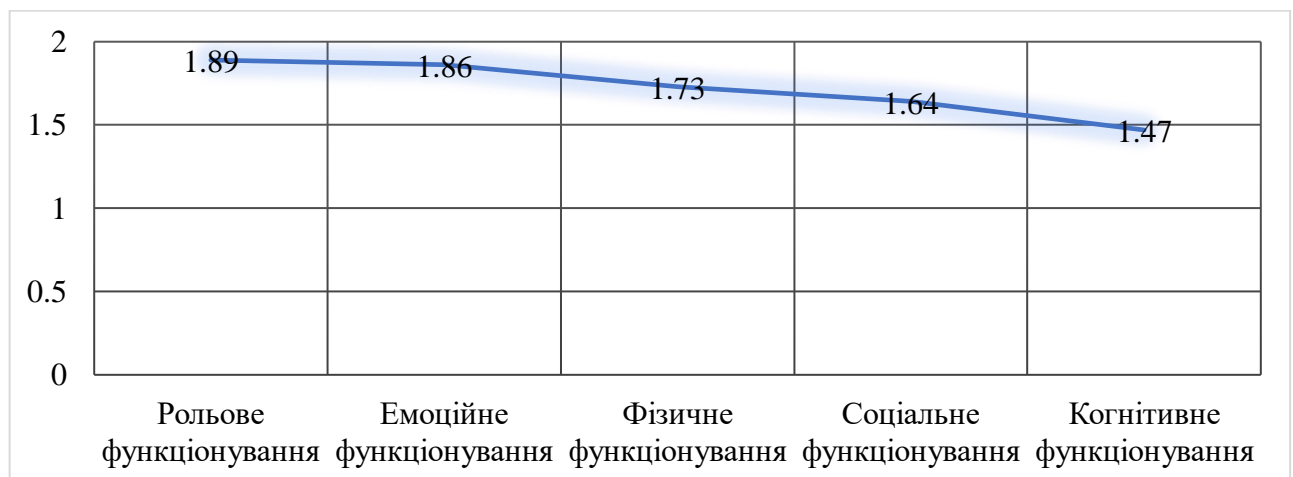


Рис. 4.7. Середній бал показників функціональної шкали QLQ-C30

Вищі показники отримані в пункті «Фізичне функціонування», бал за 100-бальною шкалою становить 75,60. Тож, притаманні фізичні проблеми, які обмежують життєдіяльність пацієнток. Їм сприяють наростання втоми, біль, порушення сну.

У згаданій шкалі серед інших субшкал найвищі результати отримані у

«Когнітивному функціонуванні» та «Соціальному функціонуванні», бал за 100-бальною шкалою склав 84,28 та 78,54 відповідно. Оскільки нижчими були показники «Соціального функціонування», тож в більшому ступені фізичний стан/лікування пацієнток вплинули на їх родинне життя та спілкування з людьми. Щодо когнітивного функціонування, то запам'ятовувати і зосереджуватися пацієнткам у порівнянні з іншими функціонуваннями, вдавалося краще.

Показник альфа Кронбаха для пунктів функціональної шкали QLQ-C30 перебував у діапазоні від 0,76 до 0,84, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнток, окрім пункту шкали «Соціальне функціонування», де значення було рівне 0,63, що відповідає сумнівній узгодженості.

Під час опитування за шкалою симптомів QLQ-C30 у хворих на РМЗ оцінювалися симптоми, такі як втома (FA), нудота та блювання (NV), біль (PA), порушення сну (SL), задишка (DY), втрата апетиту (AP), констипація (CO), діарея (DI). Також запитували про фінансові труднощі (FI). Як зображено на рисунку 4.8, найбільше турбували пацієнток саме фінансові труднощі, що виразилося у 44,19 балів за 100-бальною шкалою (табл. 4.8), середній бал склав $2,33 \pm 1,02$.

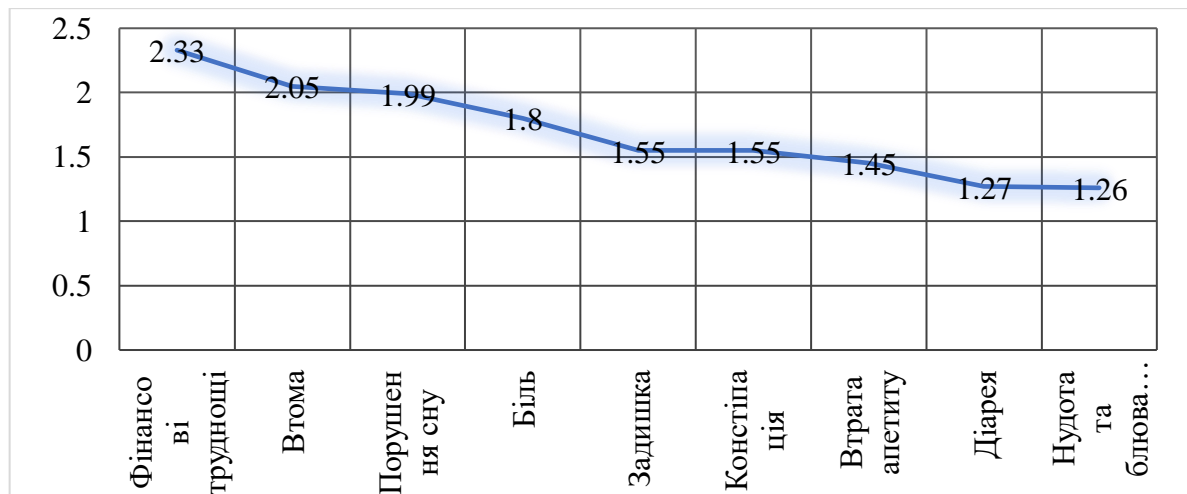


Рис. 4.8. Середній бал показників шкали симптомів QLQ-C30

У шкалі симптомів друге місце займає втома. Це один із найчастіших симптомів, що трапляються в пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями молочної залози, і значно впливає на якість життя. На неї припадає 35,16 зі 100 можливих балів.

Таблиця 4.8

Бали за шкалою симптомів QLQ-C30

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Фінансові труднощі	FI	44,19	-
Втома	FA	35,16	0,80
Порушення сну	SL	33,00	-
Біль	PA	26,64	0,74
Задишка	DY	18,46	-
Констипація	CO	18,17	-
Втрата апетиту	AP	15,12	-
Діарея	DI	9,15	-
Нудота та блювання	NV	8,70	0,84

Також пацієнтки скаржилися на порушення сну, що відповідає 33,00 балам за 100-бальною шкалою. В меншому ступені пацієнок турбували біль та задишка, з кількістю балів 26,64 та 18,46 за 100-бальною шкалою відповідно.

Найнижчі бали за оцінкою даних опитувальника належать проблемам ШКТ, які турбували пацієнок в меншій мірі: констипація (18,17 балів за 100-бальною шкалою), втрата апетиту (15,12 балів), діарея (9,15 балів), нудота та блювання (8,70 балів).

Показник альфа Кронбаха для пунктів за шкалою симптомів QLQ-C30 перебував у діапазоні від 0,74 до 0,84, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнок.

РМЗ може спричинювати виникнення у пацієнок сімейних, побутових, професійних та інших проблем, відрив від звичного оточення, втрату соціального статусу. Значення таких проблем визначається суб'єктивно. Пацієнтки стикаються з проблемою адаптації до нових умов життя [49, 281].

Молочна залоза здавна сприймається як символ краси і жіночності. Вірогідно, це один із факторів, що викликають дискомфорт у жінок, постійне емоційне напруження, це «косметичний» фактор, через який страждає самооцінка, та такий, що впливає на відчуття втрати привабливості та жіночої сексуальності. Саме пункт шкали «Сексуальне функціонування», згідно з даними опитувальника QLQ-BR45, продемонстрував найнижчі показники у 16,06 балів зі 100 можливих (табл. 4.9).

Показники у субшкалі «Сексуальне задоволення» становили 18,16 балів.

Невисокими виявилися результати щодо «Майбутніх перспектив», середнє значення склало $3,07 \pm 0,88$ (рис. 4.9), що відповідає 30,95 балам за 100-бальною шкалою. Зрозуміло, що це передусім зумовлено усвідомленням небезпеки для життя, адже РМЗ потенційно смертельне захворювання, що провокує у пацієток посилення депресивних реакції та психологічні проблеми.

В певному ступені вищими були показники субшкали «Задоволення грудьми», на неї припало 55,50 балів за 100-бальною шкалою. Запитання опитувальника стосувалися задоволення косметичним результатом операції та виглядом шкіри ураженої молочної залози.

Таблиця 4.9

Бали за функціональною шкалою QLQ-BR45

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Сексуальне функціонування	SX	16,06	0,94
Сексуальне задоволення	SE	18,16	-
Майбутні перспективи	FU	30,95	-
Задоволення грудьми	BS	55,50	0,89
Сприйняття тіла	BI	63,85	0,87

Найвищими у функціональній шкалі QLQ-BR45 були показники пункту «Сприйняття тіла», вони склали 63,85 балів з можливих 100 балів. Запитання стосувалися сприйняття пацієтками своєї привабливості і жіночності, задоволеності своїм тілом.

Пацієтки були одностайні у відповідях на запитання в рамках пункту «Сексуальне функціонування», альфа Кронбаха дорівнює 0,94, що свідчить про дуже високу узгодженість. У інших пунктах функціональної шкали QLQ-BR45 показник альфа Кронбаха дорівнював 0,89 та 0,87, що свідчить про високу узгодженість

відповідей пацієнок.

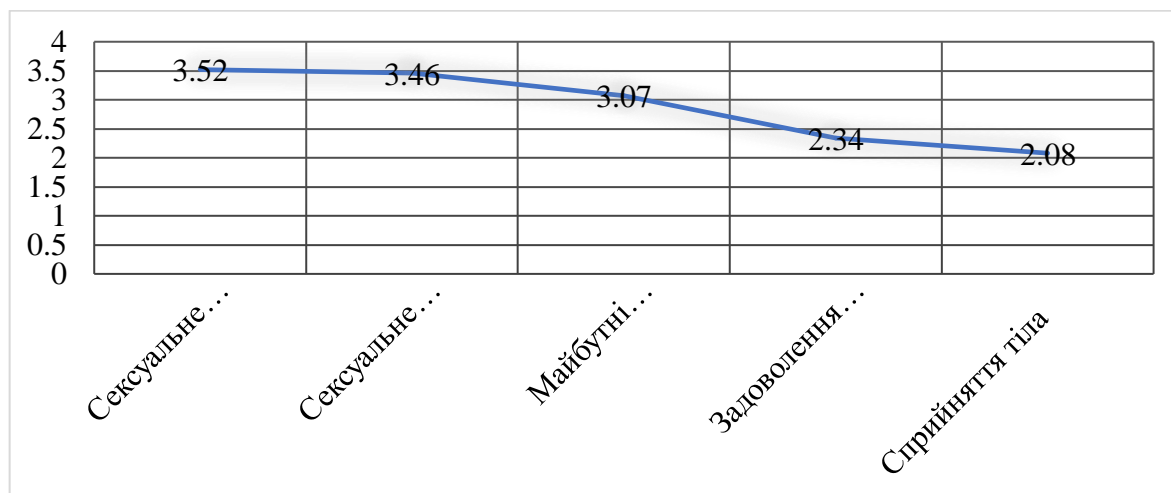


Рис. 4.9. Середній бал показників функціональної шкали QLQ-BR45

В опитувальнику «QLQ-BR45, шкала симптомів» серед усіх симптомів виділяється своїм максимальним показником серед інших пункт «Турбування щодо втрати волосся». На нього припадає 43,41 бали за 100-бальною шкалою (табл. 4.10, рис. 4.10).

Таблиця 4.10

Бали за шкалою симптомів QLQ-BR45

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Турбування щодо втрати волосся	HU	43,41	-
Симптоми верхніх кінцівок	ARM	28,06	0,73
Побічні ефекти терапії	SYS	24,62	0,72
Симптоми залоз	BR	22,97	0,77
Симптоми гормональної терапії	ET	21,40	0,86
Симптоми слизової та шкіри	SM	14,07	0,77
Симптоми статевих гормонів	ES	7,46	0,66

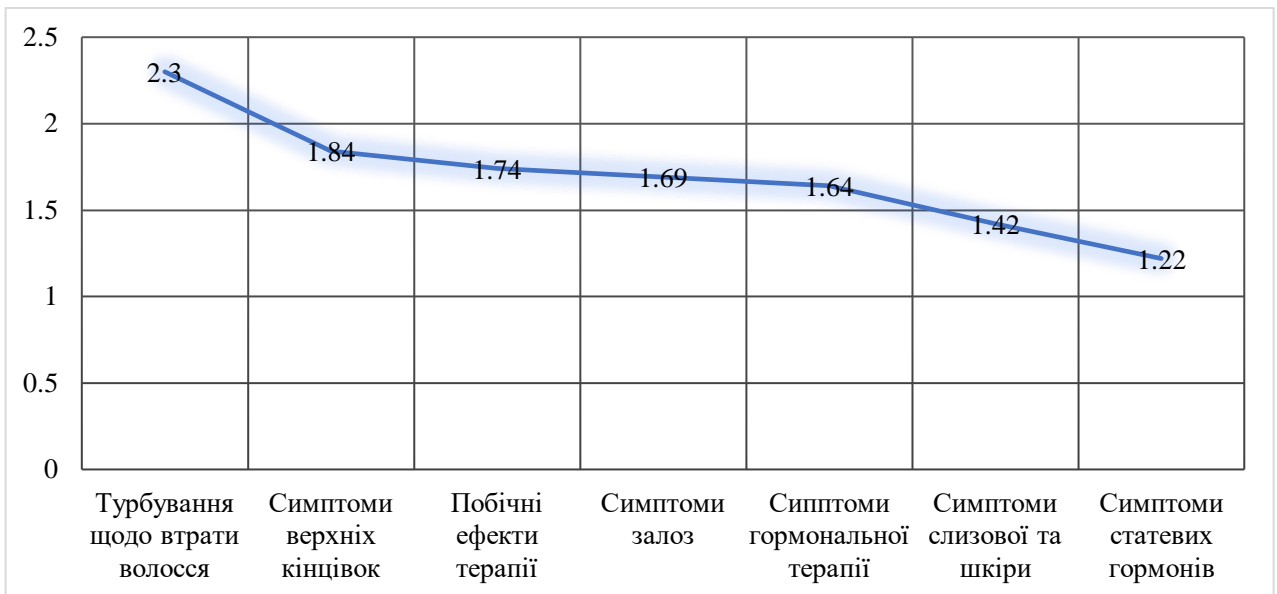


Рис. 4.10. Середній бал показників шкали симптомів QLQ-BR45

Дещо нижчим був показник «Симптоми верхніх кінцівок», що дорівнює 28,06 балів за 100-бальною шкалою. До цього пункту входять запитання щодо руху руки, болю у руці, плечі, кисті.

Також пацієнок турбували побічні ефекти терапії, бал за даним пунктом склав 24,62 за 100-бальною шкалою. В меншому ступені турбували «Симптоми залоз», на цю субшкалу припало 22,97 балів зі 100. Даний пункт описує проблеми зі шкірою (свербіння, сухість, лущення), припухлість, надчутливість у ділянці хворої молочної залози або навколо неї.

Встановлено 21,40 балів за 100-бальною шкалою для «Симптомів гормональної терапії». До цього пункту відноситься надмірна пітливість, зміни настрою пацієнок, запаморочення, скутість та біль в суглобах, біль в м'язах і кістках, проблеми зі збільшенням ваги. На субшкалу «Симптоми слизової та шкіри» припало 14,07 балів за 100-бальною шкалою. У даній категорії пацієнтки скаржилися на оніміння, поколювання, почервоніння шкіри рук/ніг, почервоніння і болючість у роті. В найменшому ступені турбували «Симптоми статевих гормонів», запитання стосувалися дискомфорту та болю під час статевого акту, бал за 100-бальною шкалою дорівнює 7,46 [49, 281].

Показник альфа Кронбаха пунктів за шкалою симптомів QLQ-BR45 перебував

у діапазоні від 0,72 до 0,86, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнток, окрім показника шкали «Симптоми статевих гормонів», де альфа Кронбаха становить 0,66, що відповідає сумнівній узгодженості.

4.4 Оцінка якості життя пацієнтів з раком простати

Згідно з отриманими результатами, якість життя GLOBAL HEALTH STATUS/QoL, у пацієнтів з РП склала 52,31 балів за 100-бальною шкалою. Варто зазначити що відповіді респондентів були однотиповими, про що вказує дуже висока узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та становить 0,93.

Згідно з даними опитувальника у рамках функціональної шкали QLQ-C30 серед інших субшкал найгірші показники припали на субшкалу «Рольове функціонування», які склали 65,44 балів за 100-бальною шкалою (табл. 4.11), а середній бал становить $2,04 \pm 0,88$ (рис. 4.11). До даного пункту шкали входили запитання щодо обмеження пацієнта при виконанні своєї роботи, повсякденних справ, а також обмеження у заняттях хобі чи інших видах дозвілля [284].

Таблиця 4.11

Результати опитування за функціональною шкалою QLQ-C30 у пацієнтів з РП

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Рольове функціонування	RF2	65,44	0,71
Емоційне функціонування	EF	69,70	0,85
Фізичне функціонування	PF2	70,31	0,82
Соціальне функціонування	SF	74,12	0,75
Когнітивне функціонування	CF	77,11	0,71

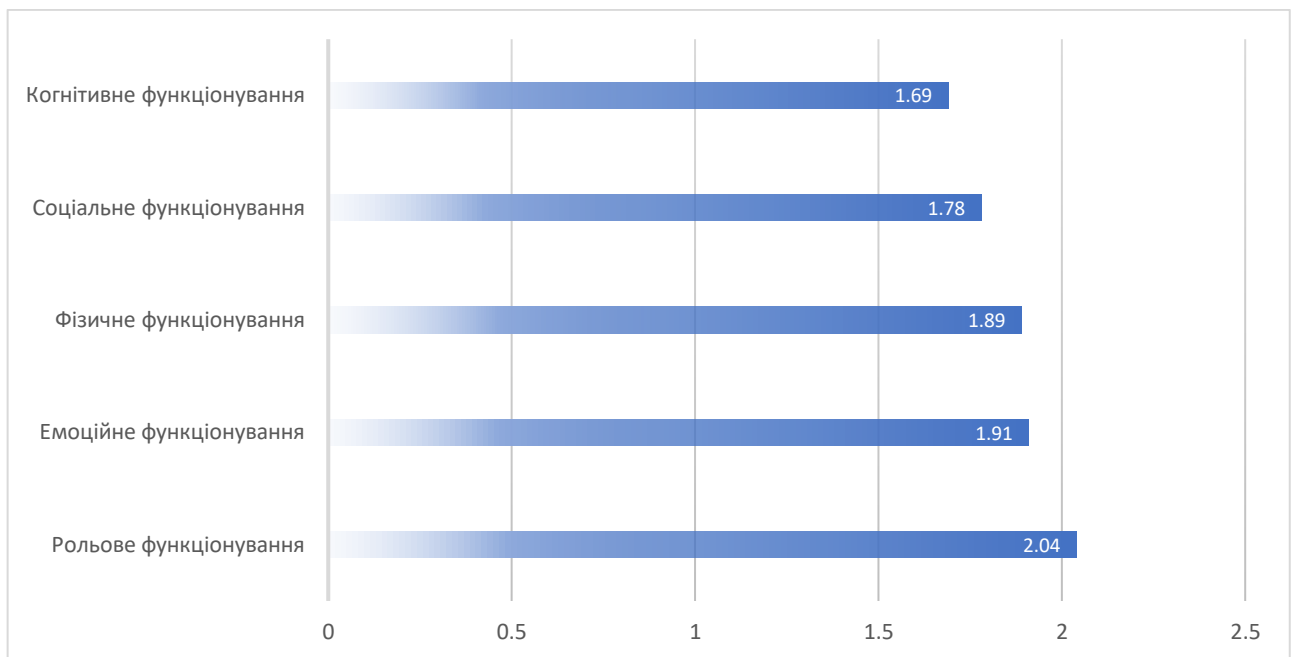


Рис. 4.11. Середній бал показників функціональної шкали QLQ-C30 у пацієнтів з РП

У порівнянні з попередніми пунктами бал у субшкалі «Емоційне функціонування» дещо вищий та складає 69,70 зі 100 можливих. Дана субшкала об'єднує запитання про напруження, тривогу, роздратування, пригнічення пацієнта з РП.

Дещо кращим був результат субшкали «Фізичне функціонування», бал за 100-бальною шкалою складає 70,31, відповідно до даних опитувальника пацієнтам важче виконувати напружену фізичну роботу, прогулюватися пішки довий/короткий проміжок часу, нести важкі валізи, ряд пацієнтів залишалися в ліжку або кріслі протягом дня чи/та вони потребували допомоги під час їжі, одягання, здійснення гігієнічних процедур, що у свою чергу впливає на самооцінку пацієнта, його емоційний фон.

На пункт «Соціальне функціонування» припадає 74,12 бали за 100-бальною шкалою. До даного пункту шкали входили запитання про обмеження та дискомфорт у родинному житті та у спілкуванні з людьми, що пов'язано з фізичним станом пацієнта чи його лікуванням [284].

Найкращі показники у функціональній шкалі QLQ-C30 припали на «Когнітивне

функціонування», бал за 100-бальною шкалою склав 77,11. Це свідчить про те, що більшість пацієнтів не мали труднощів зі зосередженням та запам'ятовуванням, наприклад, при читанні газети або перегляді телепередачі.

Загалом, показник альфа Кронбаха по функціональній шкалі QLQ-C30 у пацієнтів з РП перебував у діапазоні від 0,71 до 0,85, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів.

Найгірші результати припали на пункт шкали симптомів QLQ-C30 «Втома», середній бал складає $2,46 \pm 0,87$ (рис. 4.12).

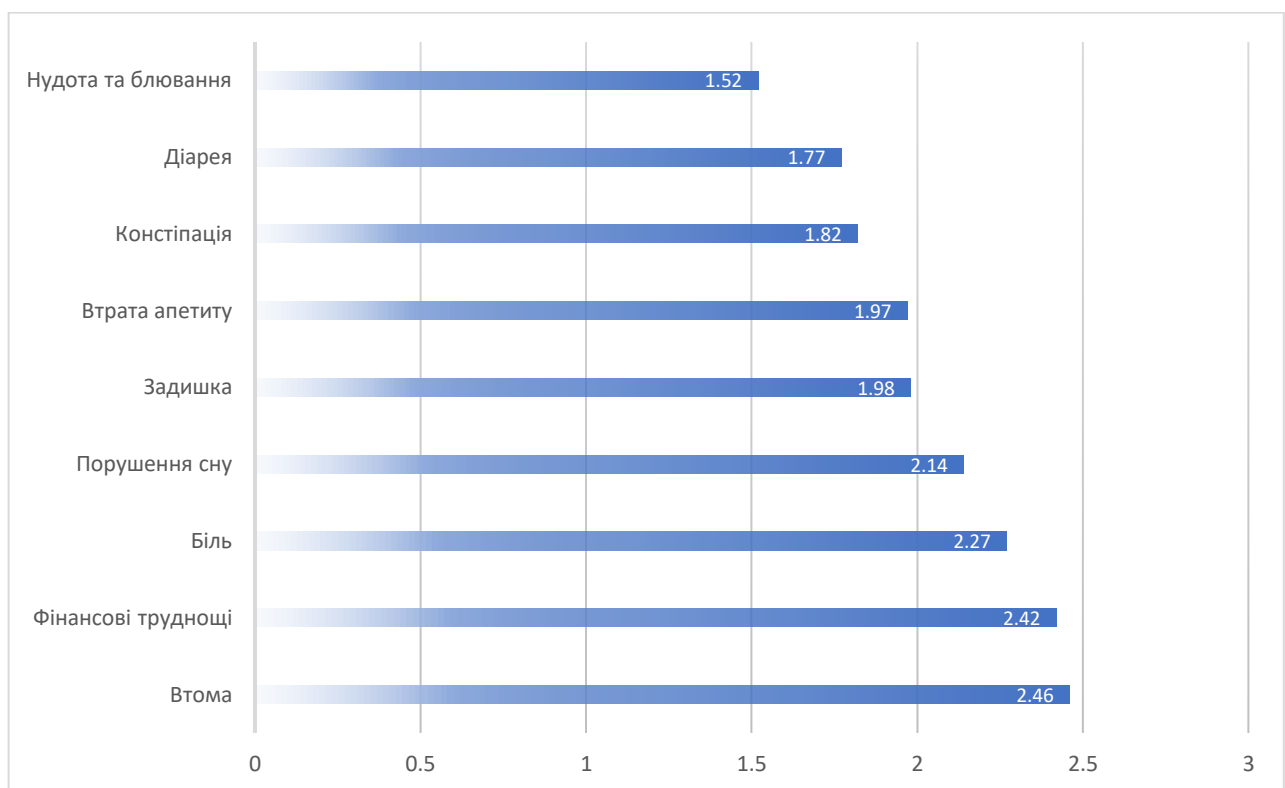


Рис. 4.12. Середній бал показників за шкалою симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з РП

Бал за 100-бальною шкалою за цим пунктом дорівнює 48,58 (табл. 4.12). Наявність втоми значно впливає на якість життя, цей симптом часто турбує пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями та відображається на фізичному і психологічному стані. Як захворювання, так і терапія впливають на якість життя у всіх її вимірах, зокрема на прояв частій втоми пацієнта.

Таблиця 4.12

Результати опитування за шкалою симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з РП

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Втома	FA	48,58	0,89
Фінансові труднощі	FI	47,30	-
Біль	PA	42,48	0,76
Порушення сну	SL	37,91	-
Задишка	DY	32,60	-
Втрата апетиту	AP	32,27	-
Констипація	CO	27,44	-
Діарея	DI	25,53	-
Нудота та блювання	NV	17,46	0,77

Відповідно до результатів опитування в меншому ступені турбують пацієнтів з РП фінансові труднощі - 47,30 балів за 100-бальною шкалою. Загалом, при опитуванні пацієнтів з найпоширенішими видами раку, цей показник досить високий і очолює субшкали шкали симптомів QLQ-C30.

Третє місце у результатах опитування за шкалою симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з РП належить пункту «Біль». Він складає 42,48 балів за 100-бальною шкалою. Якщо пухлина проростає за межі капсули передміхурової залози, то з'являються болі в промежині і в області лобка або над лобковою кісткою. Біль в спині (особливо часто в попереку), ногах, грудях можуть проявлятися як перші ознаки, характерні для метастазів, при цьому інтенсивність болю у пацієнтів різна. Існує тісний зв'язок між суб'єктивною оцінкою пацієнтом якості життя та болем, що значно ускладнює повсякденну діяльність. Це свідчить про необхідність постійного моніторингу та зняття болю, безпосередньо пов'язаного з раком, та методів його лікування.

На пункт «Порушення сну» згідно одержаних даних припало 37,91 балів за 100-бальною шкалою. Вплив на даний пункт має часте нічне сечовипускання як один із можливих симптомів РП. Відповідно до результатів опитування в меншій мірі пацієнтів з РП турбує задишка, що визначилось у 32,60 бали за 100-бальною шкалою.

Практично співмірним з попереднім пунктом є показник субшкали «Втрата апетиту». Він склав 32,27 бали за 100-бальною шкалою. У онкологічних пацієнтів може розвиватися відразу до їжі, інверсія смаку. Як наслідок при порушенні харчування значно підвищується ризик розвитку ускладнень хіміо- та променевої терапії, а також післяопераційних ускладнень.

На пункт «Констипація» згідно з одержаними даними припало 27,44 балів за 100-бальною шкалою. В меншому ступені пацієнтів з РП турбувала діарея, показник цієї субшкали шкали симптомів QLQ-C30 склав 25,53 балів.

Найменше турбували пацієнтів з РП згідно з результатами дослідження опитувальника QLQ-C30, шкала симптомів нудота та блювання. Бал в опитувальнику для цього пункту склав 17,46 за 100-бальною шкалою.

Показник альфа Кронбаха у QLQ-C30, шкала симптомів перебував у діапазоні від 0,76 до 0,89, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів.

Якість життя пацієнта з РП залежить від стадії лікування раку, типу терапії чи значного погіршення стану здоров'я на останній стадії захворювання.

Модуль EORTC QLQ-PR25 для РП доступний з середини 2006 р. Опитувальник QLQ-PR25 – додаткова анкета, що містить чотири шкали симптомів, які представляють основний інтерес для оцінки якості життя пацієнтів з РП. Це симптоми, що стосуються дефекації, сечовипускання, лікування та сексуальності.

Найгірший показник та найвищий бал шкали симптомів QLQ-PR25 припав на субшкалу «Симптоми сечовидільної системи» і складає 38,54 балів зі 100 можливих балів (табл. 4.13), середній бал дорівнює $2,16 \pm 0,94$ (рис. 4.13).

До цієї субшкали входять запитання щодо частоти сечовипускання протягом дня та ночі, щодо відчуття болю при сечовипусканні, також пацієнтів запитували чи обмежували урологічні проблеми їх повсякденну діяльність, чи було їм складно

вийти з дому, оскільки відчували потребу бути поблизу туалету.

Таблиця 4.13

Результати опитування за шкалою симптомів QLQ-PR25 у пацієнтів з РП

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Симптоми сечовидільної системи	URI	38,54	0,91
Нетримання сечі	AID	34,90	-
Симптоми гормональної терапії	HTR	26,83	0,61
Симптоми кишківника	BOW	23,25	0,78

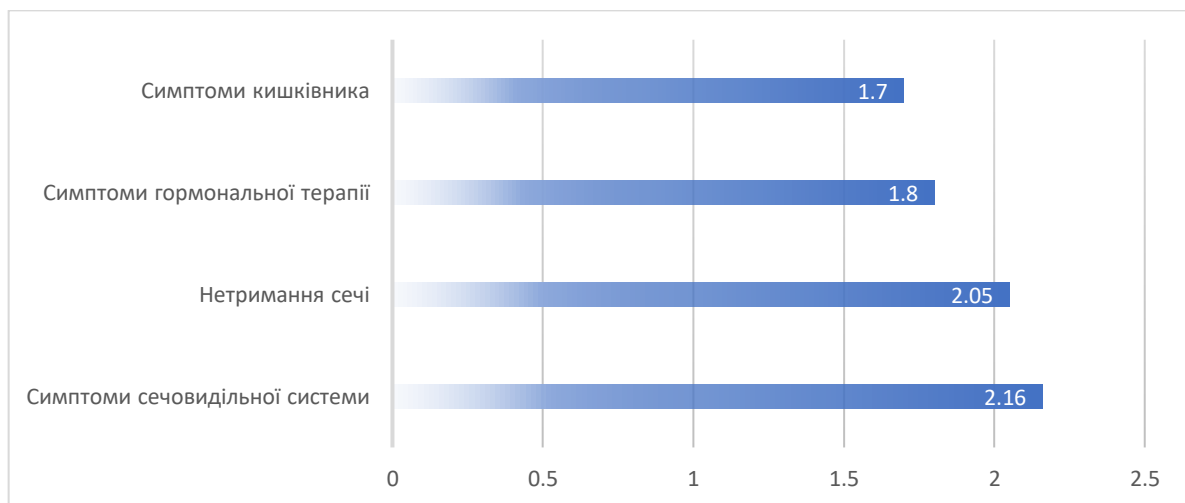


Рис. 4.13. Середній бал показників за шкалою симптомів QLQ-PR25 у пацієнтів з РП

Дещо кращі показники припадають на пункт «Нетримання сечі», бал дорівнює 34,90 за 100-бальною шкалою. До цього пункту шкали запитують чи мали пацієнти зі сечоприймачем проблеми через його носіння.

В меншому ступені пацієнтів турбували приливи жару, болючі або збільшені соски чи груди, опухання ніг чи щиколоток, проблеми втрати/набирання ваги. На пункт «Симптоми гормональної терапії» шкали симптомів QLQ-PR25 у пацієнтів з

РП припадає 26,83 балів за 100-бальною шкалою.

Згідно одержаних результатів найкращі показники встановлені у субшкалі «Симптоми кишківника», бал складає 23,25 зі 100 можливих. До даної субшкали входять запитання про відчуття здуття живота, кров у випорожненнях, мимовільне випорожнення кишківника та звісно про те чи обмежували проблеми з кишківником повсякденну діяльність пацієнта.

Загалом, показник альфа Кронбаха по шкалі симптомів QLQ-PR25 перебував у діапазоні від 0,78 до 0,91, що свідчить про достатню та дуже високу узгодженість відповідей пацієнтів. Лише у субшкалі «Симптоми гормональної терапії» він дорівнював 0,61, що відповідає сумнівній узгодженості відповідей пацієнтів.

До складу функціональної шкали QLQ-PR25 у пацієнтів з РП входить дві субшкали: «Сексуальна активність» та «Сексуальна функція». Гірші результати з показником у 32,22 бали за 100-бальною шкалою (табл. 4.14) та середнім балом $3,03 \pm 0,91$ (рис. 4.14) одержано у субшкалі «Сексуальна активність».

Таблиця 4.14

Результати опитування за функціональною шкалою QLQ-PR25 у пацієнтів з РП

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Сексуальна активність	SAC	32,22	0,82
Сексуальна функція	SFU	52,78	0,88

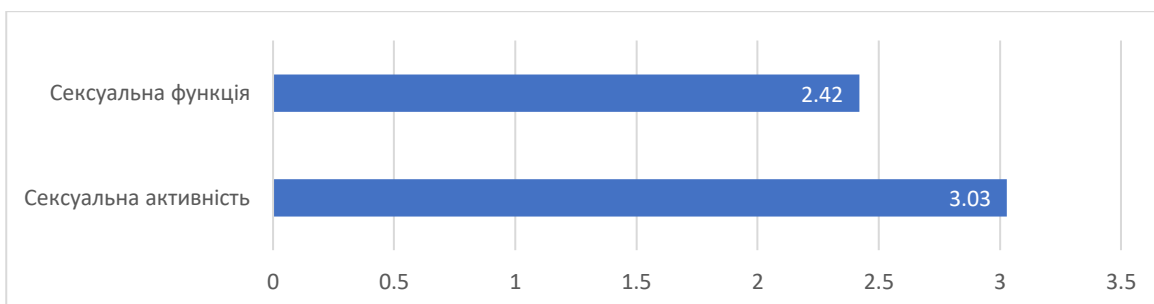


Рис. 4.14. Середній бал показників за функціональною шкалою QLQ-PR25 у пацієнтів з РП

До цього пункту функціональної шкали QLQ-PR25 входять запитання чи пацієнта цікавив секс та наскільки пацієнт був сексуально активним.

Кращим показником характеризується субшкала «Сексуальна функція». На неї припадає 52,78 балів за 100-бальною шкалою. До даного пункту входять запитання про труднощі, проблеми з ерекцією та еякуляцією, також чи почувався пацієнт незручно з приводу статевої близькості та загалом наскільки приємним був для нього секс [284].

Показник альфа Кронбаха по функціональній шкалі QLQ-PR25 перебував у діапазоні від 0,82 до 0,88, що свідчить про високу узгодженість відповідей пацієнтів.

4.5 Порівняльний аналіз якості життя пацієнтів з раком легень, шлунку, молочної залози та простати за опитувальником EORTC QLQ- C30

У рамках дослідження якості життя пацієнтів з найпоширенішими видами раку: РЛ, РШ, РП та РМЗ згідно з отриманими результатами, найгірший показник Global Health Status/QoL (GHS) встановлено для пацієнтів з РЛ – 49,12 балів за 100-бальною шкалою (табл. 4.15) [283]. Дещо кращі результати GHS одержані для пацієнтів з РШ, де аналогічний бал дорівнює 51,80. Вищі показники GHS описані для пацієнтів з РП, бал складає 52,31. Найкращі дані продемонстровані для пацієнок з РМЗ, бал за 100-бальною шкалою становить 53,22.

Варто зазначити що відповіді респондентів були однотиповими, про що вказує достатня та дуже висока узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та перебуває в діапазоні 0,78-0,93.

Відповідно до одержаних даних опитувальника у рамках функціональної шкали QLQ-C30, у субшкалі «Рольове функціонування» серед результатів пацієнтів з найпоширенішими видами раку найгірші показники припадають на пацієнтів з РЛ та складають 63,82 балів за 100-бальною шкалою. В певному ступені кращі результати отримано у пацієнтів з РП, бал дорівнює 65,44 за 100-бальною шкалою. У пацієнтів з РШ результат у субшкалі «Рольове функціонування» вищий за результат пацієнтів з

РП та складає 68,86 балів. Серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку найкращі показники припадають на пацієток РМЗ. Загалом, в даному пункті функціональної шкали QLQ-C30 є запитання про обмеження пацієнта при виконанні своєї роботи, повсякденних справ, а також обмеження у заняттях хобі чи інших видах дозвілля [50].

Таблиця 4.15

**Результати показник Global Health Status /QoL для пацієнтів з
найпоширенішими видами раку**

Види раку	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Рак легень (n=411)	49,12	0,93
Рак шлунку (n=404)	51,80	0,78
Рак простати (n=408)	52,31	0,93
Рак молочної залози (n=400)	53,22	0,87

Показник альфа Кронбаха для пункту «Рольове функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 перебуває у діапазоні від 0,71 до 0,85, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів (табл. 4.16).

У пункті «Фізичне функціонування», функціональної шкали QLQ-C30 серед результатів пацієнтів з найпоширенішими видами раку найгірші показники припадають на пацієнтів з РЛ – 66,67 балів за 100-бальною шкалою.

Дещо кращі дані одержано у пацієнтів з РП та РІІ, вони були практично співмірними і склали 70,31 та 70,42 відповідно. Найкращі результати припадають на пацієток з РМЗ, бал за 100-бальною шкалою складає 75,60.

Показник альфа Кронбаха у субшкалі «Фізичне функціонування» функціональній шкалі QLQ-C30 у пацієнтів з РЛ перебуває у діапазоні від 0,81 до 0,83, що свідчить про високу узгодженість відповідей пацієнтів.

Пункт «Емоційне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку об'єднує запитання про напруження, тривогу, роздратування, пригнічення пацієнта.

Таблиця 4.16

Бали за функціональною шкалою QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку

Види раку	Рак легень (n=411)	Рак простати (n=408)	Рак шлунку (n=404)	Рак молочної залози (n=400)
Рольове функціонування				
Бал за 100-бальною шкалою	63,82	65,44	68,86	70,48
& Кронбаха	0,85	0,71	0,81	0,84
Фізичне функціонування				
Бал за 100-бальною шкалою	66,67	70,31	70,42	75,6
& Кронбаха	0,83	0,82	0,82	0,81
Емоційне функціонування				
Бал за 100-бальною шкалою	67,47	69,70	59,62	71,26
& Кронбаха	0,89	0,85	0,86	0,76
Когнітивне функціонування				
Бал за 100-бальною шкалою	78,8	77,11	76,65	84,28
& Кронбаха	0,68	0,71	0,31	0,77
Соціальне функціонування				
Бал за 100-бальною шкалою	76,83	74,12	66,42	78,54
& Кронбаха	0,84	0,75	0,74	0,63

Найгірші показники за даною субшкалою припадають на пацієнтів з РШ бал за 100-бальною шкалою дорівнює 59,62. Кращі показники продемонстровані у результатах пацієнтів з РЛ з балом рівним 67,47. На два бали вищі показники у даних одержаних у пацієнтів з РП, показник складає 69,70 балів. Найкращий результат у

субшкалі «Емоційне функціонування» серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадає на пацієток з РМЗ – 71,26.

Альфа Кронбаха по функціональній шкалі QLQ-C30 у пункті «Емоційне функціонування» серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку знаходиться в межах від 0,76 до 0,89, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів.

Найнижчі показники у субшкалі «Когнітивне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадають на РШ. Бал за 100-бальною шкалою складає 76,65. Це свідчить про те, що більшість пацієнтів з РШ мали труднощі із запам'ятовуванням, зосередженням, до прикладу, при читанні газети або перегляді телепередачі. Практично співмірні результати одержано у пацієнтів з РП, бал 100-бальною шкалою становить 77,11. Кращі результати у даній субшкалі відповідають показникам пацієнтів з РЛ – 78,80 балів. У субшкалі «Когнітивне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку найкращі результати припадають на пацієток з РМЗ. Бал за 100-бальною шкалою рівний 84,28.

Слід зазначити, що для пункту «Когнітивне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з РП та РМЗ показник альфа Кронбаха перебуває у діапазоні від 0,71 до 0,77, що свідчить про достатню узгодженість відповідей пацієнтів; для пацієнтів з РЛ альфа Кронбаха дорівнює 0,68 (сумнівна узгодженість), для пацієнтів з РШ він становить 0,31, що відповідає низькій узгодженості відповідей пацієнтів.

Субшкала «Соціальне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку об'єднує запитання щодо обмеження та дискомфорту у родинному житті та у спілкуванні з людьми, що пов'язано з фізичним станом пацієнта чи його лікуванням. Найнижчі показники припадають на пацієнтів з РШ, бал становить 66,42 зі 100 можливих. Вищі показники в даній субшкалі у пацієнтів з РП, вони становлять 74,12 балів за 100-бальною шкалою. Майже на 2 бали краще результати у пацієнтів з РЛ і становлять 76,83 балів за 100-бальною шкалою. Найкращі дані у субшкалі «Соціальне функціонування» та загалом у функціональній

шкалі QLQ-C30 належать пацієнткам з РМЗ, показник становить 78,54 балів зі 100 можливих.

Варто зазначити, що відповіді респондентів були однотиповими, про що вказує достатня та висока узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та перебуває в діапазоні 0,74-0,84. Лише для пацієнтів з РМЗ альфа Кронбаха становить 0,63, що свідчить про сумнівну узгодженість.

Відповідно до результатів опитування субшкали «Фінансові труднощі» шкали симптомів QLQ-C30 серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку найбільше балів припадає на пацієнтів з РШ, бал за 100-бальною шкалою складає 57,18 (табл. 4.17). Пацієнтів з РЛ фінансові труднощі турбують в меншому ступені, що визначилось у 50,16 балів за 100-бальною шкалою.

Кращі результати в даній субшкалі демонструють пацієнти з РП, бал дорівнює 47,30 зі 100 можливих. Найменший бал і найкращий результат відповідно в 44,19 бали за 100-бальною шкалою в субшкалі «Фінансові труднощі» шкали симптомів QLQ-C30 серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадає на пацієток з РМЗ [50].

Найгірші результати пункту «Втома» (FA) шкали симптомів QLQ-C30 припали на пацієнтів з РЛ з показником 50,15 балів за 100-бальною шкалою.

Результати одержані для пацієнтів з РШ дуже подібні за балами до результатів пацієнтів з РЛ та складають 50,12 балів зі 100 можливих. До пункту «Втома» відносяться запитання про потребу пацієнта у відпочинку та про відчуття пацієнтом слабкості. Нижчим одержаний показник для пацієнтів з РП, він становить 48,58 балів за 100-бальною шкалою. Найкращий показник у субшкалі «Втома» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадає на пацієнтів з РМЗ з результатом 35,16 балів зі 100 можливих.

Всі відповіді респондентів пункту «Втома» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку були однотиповими, про що вказує достатня та висока узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та перебуває в діапазоні 0,77-0,89.

Таблиця 4.17

**Результати шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з
найпоширенішими видами раку**

	Рак молочної залози (n=400)	Рак простати (n=408)	Рак легень (n=411)	Рак шлунку (n=404)
Фінансові труднощі (FI)	44,19	47,30	50,16	57,18
Втома (FA)	35,16	48,58	50,15	50,12
Задишка (DY)	18,46	32,60	47,97	31,76
Порушення сну (SL)	33,00	37,91	47,51	40,69
Біль (PA)	26,64	42,48	43,41	44,10
Констипація (CO)	18,17	27,44	24,33	34,99
Втрата апетиту (AP)	15,12	32,27	37,72	37,62
Діарея (DI)	9,15	25,53	14,26	35,64
Нудота та блювання (NV)	8,70	17,46	23,83	27,97

Згідно з одержаними даними опитування субшкали «Задишка» шкали симптомів QLQ-C30 серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку найбільше балів припадає на пацієнтів з РЛ, бал за 100-бальною шкалою складає 47,97. Прогнозовано, що цей показник буде найвищий серед інших пацієнтів з РШ, РМЗ, РП саме для пацієнтів з РЛ, адже цей симптом характерний для цього виду раку. Зі значно нижчим показником у 32,6 балів кращий результат продемонстровано даними пацієнтів з РП. Практично співмірним до цих даних є результат у пацієнтів з РШ з показником 31,76 балів за 100-бальною шкалою. Найменше даний симптом турбує пацієнок з РМЗ, бал за 100-бальною шкалою складає 18,46.

Одним із важливих проявів втому, що негативно впливає на настрій пацієнта, його роботу, соціальні відносини та загалом знижує якість життя пацієнта є порушення сну. Відповідно до одержаних даних найбільше страждають від пункту «Порушення сну» шкали симптомів пацієнти з РЛ. Показник становить 47,51 балів за 100-бальною шкалою. Дещо кращі результати встановлено для пацієнтів з РШ. Бал за 100-бальною шкалою складає 40,69. Показник пацієнтів з РП нижчий та дорівнює 37,91 балів зі 100 можливих. Найкращі результати у субшкалі «Порушення сну» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадають на пацієток з РМЗ та становлять 33,00 бали за 100-бальною шкалою.

Ще один симптом, що потребує постійного моніторингу у пацієнтів з раком та ускладнює повсякденну діяльність є біль. Він в значній мірі впливає на якість життя пацієнта, часто пов'язаний зі страхами пацієнтів про втрату незалежності, свободи пересування, обмеження руху, поєднаний зі втомою. Згідно отриманих даних найбільше страждають від болю пацієнти з РШ. На цей пункт припадає 44,1 бали за 100-бальною шкалою. Дещо нижчими є показники по субшкалі «Біль» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з РЛ, які становлять 43,41 бали зі 100 можливих. Кращі результати одержані для пацієнтів з РП (42,48 бали). Найменше скарг за субшкалою «Біль» шкали симптомів QLQ-C30 порівняно з пацієнтами з РШ, РЛ та РП було у пацієток з РМЗ, бали за 100-бальною шкалою складають 26,64.

Відповіді респондентів у пункті «Біль» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку були однотиповими. Альфа Кронбаха пункту «Біль» знаходиться в межах від 0,76 до 0,89, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів.

Відповідно до одержаних результатів найвищі показники і відповідно найбільше труднощів з констипацією мали пацієнти з РШ, бал за 100-бальною шкалою для субшкалі «Констипація» шкали симптомів QLQ-C30 склав 34,99. В меншій мірі цей симптом турбував пацієнтів з РП, бал складає 27,44 зі 100 можливих. Кращий результат припав на пацієнтів з РЛ. Він становить 24,33 за 100-бальною шкалою. Найкращі показники у субшкалі «Констипація» (закреп) шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку знову припадають на пацієток з РМЗ.

Бал за 100-бальною шкалою складає 18,17.

У онкологічних пацієнтів часто розвивається відраза до їжі, викривлення смаку. В організмі пацієнта відбувається перебудова для максимального харчування пухлини, відбувається розпад жирової і м'язової тканини, неналежне використання енергії. Належне харчування для пацієнта хворого на рак є важливим компонентом видужання та значно впливає на якість життя пацієнта. При порушенні харчування пацієнтів підвищується ризик розвитку ускладнень хіміо- та променевої терапії, а також післяопераційних ускладнень.

Серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку у субшкалі «Втрата апетиту» шкали симптомів QLQ-C30 найгірший показник припадає на пацієнтів з РЛ та складає 37,72 бали за 100-бальною шкалою. Практично співмірним з ним є показник пацієнтів з РШ з результатом 37,62 зі 100 можливих. Дещо кращими даними характеризуються пацієнти з РП, бал за 100-бальною шкалою склав 32,27. Найкращий результат у субшкалі «Втрата апетиту» шкали симптомів QLQ-C30 серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку продемонстровано пацієнтками з РМЗ, 15,12 балів за 100-бальною шкалою.

Серед усіх субшкал шкали симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з найпоширенішими видами раку нижчі бали припадають на субшкалу «Діарея» та субшкалу «Нудота та блювання».

Найбільше турбує діарея пацієнтів з РШ (35,64 балів). Операція на шлунку, хіміотерапія мають величезний вплив на анатомію та фізіологію пацієнта, оскільки змінюють функції травлення та, як наслідок, діарею. 25,53 балів за 100-бальною шкалою припадає на пункт «Діарея» у пацієнтів з РП. Кращі результати продемонстровані пацієнтами з РЛ – 14,26 балів зі 100 можливих. Найкращі результати у субшкалі «Діарея» шкали симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з найпоширенішими видами раку отримані в пацієток з РМЗ та складають 9,15 балів за 100-бальною шкалою.

У субшкалі «Нудота та блювання» шкали симптомів QLQ-C30 найгірші показники одержано у пацієнтів з РШ, бал за 100-бальною шкалою складає 27,97. Кращі показники притаманні для пацієнтів з РЛ з балом 23,83 зі 100 можливих.

Менше турбот з приводу нудоти та блювання мають пацієнти з РП, бал у даній субшкалі складає 17,46 за 100-бальною шкалою. Найкращі показники у субшкалі «Нудота та блювання» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку одержані у пацієнок з РМЗ та складають 8,70 балів за 100-бальною шкалою [50].

Відповіді респондентів у пункті «Нудота та блювання» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку були однотиповими, альфа Кронбаха знаходиться в межах від 0,77 до 0,86, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів.

4.6 Комунікація онкологічно хворих пацієнтів з лікарями-онкологами: основні проблеми та пошук шляхів їх вирішення

Відповідно до отриманих результатів опитувальника «QLQ-COMU26» у пацієнтів з онкологічними захворюваннями найнижчі показники припали на шкалу «Активна роль пацієнта». Бал за 100-бальною шкалою дорівнював 82,00 (табл. 4.18), середній бал склав $3,46 \pm 0,82$ (рис. 4.15). До даної шкали відносились запитання щодо достатніх можливостей спілкуватися із фахівцем (лікарем), змоги вільно задавати запитання, можливості проявляти свої емоції.

Кращий результат, згідно одержаних даних опитувальника QLQ-COMU26, встановлений для шкали «Інформативні навички фахівця», де бал за 100-бальною шкалою був рівний 90,75. До даної шкали відносились запитання про те чи фахівець переконувався, що пацієнт розуміє все щодо захворювання, перед тим як надати будь-яку нову інформацію пацієнту, чи уточнював лікар розуміння інформації пацієнтом, яку надавав [51, 279].

Також природньо онкопацієнти доволі часто занепокоєні стосовно свого майбутнього. Тож, у рамках даної шкали пацієнтів запитували про вичерпні відповіді фахівців на складні запитання, а також чи ці відповіді задовольняли пацієнта. Загалом важливою є відчуття повноти відповіді фахівців, їх пояснення, про що також йдеться у даній шкалі [283].

Таблиця 4.18

Результати опитування різних шкал за «QLQ-COMU26» у пацієнтів з онкологічними захворюваннями

Пункти шкали	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Активна роль пацієнта	ACT	82,00	0,63
Інформативні навички фахівця	INFO	90,75	0,83
Здатність фахівця керувати емоціями пацієнта	EMOT	91,75	0,64
Відносини «фахівець-пацієнт»	RELAT	91,94	0,66
Здатність фахівця налагоджувати відносини	QUAL	93,19	0,78
Навички фахівця (вербальні-невербальні)	SKILL	93,25	0,67

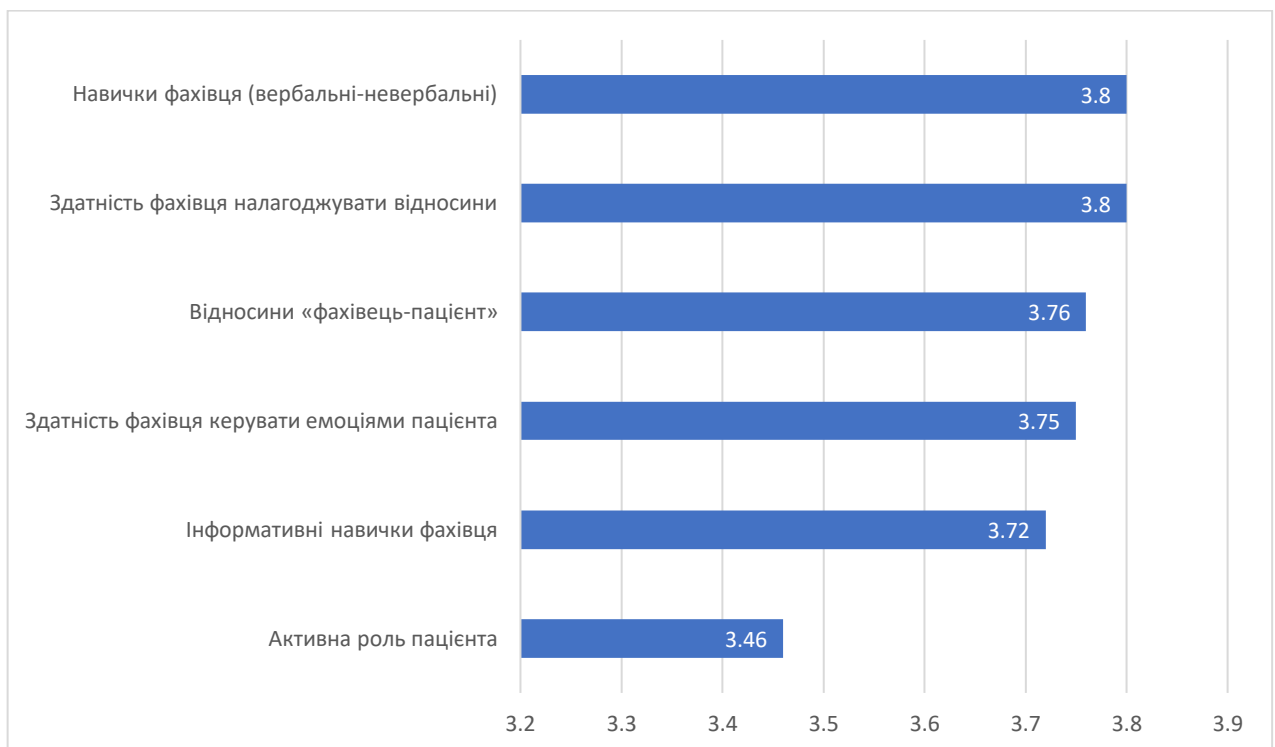


Рис. 4.15. Середній бал різних шкал «QLQ-COMU26» у пацієнтів з онкологічними захворюваннями

Менше труднощів у комунікації лікар-пацієнт припало на шкалу «Здатність фахівця керувати емоціями пацієнта», бал за 100-бальною шкалою дорівнював 91,75. Для онкохворого пацієнта необхідна підтримка сім'ї, друзів, родичів, але безумовно важливою є намагання фахівця зрозуміти поточну ситуацію пацієнта. До даної шкали відносились запитання щодо допомоги фахівця опанувати емоції пацієнта: для прикладу, смуток, гнів, страх, тривогу та інші, а також щодо уміння слухати, коли пацієнт демонстрував свої емоції.

Кращий результат отримано у шкалі «Відносини «фахівець-пацієнт», де бал за 100-бальною шкалою дорівнював 91,94. До даної шкали відносились запитання чи достатньо часу фахівець приділяв спілкуванню, чи була взаємна довіра між пацієнтом та фахівцем, а також чи відчував пацієнт, що він та фахівець мають спільне розуміння хвороби та її лікування.

Вищими балами характеризувалася здатність фахівця налагоджувати відносини з пацієнтом. На цей пункт припало 93,19 балів за 100-бальною шкалою. Дана шкала описувала відношення фахівця до пацієнта: чи з повагою ставився лікар до пацієнта, як до рівного собі, чи демонстрував щирість, чи легко та відкрито обговорював з пацієнтом проблеми, що турбували, чи сприймав їх серйозно.

Найкращі дані в опитувальнику «QLQ-COMU26» встановлено для шкали «Навички фахівця (вербальні-невербальні)», на яку припало 93,25 балів за 100-бальною шкалою. До даної шкали входили запитання: чи фахівець використовував мову, яку пацієнт розумів (уникаючи медичної термінології, використовував зрозумілі терміни), чи відповідав на запитання пацієнта відкрито, чи фахівець дивився на пацієнта під час розмови та чи фахівець застосовував спокійний голос.

Варто зазначити, що у опитувальнику «QLQ-COMU26» у пацієнтів з онкологічними захворюваннями відповіді респондентів були однотиповими у шкалах «Здатність фахівця налагоджувати відносини» та «Інформативні навички фахівця» про що вказує достатня та висока узгодженість, яка визначена за методом альфа Кронбаха та перебувала в межах 0,78-0,83. Для решти показників альфа Кронбаха знаходилися в діапазоні 0,63-0,67.

Відповідно до одержаних результатів опитувальника «QLQ-COMU26» щодо окремих показників, у пацієнтів з онкологічними захворюваннями найгірші показники припали на шкалу «Корегування фахівцем непорозумінь». Бал за 100-бальною шкалою дорівнював 89,19 (табл. 4.19), середній бал склав $3,68 \pm 0,54$ (рис. 4.16).

Таблиця 4.19

Результати опитування за «QLQ-COMU26» щодо окремих показників у пацієнтів з онкологічними захворюваннями

Показники	Код за довідником	Бал за 100-бальною шкалою
Корегування фахівцем непорозумінь	MISUN	89,19
Врахування фахівцем побажань пацієнта	PREF	89,62
Достатня приватність	PRIVA	93,08
Задоволення від комунікації	SATIS	97,04

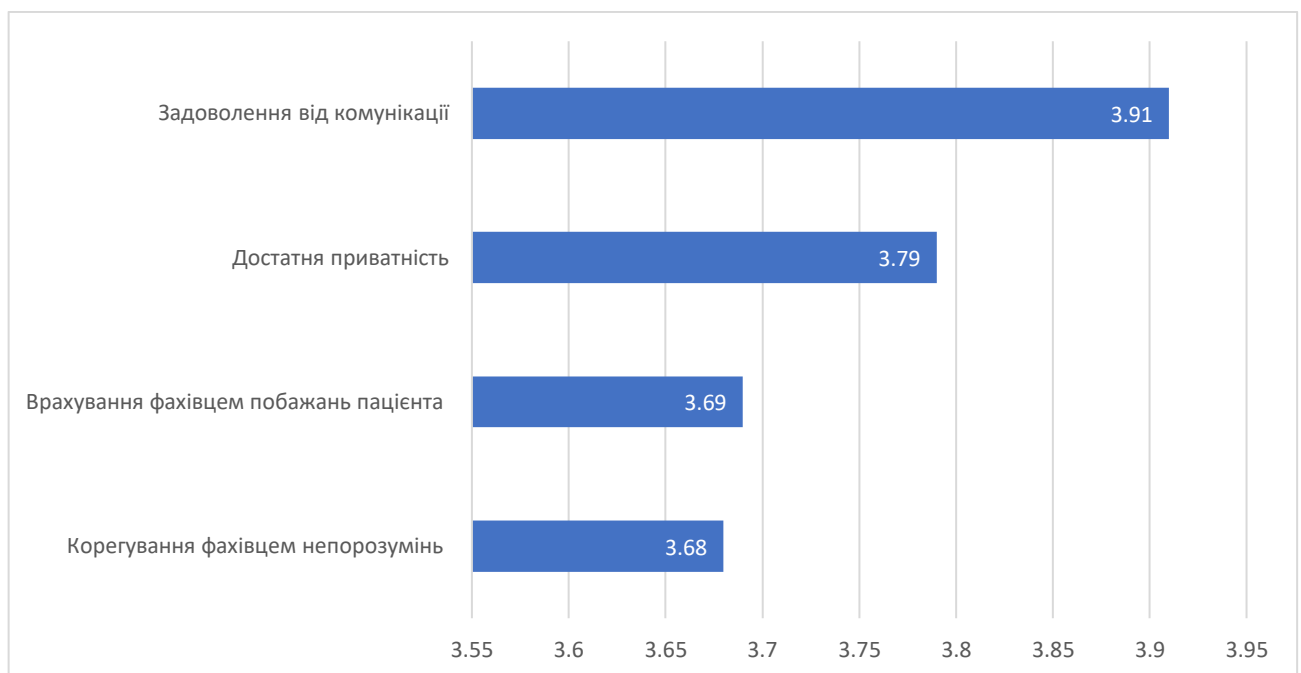


Рис. 4.16. Середній бал окремих показників «QLQ-COMU26» у пацієнтів з онкологічними захворюваннями

До даного показника відносилися запитання чи фахівець пояснював знову іншим способом інформацію, яку пацієнт не розумів. Це свідчить про проблему в комунікації лікар-пацієнт у даній шкалі.

Однією із ймовірних причин таких непорозумінь може бути брак часу відведеного на одного пацієнта, вразливий емоційний стан пацієнта з потенційно смертельним захворюванням та, в більшості випадків, відсутність медичної грамотності для осягнення важкої для розуміння інформації.

Практично співмірним одержано показник «Врахування фахівцем побажань пацієнта». Даний пункт склав 89,62 бали за 100-бальною шкалою. У даному показнику у пацієнта запитували чи фахівець брав до уваги спосіб отримання інформації, якому надавав перевагу сам пацієнт.

Дещо кращі результати одержано за показником «Достатня приватність». На даний показник припало 93,08 балів за 100-бальною шкалою. До даного показника відносились запитання про достатню приватність конфіденційної розмови пацієнта із фахівцем [51, 279].

Найкращі результати опитувальника «QLQ-COMU26» щодо окремих показників у пацієнтів з онкологічними захворюваннями припали на пункт «Задоволення від комунікації», який склав 97,04 бали за 100-бальною шкалою.

Висновки до розділу 4

1. В Україні в період пандемії COVID-19 до повномасштабного вторгнення росії (листопад 2021 року – лютий 2022 року) у пацієнтів з РЛ показник якості життя склав 49,12 балів за 100-бальною шкалою. Найгірші показники у рамках функціональної шкали QLQ-C30 припали на субшкалу «Рольове функціонування» (63,82). За шкалою симптомів QLQ-C30 найвищий бал серед скарг пацієнтів припадає на фінансові труднощі (50,16), друге місце за скаргами займає втома з показником в 50,15 балів за 100-бальною шкалою. За шкалою симптомів QLQ-LC29 найбільше турбували пацієнтів з РЛ «Страх прогресування» з показником 66,18 балів зі 100 можливих. Відповідно до одержаних результатів найменше турбували пацієнтів за шкалою симптомів QLQ-C30 діарея з показником 14,26 балів за 100-бальною шкалою

та кашель із кров'ю за шкалою симптомів QLQ-LC29 з балом 11,22.

2. Показник якості життя у пацієнтів з РШ склав 51,80 балів за 100-бальною шкалою. У пацієнтів за функціональною шкалою QLQ-C30 найбільш вразливими була психоемоційна сфера (59,62 балів) та соціальне функціонування (66,42 балів). За результатами одержаними у шкалі симптомів QLQ-C30 найбільше турбували пацієнтів з РШ фінансові труднощі (57,18 балів) та втома з результатом в 50,12 балів за 100-бальною шкалою. Згідно зі шкалою симптомів QLQ-STO22 у дослідженні пацієнтів з РШ найвищі показники припали на тривожність (59,07 балів) та втрату волосся (56,97 балів). За шкалою симптомів QLQ-C30 найменше турбували пацієнтів нудота та блювання з показником 27,97 балів.

3. У пацієток з РМЗ показник якості життя склав 53,22 бали за 100-бальною шкалою. Найбільш виражений вплив раку молочної залози на якість життя пацієток спостерігали у психоемоційній сфері (71,26 балів), рольовому функціонуванні (70,48 балів), погляді на майбутні перспективи (30,95 балів). Пацієнтки скаржилися на фінансові труднощі (44,19 балів), втому (35,16 балів), порушення сну (33,00 балів), втрату волосся (43,41 балів), а також зниження сексуального функціонування (16,06 балів) та задоволення (18,16 балів). Найнижчі бали за шкалою симптомів QLQ-C30 належать проблемам ШКТ, зокрема нудоті та блюванню (8,70 балів).

4. Показник якості життя у пацієнтів з РП склав 52,31 бали за 100-бальною шкалою. У пацієнтів найбільш вразливими є пункти «Рольове функціонування» (65,44 балів), «Емоційне функціонування» (69,70 балів); «Втома» (48,58 балів), «Фінансові труднощі» (47,30 балів); «Симптоми сечовидільної системи» (38,54 балів) та «Сексуальна активність» (32,22 бали). Відповідно до одержаних результатів найменше турбували пацієнтів за шкалою симптомів QLQ-C30 нудота та блювання з показником 17,46 балів за 100-бальною шкалою та «Симптоми кишківника» за шкалою симптомів QLQ-PR25 з балом 23,25.

5. Згідно опитувальника «QLQ-COMU26» в українських пацієнтів з онкологічними захворюваннями найгірші показники припали на шкалу «Активна роль пацієнта», бал за 100-бальною шкалою дорівнював 82,00. Найкращі дані в згаданому опитувальнику встановлено для пункту «Навички фахівця (вербальні-

невербальні)», на який припало 93,25 балів за 100- бальною шкалою. Щодо окремих пунктів опитувальника «QLQ-COMU26», то найгірші показники припали на шкалу «Корегування фахівцем непорозумінь» (89,19 балів), а найкращими результатами відзначився пункт «Задоволення від комунікації» (97,04 балів за 100-бальною шкалою).

6. Враховуючи невисокі показники якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями, важливим є створення соціально-психологічного супроводу таких пацієнтів. Стандартизована психологічна допомога повинна бути організована на всіх етапах діагностики, лікування та реабілітації в усіх закладах, які надають лікування онкопацієнтам. Важливим також є реалізація мультидисциплінарного підходу, що передбачатиме взаємодію сімейних лікарів, спеціалістів онкологічного профілю та психологів. Також вважаємо за потрібне акцентувати увагу на розробці комплексної програми підтримки пацієнтів у взаємодії з суспільством, сім'єю та роботою.

Результати досліджень розділу 4 наведено в публікаціях:

1. Zub V., Tolstanov O. Medical and social substantiation of the problem of quality of life of patients with prostate cancer. *Proceeding of The Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences*. 2022. Т. 69, № 2. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2022.02.11>
2. Zub V.O. Medico-social substantiation of the issue of quality of life in patients with breast cancer and finding ways to improve it. *Medicni perspektivi*. 2023. Т. 28, № 1. P. 188-193. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276216>
3. Zub V. O., Kotuza A. S., Tolstanov O. K. Communication of oncological patients with oncologists: main problems and problem-solving strategies. *International Journal of Medicine and Medical Research*. 2022. Т. 8, № 2. P. 74–82. DOI: <https://doi.org/10.11603/ijmmr.2413-6077.2022.2.13594>
4. Zub V., Manzhaliy E. Assessment of quality of life in patients with gastric cancer in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2023. Vol. 76(5 pt 1). P. 956-963. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202305111>
5. Zub V., Tolstanov O., Kotuza A., Manzhaliy E. Quality of life of lung cancer patients. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*. 2023. Vol.36. №3. P.145-150.

<https://doi.org/10.2478/cipms-2023-0025>

6. Зуб В. О. Порівняльний аналіз якості життя пацієнтів з раком легень, простати, молочної залози та шлунку в Україні згідно опитувальника EORTC QLQ-C30. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 2(24). С. 45-54. DOI:

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.07](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.07)

7. Зуб В. О. Оцінка якості життя пацієнток з раком молочної залози. *Матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції «International scientific innovations in human life»*. м. Манчестер, Великобританія. 4-6 серпня 2022 року. Манчестер. 2022. С. 37-40.

8. Зуб В. О. Оцінка якості життя пацієнтів з раком легень. *Матеріали XI міжнародної наукової конференції: «Scientific research: the paradigm of innovative development»*. м. Прага, Чехія, 30 серпня 2022 року. Прага. 2022. С. 62-64.

9. Зуб В. О. Проблеми комунікації «лікар-пацієнт» в онкологічній практиці. *Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення»*. м. Харків, 28 жовтня 2022 року. Харків. 2022. С. 136-137.

РОЗДІЛ 5

СТАН ДІЯЛЬНОСТІ ОНКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ, В ТОМУ ЧИСЛІ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

5.1 Аналіз діючих регіональних програм щодо профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями за останні 20 років, у тому числі під час пандемії COVID-19

У місті Києві медична допомога онкологічним хворим надається в рамках Міської цільової програми «Здоров'я киян», яка функціонує з 2003 року. Ця програма дала змогу застосувати хіміотерапевтичне лікування більше ніж у 50 тис. киян зі злоякісними новоутвореннями за останні 20 років. До Переліку завдань на 2020-2022 роки до Міської цільової програми «Здоров'я киян» у розрізі онкодопомоги входить:

- Забезпечення у необхідному обсязі лікарськими засобами, призначеними для лікування 5500 онкологічних хворих, Київський міський клінічний онкологічний центр (для 5500 пацієнтів): передбачалось фінансове забезпечення на 3 роки у розмірі 1 070 015,18 тис. грн. з державного бюджету та 709 352,31 тис. грн. з бюджету міста. Показником якості при цьому буде ріст показника 5-річної виживаності пацієнтів, які є на обліку в цьому закладі: у 2020 р. – на 3%, у 2021 р. – на 4% та у 2022 р. – на 5%.

- Забезпечення 3914 пацієнтів необхідними радіоізотопами або радіофармацевтичними препаратами, які проходять лікування у цьому ж Центрі: було профінансовано з міського бюджету у розмірі 10 935,87 тис. грн., що забезпечило достатній рівень діагностики (лікування) пацієнтів, які потребують.

- Для діагностики колоректального раку (скринінгові дослідження – тест на приховану кров в калі) з бюджету Києва на витратні матеріали за 2 роки було витрачено 2 498,06 тис. грн., що привело до зниження на 2 % занедбаних форм раку).

- Для проведення внутрішньочеревної хіміогіпертермічної перфузії 60 пацієнтам було заплановано фінансування Київському міському клінічному онкологічному центру з міського бюджету в обсязі 13770,57 тис. грн., що дозволить знизити рецидиви та ускладнення захворювання на 35-45 % щороку. Окремо питання

надання медичної допомоги дітям та паліативної допомоги у розрізі онкозахворювань не виокремлено [47].

За отриманими даними щодо інформації про надання допомоги хворим на онкопатологію у м. Києві встановлено наступні позитивні заходи за останні 20 років: зниження рівня захворюваності на онкопатологію на 3,8%; зростання до 80% - 100% забезпечення потреби у певних лікарських засобах, що дало змогу проводити хіміотерапію у повному обсязі, без перерви у лікуванні, дотримуватися схем лікування та застосовувати сучасні препарати у тому числі таргетної та імунотерапії. В свою чергу своєчасне та безперервне отримання хіміотерапевтичного лікування дозволило досягти стабілізації хвороби у 45%-55% хворих, а регресії пухлини від 25% до 40% і привело до зниження дорожчої летальності (смертність протягом 1-го року з моменту встановлення діагнозу) серед онкохворих (2001 р. - 26,1 %; 2020 р. - 19,2 %). Також за останні 3 роки зросла частка хворих, які отримали спеціальне лікування, серед прийнятих на облік у звітному році – на 1,4% (2018 р. – 77,3%, 2020 р. – 78,4%).

Серед негативних моментів за останні 20 років у м. Києві відмічається зростання питомої ваги випадків ЗН у занедбаному стані (III-IV стадія) серед вперше виявлених злоякісних новоутворень (2001 р. – 11,4 % проти 2020 р.- 13,3 %) внаслідок пізнього виявлення хвороби з причини зниження активності в частині онконастороги лікарів при обстеженні пацієнтів.

Медична допомога населенню Київської області з онкологічними захворюваннями здійснювалась в межах Обласної комплексної програми «Здоров'я Київщини на 2021–2023 роки». На удосконалення медичної допомоги населенню з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями протягом 3 років дії Програми передбачено виділення коштів в сумі 2 168 405,81 тис. грн., з яких 152 714,00 тис. грн – з державного бюджету, 1 007 575,73 з обласного бюджету, 172 275,00 – з інших місцевих бюджетів (районні, міські об'єднані територіальні громади), 835 841,08 тис. грн. – з інших джерел. Ці кошти скеровувались на:

- забезпечення обласних онкологічних закладів охорони здоров'я та спеціальних відділень визначених лікарень хіміотерапевтичними, радіофармпрепаратами для лікування 7363 онкологічних хворих, що поліпшить

якість надання спеціалізованої медичної допомоги шляхом децентралізації проведення лікування хіміотерапевтичними препаратами, створення мережі сателітних відділень з прогнозуванням зменшення рівня смертності від онкологічної патології на 20 %.

- Дооснащення сучасною апаратурою КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер» шляхом закупівлі автоматизованої системи та забезпечення витратними матеріалами для скринінгу та діагностики раку шийки матки; впровадження системи комп'ютерного моніторингу щодо цитологічного скринінгу патології шийки матки, що дозволить підвищити раннє виявлення пухлин різних локалізацій, зменшити рівень смертності та втрати працездатності від онкологічних захворювань, знизити візуальні форми раку до 12%.

- Зміцнення та оновлення матеріально-технічної бази КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер», яке прогнозовано має привести до підвищення на 60% раннього виявлення пухлин різних локалізацій серед населення Київської області та зменшення відсотку виявлення візуальних форм раку на 40%.

- Забезпечення КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер» обладнанням для цитологічної лабораторії, що дозволить підвищити раннє виявлення пухлин різних локалізацій, зменшити рівень смертності та втрати працездатності від онкологічних захворювань.

Аналіз представлених даних за 2018-2020 рр. показав, що у Київській області число взятих на диспансерний облік знизилось на 22,7% (6267 – у 2018 р., 4847 осіб – у 2020 р.), показник летальності до року знизився на 10,8% (22,3% - у 2018 р., 19,9% - у 2020 р.); питома вага хворих, які отримали спеціальне лікування з числа вперше прийнятих на облік у звітному році зросла на 2,6% (2018 р. – 68,3%, 2020 р. – 70,1%). Проте спостерігається зростання на 5,9% показника поширеності захворювань (2018 р. – 3145,9, 2020 р. - 3330,2 на 100 тис. нас.), на 10,0% - питомої ваги випадків ЗН у занедбаному стані (III-IV стадія) серед вперше виявлених злоякісних новоутворень (2018 р. – 38,0 % проти 2020 р. - 41,8 %).

У Житомирській області виконувалась у періоді до 2016 року Обласна комплексна програма боротьби з онкологічними захворюваннями , на яку було

виділено 20 100 тис. грн. з метою придбання необхідної діагностичної апаратури, препаратів супроводу з обласного бюджету. Всі поставлені завдання у значному обсязі було виконано.

У Житомирській області також діяла Обласна цільова програма розвитку високоспеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню на 2016-2020 роки, в якій у розрізі онкологічної допомоги було передбачено лише забезпечення онкогематологічних хворих медикаментами та виробами медичного призначення з обласного бюджету в сумі 1000 тис. грн. щорічно, з яких використовувалось в середньому 985,1 тис. грн. на рік.

На момент нашого дослідження в області діяло 2 програми, які мали передбачену онкологічну допомогу:

- Обласна Програма «Здоров'я населення Житомирщини» на 2021 рік, в якій було закладено пункт «Забезпечення робіт з проведення реконструкції частини радіологічного відділення з придбанням лінійного прискорювача та комп'ютерного томографа КНП «Житомирський обласний онкологічний диспансер» Житомирської обласної ради» за кошти державного бюджету, обласного та місцевого бюджетів [47].

- Цільова програма розвитку охорони здоров'я на 2021-2023 рр. Житомирської міської об'єднаної територіальної громади, в якій передбачено реконструкцію приміщень під Хоспіс для забезпечення гідного нагляду за інкурабельними пацієнтами в термінальній стадії хвороби за кошти державного і місцевого бюджету в сумі 20000 тис. грн.; придбання мамографічної системи з функцією томосинтезу за кошти державного і місцевого бюджету в сумі 6900 тис. грн.; для профілактики раку шийки матки проведення щеплень проти вірусу папіломи людини дівчатам 9-14 років з обов'язковим отриманням згоди від батьків за кошти місцевого бюджету у сумах 200-300 тис. грн. щороку.

Основні показники по онкопатології в області свідчать про деякі позитивні зміни: зниження рівня летальності, збільшення частки пацієнтів з 5-річною виживаністю, проте є й негативні тенденції до зростання поширеності захворюваності та збільшення частки пацієнтів з ЗН у занедбаному стані захворювання, в тому числі візуальних локалізацій (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

**Основні показники діяльності онкологічної служби Житомирської області
за період 2001-2020 рр.**

Показники	2001 рік	2020 рік	Динаміка (темп приросту, %)
Поширеність на 100 тис. населення	1484,0	2703,9	82,20
Летальність до року, %	36,4	21,4	-41,21
Питома вага 4 ст. захворювання, %	20,7	23,9	15,46
Питома вага 3-4 ст. захворювання, візуальні локалізації, %	19,6	25,0	27,55
5-річна виживаність, %	55,2	63,4	14,86
Питома вага хворих, які отримали спеціальне лікування, до числа хворих, які прийняті на облік у звітному році	71,1	74,0	4,08

У Сумській області для профілактики онкологічних захворювань та раннього виявлення злоякісних новоутворень були реалізовані наступні програми:

➤ Регіональна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, яка була зосереджена на удосконаленні профілактики, ранній діагностиці злоякісних новоутворень, своєчасному лікуванні та оздоровленні диспансерних хворих з передпухлинною патологією відповідно до вимог локальних протоколів. Результативність Програми:

- Зростання показників профілактичної роботи на 1,0% (2010 р. – 32,3%, 2016 р. – 33,3%).
- Збільшення на 7,8% показника своєчасної (I–II стадії) діагностики злоякісних новоутворень (2010 р. – 56,2%, 2016 р. – 64%).
- Стабілізація занедбаності при діагностиці онкологічної патології.
- Зростання обсягів спеціального лікування первинних онкохворих на 3 % (2010 р. – 71,8%, 2016 р. – 74,8%).

- Зниження дорічної летальності від онкопатології на 4,3% (2010 р. – 27,9%, 2016 р. – 23,6%).

➤ Обласна програма «Охорона здоров'я Сумщини», в якій було передбачено такі основні заходи по Сумському обласному клінічному онкологічному диспансеру, як придбання сучасної техніки, запровадження проведення досліджень на онкомаркери, капітальний ремонт будівлі, що дозволить удосконалити ранню діагностику раку легень та раку шийки матки; своєчасно виявляти пухлини органів грудної клітини та черевної порожнини.

➤ Наказ від 01.12.2020 № 690-0Д «Про затвердження заходів щодо організації протиракової боротьби в області», основними з завдань якого є впровадження скринінгових програм на первинному рівні з метою раннього виявлення передпухлинних захворювань і злоякісних новоутворень; диспансерне спостереження, оздоровлення та своєчасне лікування хворих з передпухлинною патологією; утворення хоспісів в районах для паліативного лікування онкологічних хворих в термінальних стадіях шляхом перепрофілювання відділень в закладах охорони здоров'я.

Аналіз важливих показників онкопатології у Сумській області за 2018-2020 рр. показав, що показник летальності до року знизився на 5,5% (21,8% - у 2018 р., 20,6% - у 2020 р.). Проте поширеність онкопатології зросла на 8,1% (2018 р. – 3 194,6, 2020 р. – 3 454,2 на 100 тис. нас.), тоді як в цілому по Україні на 7,9%, а також спостерігається значне зростання на 26,1% питомої ваги занедбаних форм (III-IV стадія) серед вперше виявлених злоякісних новоутворень (2018 – 22,2 % проти 2020 - 28,0 %), та зниження на 8,5% частки хворих, які отримали спеціальне лікування протягом року з часу прийняття на облік (2018 рік – 71,6%, 2020 рік – 65,5%) (по Україні – на 0,29%).

У Чернігівській області функціонували:

➤ Програма «Онкологія» на 2002–2006 рр., метою якої було підняти рівень обізнаності населення щодо профілактики онкологічних захворювань шляхом залучення засобів масової інформації; покращення ранньої діагностики злоякісних новоутворень; підвищення кваліфікації медичних працівників; систематичне

динамічне спостереження за ЗН та рівнем надання онкологічної допомоги населенню; зниження смертності осіб з інвалідністю від онкологічних захворювань.

Динаміка показників за період існування Програми мала позитивні моменти (показник річної летальності знизився на 11,7% (2002 р. – 38,6%, 2006 р. – 34,1%)) та негативні тенденції (показник занедбаності зріс на 0,8% (2002 р. – 25,6%, 2006 р. – 25,8%).

➤ Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2012–2016 роки. Загальний орієнтований обсяг фінансових ресурсів для реалізації Програми – 11 566,3 тис. грн, у т.ч. коштів обласного бюджету – 11 566,3 тис. грн. Розрахована потреба на 167 558,2 тис. грн. Фактично виділено з Державного бюджету на 2012–2016 рр. 32 308,6 тис. грн., що становить 19,3 % від потреби.

Низький рівень фінансування і пояснює динаміку показників за період існування Програми: позитивну тенденцію мав лише показник річної летальності, який знизився на 0,5% (з 28,1% до 27,6%), тоді як решта показників мали негативні тенденції: захворюваність на злоякісні новоутворення зросла на 1,7%; показник смертності зріс на 0,9%; показник занедбаності зріс на 2,7% (з 22,2% до 24,9%).

➤ Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2017–2021 роки. Загальний орієнтовний обсяг фінансування цієї Програми – 98 100,0 тис. грн., у т.ч. кошти обласного бюджету – 92 900,0 тис. грн., кошти інших джерел – 5 200,0 тис. грн. У 2017 році Програма не фінансувалась. На 2018–2021 роки Програмою передбачено 80 300,0 тис. грн., поступило лише 22 024,37 тис. грн. (27,4%).

Динаміка показників за 2017–2020 роки у Чернігівській області наступна: показник річної летальності знизився на 7,1% (з 27,0% до 26,2%); незначно зросла на 1,8% частка хворих, які отримали спеціальне лікування протягом року з моменту взяття на облік (2018 рік – 73,4%, 2020 рік – 74,7%). Серед негативних тенденцій: поширеність захворюваності зросла на 11,8% (2017 рік – 2632,4, 2020 рік – 2942,1 на 100 тис. нас.) (по Україні – на 7,9%), показник занедбаності зріс на 20,0% (з 24,5% до 29,4%).

Узагальнюючи інформацію по північному регіону України слід відмітити, що в усіх областях активно впроваджувались програми щодо здоров'я населення, які

включали профілактику онкологічних захворювань. Лише в одній області (Чернігівській) була задіяна цільова програма з онкопрофілактики. Ці програми дозволили знизити показник річної летальності. Частка хворих, які отримали спеціальне лікування протягом року з моменту взяття на облік у більшості областей (крім Сумської та Чернівецької) зростала. У той же час у всіх областях зріс показник поширеності захворюваності та занедбаності (числа виявлення онкопатологій на пізніх стадіях).

В Одеській області заходи з профілактики онкологічних захворювань були визначені в Обласній цільовій програмі «Здоров'я на 2014–2018 роки». У розділі Програми «Боротьба з раком» передбачено оснастити обласний онкологічний диспансер сучасним медичним обладнанням для дотримання стандартів діагностики, лікування та реабілітації онкохворих; центри ПМСД необхідним обладнанням для забезпечення первинної діагностики онкологічних захворювань шкіри, та внутрішніх органів за кошти обласного бюджету в розмірі 27 055,8 тис. грн. Очікуваними результатами було: подальше зниження рівня захворюваності на злоякісні новоутворення до 3% та зниження смертності від них до 5%. Фактично за період 2014–2018 рр.. рівень захворюваності знизився на 18,7%, смертність – на 30,8%, що свідчить про ефективність цієї програми.

Обласною цільовою програмою «Доступна медицина 2018–2020 роки» передбачено виділення з обласного та місцевих бюджетів 8 217,61 тис. грн. для купівлі необхідних лікарських засобів та обладнання; 98 000,00 тис. грн. – для купівлі лінійного прискорювача, препаратів супроводу хіміотерапії та іншого обладнання для забезпечення високотехнологічних методів лікування онкологічних пацієнтів; 39 000,00 тис. грн. на реалізацію заходів з онкопrevenції (купівлю мамографу, рентгенологічного діагностичного комплексу, апарату УЗД та лікарських засобів і виробів медичного призначення для досліджень).

Динаміка показників стану онкологічної допомоги в Одеській області у 2018–2020 рр. є найкращою в південному регіоні України: кількість хворих, виявлених у IV стадії знизилась на 7,2% (з 22,3% у 2018 р. до 20,7% у 2020 р.); показник летальності до року знизився на 17,6% (з 21,6% до 17,8%); число пацієнтів, охоплених

спеціальним лікуванням, в яких вперше було діагностовано онкологічне захворювання зросло на 4,8% (із 66,% до 69,7%). Негативну тенденцію має лише показник поширеності захворювань, який зріс на 8,7% (2018 р. – 2 936,9, 2020 р. – 3 191,5 на 100 тис. нас.), що є дещо більше, ніж в цілому по Україні (на 7,9%).

У Запорізькій області виконувалась Програма розвитку охорони здоров'я Запорізької області на 2018–2022 роки, в рамках якої затверджені орієнтовні обсяги фінансування видатків з обласного бюджету у розмірі 101 923,081 тис. грн. для забезпечення хіміотерапевтичними радіофармпрепаратами та препаратами супроводу для лікування хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання, а також забезпечення прижиттєвої морфологічної діагностики пацієнтів, хворих на онкологічні захворювання.

Для реалізації вищезазначених заходів в межах дії Програми у 2018 році за рахунок коштів обласного бюджету було виділено 5,8 млн. грн. з 18,15 млн. запланованих (31,96%). За період з 2019 по 2021 роки з обласного бюджету на реалізацію зазначених заходів кошти не виділялися.

Не дивлячись на низький рівень забезпечення діючої програми підтримки боротьби з онкозахворюваннями в Запорізькій області, більшість показників мають позитивну динаміку стану онкологічної допомоги у 2018–2020 рр.: кількість хворих, виявлених у III-IV стадії, знизилась на 14,2% (з 33,9% у 2018 р. до 38,7% у 2020 р.); показник однорічної летальності знизився на 6,3% (з 25,5% до 23,9%). Негативну тенденцію мали лише 2 показника, які і по Україні в цілому мають подібну тенденцію: поширеність захворюваності, яка зросла на 5,7% (2018 р. – 2870,9, 2020 р. – 3033,5 на 100 тис. нас.); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 1,65 % (з 60,7% до 59,7%).

У Херсонській області на момент дослідження реалізовувалась обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2019-2023 роки, для якої передбачено фінансування у розмірі 507 153,99 тис. грн., з яких державного бюджету 181 000,00 тис. грн., обласного бюджету 51 762,64 тис. грн., місцевих бюджетів 257 622,12 тис. грн., інших джерел 16 769,23 тис. грн.

У 2019 році заплановано 98 105,53 тис. грн, фактично отримано фінансування

29 988,0 тис. грн. (30,6%), у 2020 році з запланованих 186 047,82 тис. грн. отримано 176,0 тис. грн. (0,09%), що корелює з негативною динамікою змін більшості ключових показників роботи онкослужби Харківської області, які наведено нижче.

Програмою передбачено ключові напрямки: усунення зовнішніх причин, що впливають на зростання захворюваності; удосконалення системи первинної та вторинної профілактики онкологічних захворювань; оновлення кадрового забезпечення ЗОЗ шляхом покращення рівня підготовки медичних працівників у питаннях профілактики, діагностики та лікування онкологічних захворювань; удосконалення методів своєчасної діагностики онкопатології та спеціалізованого лікування онкологічних хворих; проведення реабілітації онкологічних хворих; удосконалення системи надання спеціалізованої паліативної допомоги онкохворим.

Серед запланованих очікувань є зниження рівня занедбаних форм раку щороку на 1%, зниження рівня смертності населення від злоякісних новоутворень на 3%. На момент дослідження ці показники навпаки зростали.

Динаміка показників стану онкологічної допомоги у Херсонській області у 2018–2020 рр. є вкрай незадовільною. Серед усіх ключових показників лише 2 мають позитивні зміни: рівень захворюваності знизився на 12,2%; показник однорічної летальності знизився на 2,4 % (з 24,8% до 24,2%). Негативну тенденцію мають більшість показників, з яких тільки перший наведений має динаміку меншу, ніж в цілому по Україні: кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 7,0% (з 38,8% у 2018 році до 41,5% у 2020 році); поширеність захворювань зросла на 8,7% (2018 р. – 2 936,9, 2020 р. – 3 191,5 на 100 тис. нас.); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 2,3% (з 69,9% до 68,3%).

У Миколаївській області діяла обласна Програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, яка була продовжена до 2019 року. Загальний обсяг призначень за Програмою склав 1 880,0 тис. грн., профінансовано 1 875,9 тис. грн., що складає 99,8% від затверджених асигнувань. Програма спрямована на удосконалення профілактичних заходів щодо ЗН та забезпечення ранньої діагностики і підвищення рівня лікування онкологічних пацієнтів, що приведе до покращення якості їх життя. У межах програми було придбано сучасне

обладнання, дороговартісні хіміотерапевтичні, радіофармпрепарати та препарати супроводу для поліпшення лікувального процесу, якості та тривалості життя пацієнтів [47].

Динаміка показників стану онкологічної допомоги в Миколаївській області у 2018–2020 рр.: показник однорічної летальності знизився на 4,6% (з 19,6% до 18,7%); поширеність захворювань зросла на 7,9% (2018 р. – 3250,5, 2020 р. – 3508,7 на 100 тис. нас.), що є на рівні загальноукраїнського; кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 10,3% (з 35,9% у 2018 році до 39,6% у 2020 році); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 7,5% (з 72,1% до 66,7%).

Підсумовуючи отримані дані по південному регіону України, слід відмітити, що у двох з чотирьох областей (Миколаївській і Херсонській) були діючі цільові програми з профілактики онкологічних захворювань. У решті областей ці заходи проводились у межах обласних програм з охорони здоров'я. З позитивних моментів – це належне фінансування Миколаївської та Одеської області, в яких в цілому і спостерігаються значні зміни в сторону покращення показників онкопатології. Найгірша ситуація в Херсонській області, де значно знизилась більшість ключових показників роботи онкослужби на фоні практично відсутнього фінансового забезпечення обласної програми.

У Львівській області були реалізовані:

- Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року
 - Міжнародні гранти
 - Державна програма «Онкологія» на 2002–2006 рр.
 - Державна програма «Дитяча онкологія» на 2006–2010 рр.
 - Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2017–2020 роки, яка протягом 4 років реалізації була профінансована з обласного бюджету на 99,7 % – 100,0 % від затвердженого програмою рівня (табл. 5.2).

У Львівській області також діє Комплексна програма підтримки закладів охорони здоров'я Львівської області на 2021-2025 роки. У 2021 році у частині

покращення медичної допомоги хворим з онкологічними захворюваннями програмою затверджено державне фінансування в розмірі 17 635,9 тис. грн., станом на 01.11.2021 р. фактичні видатки становили 4 564,2 тис. грн. (25,9 %), що є в межах передбаченого планування щорічних витрат.

Таблиця 5.2

Програма боротьби з онкологічними захворюваннями у Львівській області на 2017–2020 роки

Рік	Передбачене фінансування, визначене програмою, тис. грн.	Проведені касові видатки за звітний період, тис. грн.	Рівень виконання до затвердженого, %	Джерело фінансування
2017	18 541,1	18 528,1	99,9 %	Обласний бюджет
2018	9 817,3	9 787,1	99,7 %	
2019	9 904	9 902,4	100,0 %	
2020	7 554,6	7 551,3	100,0 %	

Реалізація вказаних програм сприяла досягненню успіхів в напрямках первинної профілактики, ранньої діагностики та якісного лікування онкопатології. А саме:

1. Удосконалення організації заходів щодо діагностики передракової патології: створено 8 міжрайонних скринінгових центрів; проведено навчання медичного персоналу: радіологів, гінекологів, мамологів, цитологів, лікарів ультразвукової діагностики та їх стажування у провідних клініках Гейдельбергу, Праги, Кракова; за сприяння Центру громадського здоров'я навчено локальних тренерів та проведено навчання практично усіх ЦПМСД Львівської області з питань скринінгу та онкопrevenції.

2. Частково оновлено матеріально-технічну базу закладів охорони здоров'я: закуплено скринінгове обладнання (мамографи, цитологічні щітки, гінекологічні крісла, кольпоскопи, мікроскопи) та медичну апаратуру (апарати МРТ, КТ, ОФЕКТ,

рентгенологічні та УЗД апарати); модернізовано цитологічну службу; впроваджено цифровий мамологічний скринінг; покращено цитологічний скринінг жіночого населення; закуплено для медичних установ області комп'ютерну та серверну техніку та прокладено мережу інтернет-зв'язку до лікарських амбулаторій та жіночих консультацій.

3. Значно зросло виконання органозберігаючих операцій при раку грудної залози.

Динаміка показників стану онкологічної допомоги у Львівській області в 2018–2020 рр.: показник однорічної летальності знизився на 9,1% (з 21,9% до 19,9%); поширеність захворювань зросла на 10,2% (у 2018 р. – 2755,7, у 2020 р. – 3035,8 на 100 тис. нас.), що є вище від рівня по Україні (7,9%); зросла кількість хворих, виявлених у III-IV стадії на 9,5% (з 33,7% у 2018 році до 36,9% у 2020 році); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 3,3% (з 71,8% до 69,4%).

На території Івано-Франківської області діяли:

➤ Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року. Орієнтовні обсяги фінансування програми – 38 242,0 тис. грн. Однак фінансування заходів на неналежному рівні: фактично, кошти виділялись тільки на обслуговування радіологічної та рентгенівської апаратури.

➤ Регіональна програма протиракової боротьби в області на 2001–2010 роки.

➤ Регіональна цільова програма «Покращення діагностики, лікування та профілактики злоякісних новоутворів на 2017–2020 роки». Паспортом програми затверджено фінансування з обласного бюджету в сумі 49 872,0 тис. грн. Проте фактичне фінансування програми за 4 роки склало 50,6% (25 241,8 тис. грн.).

➤ Регіональна цільова програма з профілактики та лікування раку молочної залози на 2018–2020 роки. Обсяги фінансування програми на 3 роки з обласного бюджету – 83 396,0 тис. грн. Дана програма не фінансувалась.

На момент дослідження в області працювала Комплексна програма «Здоров'я населення Прикарпаття на 2021–2025 роки», в рамках дії якої передбачено фінансування з обласного бюджету заходів з покращення діагностики, лікування та

профілактики злоякісних новоутворів. Зокрема, на вакцинацію підлітків від раку шийки матки виділено 7500,0 тис. грн.; на централізовану закупівлю лікарських засобів для лікування онкохворих дітей – 20 342,5 тис. грн.; на забезпечення лікарськими засобами хворих на мієлоїдну лейкемію, онкогематологічні захворювання – 11 430,0 тис. грн.; на технічне обслуговування та профілактику медичного обладнання – 6 220,0 тис. грн.

Динаміка показників стану онкологічної допомоги в Івано-Франківській області в 2018–2020 рр.: показник однорічної летальності знизився на 9,7% (з 28,9% до 26,1%); поширеність захворювань зросла на 11,8% (у 2018 р. – 1927,1, у 2020 р. – 2154,4 на 100 тис. нас.), що є вище від динаміки по Україні (7,9%); зросла кількість хворих, виявлених у III-IV стадії на 4,5% (з 42,1% у 2018 році до 44,0% у 2020 році); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 0,14% (з 69,4% до 69,3%).

У Чернівецькій області була впроваджена Регіональна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період з 2017 по 2019 роки, яка мала низький рівень фінансування. Так, з обласного бюджету на реалізацію даної програми у 2017 р. було виділено лише 15 %, у 2018 р. – 45,2 %, а у 2019 р. – 40,4 % коштів, визначених програмою (табл. 5.3). Тобто за 3 роки Програма була профінансована лише на третину (33,51%) і всього було недоотримано 9974 тис. грн (66,49%).

Таблиця 5.3

**Регіональна програма боротьби з онкологічними захворюваннями
у Чернівецькій області на період з 2017 по 2019 роки**

Рік	Передбачене фінансування, визначене програмою, тис. грн.	Проведені касові видатки за звітний період, тис. грн	Рівень виконання до затвердженого, %	Джерело фінансування
2017	5 000	750	15 %	Обласний бюджет
2018	5 000	2 257,7	45,2 %	
2019	5 000	2 018,8	40,4 %	

З причини недофінансування дорослі хворі не отримали 3500 тис. грн на хіміопрепарати та препарати супроводу, а охоплення пацієнтів лікуванням за кошти програми склало тільки 15% від запланованого. Попри такий рівень фінансування, реалізація даної програми сприяла підвищенню рівня виявлення злоякісних новоутворень I–II стадій на 41,6% (при запланованому 42,5%).

На момент дослідження в Чернівецькій області не було цільових програм з онкологічної допомоги. Діяла лише Регіональна програма підтримки обласних комунальних закладів охорони здоров'я на 2020-2022 роки, в якій не передбачено виділення коштів на профілактичні заходи щодо онкологічних захворювань.

Не зважаючи на неналежне фінансування програм онкослужби та відсутність діючих програм з цього напрямку, аналіз динаміки показників стану онкологічної допомоги в Чернівецькій області в 2018–2020 рр. показує в цілому позитивні зміни двох ключових показників: показник однорічної летальності знизився на 18,2% (з 37,4% до 30,6%); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, зросла на 10,0% (з 69,2% до 76,1%). Негативні зміни мають лише два показники, які є вищими за дані по Україні: поширеність захворювань, яка зросла на 8,7% (у 2018 р. – 2274,6, у 2020 р. – 2473,3 на 100 тис. нас.); кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 9,5% (з 43,0% у 2018 році до 47,1% у 2020 році).

У Волинській області за період 2002-2006 рр. була впроваджена Регіональна програма «Онкологія».

З 2008 року у межах Концепції загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року в області працювала Обласна цільова програма боротьби з онкологічними захворюваннями, в рамках якої за період 2008-2016 рр. на закупівлю медичних препаратів було спрямовано 21 679,9 тис. грн. що становить 16,6 % до передбачених у Цільовій програмі.

Заходи з виконання даної Програми сприяли:

- Поліпшенню раннього виявлення злоякісних пухлин на рівні первинної мережі закладів охорони здоров'я.

- Впровадженню та удосконаленню скринінгових програм з діагностики патології шийки матки та молочної залози, проведенню роботи по діагностиці

патології шкіри, ротової порожнини, прямої кишки, передміхурової залози. Завдяки ефективній роботі даної Програми відбулось зниження захворюваності на рак шийки матки з 31,3 випадки на 100 тис. нас. в 2008 р. до 18,7 випадків на 100 тис. нас. у 2017 р. Показник 5-річного виживання зріс з 65,8% у 2008 р. до 80,9% у 2016 р.

- Забезпеченню надання онкологічним хворим стаціонарної допомоги. Проведено реструктуризацію ліжкового фонду облонкодиспансеру та обласної клінічної лікарні, завдяки чому ліжковий фонд для проведення лікування онкологічних хворих збільшено до 260 ліжок. У 2009 р. на базі Волинського обласного дитячого територіального медичного об'єднання відкрито обласний дитячий онкогематологічний центр потужністю 15 дитячих гематологічних та 5 дитячих онкологічних ліжок.

- Створенню хоспісів для паліативного лікування онкологічних хворих. Створена обласна лікарня «Хоспіс» на 25 ліжок. Згідно з Програмою передбачалось створення міжрайонних хоспісів у м. Володимир-Волинський та м. Ковель.

- Міжнародному співробітництву: працівники облонкодиспансеру навчалися в США, Швейцарії, Латвії, Польщі, Німеччині.

На момент дослідження в області функціонувала Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2020–2022 роки, яка дозволила підвищити якість та оптимізувати надання медичних послуг за напрямками: високоспеціалізована медична допомога третинного рівня населенню області; забезпечення пацієнтів повним медикаментозним лікуванням онкопатологій. В межах програми за кошти обласного бюджету у 2020 році було придбано медичне обладнання в сумі 4809,3 тис. грн., проведено ремонт приміщень у сумі 1465,5 тис. грн.

Динаміка показників стану онкологічної допомоги у Волинській області в 2018–2020 рр.: показник однорічної летальності знизився на 0,7% (з 28,5% до 28,3%); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, зросла на 0,28% (з 72,2% до 72,4%). Негативні зміни мають наступні показники: поширеність захворювань, яка зросла на 7,8% (у 2018 р. – 2172, у 2020 р. – 2342,3 на 100 тис. нас.); кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 23,2% (з 33,7% у 2018 році до 41,5% у 2020 році).

У Рівненській області реалізовано наступні програми:

➤ Державна програма «Онкологія» на 2002–2006 рр. з фактичним обсягом державного фінансування 8 014,0 тис. грн., з яких 5 118,3 тис. грн. були спрямовані на забезпечення медикаментами, а 2 895,7 тис. грн. – на закупівлю медичного обладнання.

Як результат реалізації заходів Програми, наявна позитивна динаміка окремих показників онкологічної служби:

- Знизився рівень дорічної летальності.
- Щороку збільшувалась питома вага виявлення онкопатології при профілактичних оглядах.
- Поступово поліпшувалась якість виявлення візуальних локалізацій раку, про що вказують підвищення питомої ваги виявлення онкопатологій на початкових стадіях та зменшення питомої ваги виявлення занедбаних стадій.
- Підвищився показник питомої ваги хворих, що отримали спецлікування, який в значній мірі залежить від соціально-економічного фактору та матеріального стану населення, і велику роль у цьому відіграло державне забезпечення медикаментами під дану Програму.

➤ Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року. В межах дії Програми для забезпечення онкохворих медикаментами освоєно 18 981,1 тис. грн., отримано медичне обладнання на суму 1 226,1 тис. грн. з Державного бюджету та 97,28 тис. грн. з місцевого бюджету (табл. 5.4).

➤ Обласна програма покращення діагностики, лікування та профілактики злоякісних новоутворень на 2017-2022 роки, на реалізацію якої заплановано виділення з обласного бюджету 31933,0 тис. грн. на закупівлю ліків, медичного обладнання та ремонтів приміщень. Результати реалізації цієї програми:

- Покращено ранню діагностику злоякісних новоутворень I–II стадій, особливо візуальних локалізацій.
- Покращено діагностику передракових захворювань, оздоровлення та динамічний нагляд за хворими з передраковими станами та особами з груп ризику.
- Знижено рівні занедбаності онкологічної патології, онкологічної смертності,

смертності протягом року після встановлення діагнозу.

- Удосконалено надання третинної високоспеціалізованої медичної допомоги онкологічним хворим.

Таблиця 5.4

**Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями
у Рівненській області на період до 2016 року**

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Всього за період 2010–2016 рр.
Забезпечення хіміотерапевтичними, радіофармпрепаратами та препаратами супроводу для лікування хворих, тис. грн.							
2 632,7	1 575,7	5 185,1	3 378,4	1 257,2	1 773,2	3 178,8	18 981,1
Придбання медичного обладнання, тис. грн.							
812,9	510,48	-	-	-	-	-	1 323,38

Динаміка показників стану онкологічної допомоги у Рівненській області в 2018–2020 рр.: показник однорічної летальності знизився на 1,5% (з 26,9% до 26,5%); поширеність захворювань зросла на 10,5% (у 2018 р. – 1942,8, у 2020 р. – 2147,5 на 100 тис. нас.), по Україні – на 7,9%; кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 4,6% (з 30,8% у 2018 році до 32,2% у 2020 році); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 13,7% (з 63,6% до 54,9%).

У Хмельницькій області до програм з онкопrevenції та лікування онкопатології належали:

➤ Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Виконання заходів розділу IX Програми «Боротьба з раком, заходи з онкології» сприяли зниженню рівня загальної онкозанедбаності з 19,7% у 2001 році до 13,7% у 2011 році та зростанню показника виявлення онкохворих на профоглядах з 18,9% у 2001 році до 21,1% у 2011 році.

➤ Обласна програма «Онкологія» на 2002–2006 рр. З обласного бюджету для

виконання заходів Програми отримано 12 398,33 тис. грн. За рахунок державного бюджету за період дії програми «Онкологія» надано медикаментів на суму 6 896,500 тис. грн. та обладнання на суму 2 578,460 тис. грн. Заходи щодо виконання Програми включали в себе вторинну профілактику, ранню діагностику, лікування онкопатології та санітарно-просвітницьку роботу.

➤ Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року. Для реалізації заходів Програми освоєно 28 573,40 тис. грн. для забезпечення онкохворих медикаментами, з яких 86,9% – за рахунок державного бюджету. Також поновлено матеріально-технічну базу спеціалізованого обласного онкологічного диспансеру на загальну суму 8 453,405 тис. грн., з них 67,5% – це кошти благодійних фондів, спонсорські внески та позабюджетні надходження (табл. 5.5).

Таблиця 5.5

**Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями
у Хмельницькій області на період до 2016 року**

Рік Стаття витрат	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Всього за період 2010-2015 рр.
Забезпечення медикаментам и, тис. грн.	2 625,7 в т.ч.:	3 466,7 в т.ч.:	6 217,4 в т.ч.:	7 165,5 в т.ч.:	1 584,6 в т.ч.:	7 513,5 в т.ч.:	28 573,40
	Централізовані поставки за рахунок державного бюджету						
	2 625,7	3 466,7	6 217,4	7 165,5	1 584,6	3 766,6	24 826,50
	За рахунок обласного бюджету						
	-	-	-	-	-	3 746,9	3 746,9
Придбання медичного обладнання, тис. грн.	854,1 в т.ч.:	892,06 в т.ч.:	5 670,8 в т.ч.:	339,515 в т.ч.:	642,230 в т.ч.:	54,7 в т.ч.:	8 453,405
	За кошти державного бюджету						
	492,688	-	-	-	-	-	492,688
	За кошти обласного бюджету						
	91,3	885	85,95	375,052	602,63	54,7	2 094,632
	Позабюджетні надходження, спонсорські кошти, благодійна допомога						
19,1	7,055	5 600	38,463	39,6	-	5 704,218	

У рамках даної Програми було вжито наступних заходів:

- Удосконалено систему первинної та вторинної профілактики онкологічних захворювань.
- Удосконалено діагностичні методи виявлення онкологічних захворювань і спеціального лікування хворих на ЗН.
- Удосконалено систему надання паліативної допомоги онкологічним хворим.
- Удосконалено систему підготовки медичних працівників у галузі онкології.
- Забезпечено реалізацію наукових досліджень у галузі онкології, заснованих на принципах доказової медицини.
- Підвищено рівень інформаційного забезпечення онкологічної служби.
- Здійснено міжнародне співробітництво.

Проте, на сьогодні в області залишається не вирішеним питання зі створення хоспісу, особливої уваги вимагає поновлення рентгенологічної та іншої апаратури.

➤ Обласна програма розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Хмельницької обласної ради на 2020 рік включала розділ «Боротьба з онкологічними захворюваннями», в якому були передбачено кошти з обласного бюджету на капітальний ремонт будівлі КНП «Хмельницький обласний протипухлинний центр» та придбання медичного, хірургічного, лабораторного обладнання (устаткування), медикаментів для КНП «Хмельницький обласний протипухлинний центр» у сумі 14 800,0 тис. грн. Виділено на ці потреби 6 518,6 тис. грн, що становить 44,0% від заявлених.

➤ Обласна програму розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Хмельницької обласної ради на 2021 рік у розділі «Боротьба з онкологічними захворюваннями» містить перелік запланованих витрат з обласного бюджету на суму 14 833,0 тис. грн., а саме: технічне переоснащення лікувальної кімнати для дистанційної променевої терапії радіологічного відділення та капітальний ремонт системи гарячого водопостачання Хмельницького обласного онкодиспансеру; фінансування центральної цитологічної лабораторії. Відсутня інформація щодо виконання цієї програми.

Динаміка показників стану онкологічної допомоги у Хмельницькій області в 2018–2020 рр.: показник однорічної летальності знизився на 8,3% (з 27,7% до 25,4%); поширеність захворювань зросла на 9,1% (у 2018 р. – 2522,4, у 2020 р. – 2752,5 на 100 тис. нас.); кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 9,7% (з 33,0% у 2018 р. до 36,2% у 2020 р.); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 1,0% (з 69,1% до 68,4%).

У Закарпатській області впроваджена Обласна цільова Програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2021 року, на яку заплановано виділення з обласного бюджету 87 750,0 тис. грн. Програма включає такі основні завдання:

- Застосування скринінгових програм в онкологічній галузі з метою покращення показників ранньої діагностики передпухлинних захворювань і ЗН, з яких важливими є рак молочної залози, шийки матки та інших нозологічних форм; використання електронних систем контролю цитологічного та мамологічного скринінгу та забезпечення профілактичних заходів, ранньої діагностики, кабінетів патології шийки матки, мамологічних кабінетів розхідними матеріалами, діагностичними тест системами, апаратурою – передбачено виділення 7500,0 тис. грн., очікуваний результат – зростання питомої ваги злоякісних новоутворень в 1-2 ст. до 45% у 2020 р. (фактично є 43,6%).

- Забезпечення обласного онкологічного клінічного диспансеру та відділень засобами медичного призначення, хіміотерапевтичними та спеціальними препаратами, радіофармпрепаратами, препаратами супроводу для діагностики та лікування онкологічних хворих – заплановано виділення коштів 10 000,0 тис. грн., очікуваний результат - питома вага хворих злоякісними новоутвореннями, які отримали спеціальне лікування, у 2020 р. має складати 70% (фактично в цьому році є 68,2%).

- Забезпечення медичної, соціальної, психологічної та санаторно-курортної реабілітації онкологічних хворих. Забезпечення онкологічних хворих виробами медичного призначення для реабілітації, а саме калоприймачами, сечоприймачами та засобами догляду – заплановано видатків 30000,0 тис. грн.

- Розроблення та видання пам'ятки для онкологічних хворих, плакатів, бюлетенів для інформування з питань профілактики, ранньої діагностики злоякісних новоутворень, методів лікування. – заплановано видатків 250 тис. грн., очікуваний результат – питома вага пацієнтів, які виявлені при профілактичних оглядах від вперше зареєстрованих у 2020 р. має складати 28% (фактично є в цьому році лише 11,5%).

Таким чином, ця Програма в більшості випадків практично в повному обсязі очікувані результати досягнуті. І в цілому, якщо проаналізувати динаміку ключових показників роботи онкослужби в Закарпатській області за 2018-2020 роки, то все ж більшість змін є позитивними: показник однорічної летальності не зростав - на однаковому рівні в 2018 та 2020 роках (28,9%); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, зросла на 1,2% (з 67,4% до 68,2%). Негативні зміни мають два показники, і їх динаміка є меншою, ніж в цілому по Україні: поширеність захворювань зросла на 5,7% (у 2018 р. – 1781,9, у 2020 р. – 1883,4 на 100 тис. нас.); кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 6,9% (з 43,4% у 2018 році до 46,4% у 2020 році).

У Тернопільській області виконувалась Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями до 2016 року, основним завданням якої було покращення ефективності профілактики та ранньої діагностики і якісного лікування хворих на злоякісні новоутворення, а також зниження рівня смертності і показника первинної інвалідності з причини онкопатології, створення необхідних умов для продовження якісного життя онкологічних хворих.

На час дослідження в області працювала Обласна комплексна програма «Здоров'я населення Тернопілля на 2022-2026 роки», в якій передбачено розділ «Забезпечення надання медичної допомоги онкологічним хворим». Фінансування планувалось за кошт з обласного бюджету по напрямкам: проведення модернізації матеріально-технічної бази радіологічного відділення з обов'язковою перезарядкою та технічним обслуговування апаратів променевої терапії – 8 100 тис. грн., забезпечення комунального некомерційного підприємства „Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер” Тернопільської обласної ради сучасним

технічним обладнанням для здійснення інвазивного лікування злоякісних новоутворень і забезпечення його технічним супроводом – 2 000 тис. грн., матеріально-технічне забезпечення комунального некомерційного підприємства „Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер” з метою додержання стандартів лікування онкологічних хворих: хіміотерапевтичними препаратами, радіофармацевтичними препаратами, препаратами супроводу та ін. – 5 000 тис. грн.

Динаміка показників роботи онкослужби у Тернопільській області за 2018-2020 роки: показник однорічної летальності знизився на 8,3% (з 30,1 до 27,6%); поширеність захворювань зросла на 4,6% (у 2018 р. – 2467,3, у 2020 р. – 2581,1 на 100 тис. нас.); кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 16,4% (з 40,3% у 2018 році до 46,9% у 2020 році); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 3,8% (з 75,7% до 72,8%).

Таким чином, серед 8 областей західного регіону України в 5 областях є наявні цільові програми щодо профілактики онкологічних захворювань, окрім того в усіх областях працюють програми розвитку охорони здоров'я, в яких є розділи присвячені цій проблемі. Фінансування в більшості випадків, як і в інших регіонах, відбувається за рахунок обласного бюджету. Найменша частка наданого фінансування із запланованого була в Івано-Франківській, Чернівецькій та Хмельницькій областях, хоча в цілому навіть в цих областях динаміка негативних змін не була значною.

На підконтрольній Україні території Луганської області за даними Департаменту ОЗ Луганської облдержадміністрації не затверджені онкологічні програми, лікування онкопатології. Остання програма, яка була в області – це Регіональна цільова комплексна програма розвитку охорони здоров'я Луганської області на 2011-2014 роки із зазначенням виконання на 75,25%.

Динаміка показників онкопатології у Луганській області за 2018-2020 роки відповідає тому, що в області відсутні будь-які діючі медичні програми – тільки один показник мав позитивні зміни: показник однорічної летальності знизився на 6,8% (з 26,3% до 24,5%). Негативні зміни мають всі решта ключові показники області зі значним перевищенням тотожних даних в цілому по Україні: поширеність захворювань зросла на 11,1% (у 2018 р. – 2604,3, у 2020 р. – 2894,3 на 100 тис. нас.);

кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 4,6% (з 41,4% у 2018 р. до 43,3% у 2020 р.); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 1,6% (з 70,6% до 69,5%).

У Харківській області було впроваджено комплексну обласну програму «Здоров'я Слобожанщини» на 2017 – 2018 роки. Зазначено, що вона виконана не в повному обсязі.

На час дослідження в області діяла комплексна обласна програма «Здоров'я Слобожанщини» на 2021-2022 роки, із загальним обсягом фінансових ресурсів 5 219 688,0 тис. грн., в яку включено розділ «Заходи з удосконалення медичної допомоги при онкологічних хворобах у Харківській області». Основними завданнями якого є покращення ефективності ранньої діагностики ЗН та спеціалізованого лікування таких хворих. Одним із завдань проведення цих заходів було зниження показника занедбаності та смертності раку молочної залози, задля чого було збільшено число проведених скринінгових обстежень жінок щодо своєчасної діагностики цієї онкопатології та забезпечення цільових обстежень жінок з групи ризику на сучасному діагностичному обладнанні (мамографічних та ультразвукових комплексах). Також в межах цієї програми проводились заходи з удосконалення системи надання паліативної допомоги хворим на ЗН, для чого продовжувалась робота з відкриття нових хоспісів для паліативного лікування невиліковно хворих. Фінансування планувалось з місцевого бюджету та інших джерел.

Показники динаміки захворюваності в Харківській області за 2018-2020 роки: показник однорічної летальності знизився на 1,8% (з 28,3% до 27,8%); поширеність захворювань зросла на 7,4% (у 2018 р. – 2957,9, у 2020 р. – 3176,3 на 100 тис. нас.); кількість хворих, виявлених у III-IV стадії зросла на 6,8% (з 26,5% у 2018 р. до 28,3% у 2020 р.); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 3,6% (з 61,2% до 59,0%).

На підконтрольній території України Донецької області впроваджена «Програма економічного і соціального розвитку Донецької області на 2019 рік та основні напрями розвитку на 2020 і 2021 роки», в якій у розділі охорони здоров'я є передбачено виділення коштів з обласного бюджету на забезпечення 11830

онкологічних хворих лікарськими засобами в сумі 5 181,7 тис. грн.; на забезпечення 372 хворих діагностичними засобами – 264,1 тис. грн. Інформації про їх фактичне фінансування немає.

Показники динаміки захворюваності в Донецькій області за 2018-2020 роки: показник однорічної летальності знизився на 3,8% (з 28,7% до 27,6%); кількість хворих, виявлених у III-IV стадії знизилась на 0,73% (з 41,1% у 2018 р. до 40,8% у 2020 р.); поширеність захворювань зросла на 8,5% (у 2018 р. – 2566,7, у 2020 р. – 2784,3 на 100 тис. нас.); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, знизилась на 0,29% (з 69,2% до 69,0%).

Таким чином, слід відмітити, що у східному регіоні України в жодній з областей не діє цільова програма щодо профілактики онкопатології. З наявних комплексних програм по ОЗ, у двох областях (Харківській і Донецькій) передбачено виділення коштів на допомогу онкохворим, проте чи вони були отримані – інформація відсутня. Найгірша ситуація в Луганській області: при практично відсутньому фінансуванні цієї галузі спостерігаються значні негативні зміни в динаміці основних показників онкологічної допомоги.

У Дніпропетровській області надання онкологічної допомоги населенню здійснювалось у рамках:

➤ Обласної програми «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2015–2019 роки». Відповідно до Програми впродовж 2015–2019 рр. з обласного бюджету виділено 32 056,127 тис. грн., фактично освоєно 30 634,84 тис. грн. на забезпечення лікувальними препаратами онкологічних хворих, а також 776,91 тис. грн. на придбання вакцини для профілактики раку шийки матки (табл. 5.6).

Показниками ефективності виконання Програми є: рівень смертності знизився на 7,4%; рівень захворюваності зріс на 3,2%; 3% хворих з вперше виявленими онкологічними захворюваннями було забезпечено необхідними лікарськими засобами.

➤ Обласної програми «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020–2024 роки». В рамках даної Програми у розділі «Надання медичної допомоги онкологічним хворим» відмічено лише одну позицію «Забезпечення лікарськими засобами

онкологічних хворих визначеної категорії», на який планувалось виділити 41 612,391 тис. грн. з обласного бюджету. У 2020–2021 рр. було заплановано фінансування 7 462,553 тис. грн. та 7 887,919 тис. грн. відповідно, але кошти не були виділені. На 2022 рік було передбачено фінансування в обсязі 8 305,979 тис. грн.

Таблиця 5.6

Обласна програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2015–2019 роки»

Рік Стаття витрат	2015	2016	2017	2018	2019	Всього за період 2015-2019 рр.
Забезпечення лікарськими засобами онкологічних хворих, тис.грн	3 807,620	7 426,310	6 454,054	6 596,076	6 350,784	30634,84
Придбання вакцини для профілактики раку шийки матки, тис. грн.	250,34	261,872	264,698	*	*	776,91
Примітка: * – вакцина для профілактики захворювання на вірус папіломи людини у 2018 році не увійшла до Національного переліку лікарських засобів, що унеможливило його закупівлю за кошти обласного бюджету						

Припускаючи, що з причини якісного фінансування запланованих заходів виконання Програми у попередні роки, значна частина показників захворюваності на ЗН у Дніпропетровській області за 2018-2020 роки мають позитивну динаміку. А саме: показник летальності до року знизився на 9,5% (з 31,7% до 28,7%); частка вперше виявлених онкологічних пацієнтів, яким було проведено лікування збільшилась на 7,2% (з 59,7% до 64,0%). Від'ємну динаміку мають наступні показники: рівень загальної захворюваності зріс на 4,7% (у 2018 р. – 2452,5, у 2020 р. – 2568,3 випадків на 100 тис. нас.); частка занедбаних форм, виявлених у III-IV стадії збільшилась на 12,5% (з 34,3% у 2018 р. до 38,6% у 2020 р.).

У Кіровоградській області були реалізовані такі регіональні програми боротьби

з онкопатологією:

➤ Обласна програма «Онкологія» на 2002–2006 рр. За період дії цієї Програми забезпечення хіміотерапевтичними та радіофармпрепаратами онкологічних хворих було централізованим, а саме за рахунок фінансування Державного бюджету: у 2002 році була виділена сума 65,2 тис. грн., у 2003 році – 1 575,5 тис. грн., у 2004 році – 940,8 тис. грн., у 2005 році – 1 467,5 тис. грн., у 2006 році – 1 079,2 тис. грн. За ці кошти для обласного онкологічного диспансеру було придбано необхідне устаткування та обладнання на загальну суму 3 242,9 тис. грн. Результатами роботи Програми стало зростання числа раннього виявлення ЗН таких як: рак шийки матки, рак тіла матки, рак шкіри. Також відбулось зниження показників занедбаності раку яєчників, раку прямої кишки, раку ободової кишки, зниження показника річної летальності та знизився загальний показник смертності з причини ЗН.

➤ Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2010–2016 роки. За цією Програмою були передбачені кошти в сумі 160 268,2 тис. грн., проте фактично було оплачено лише 37,0% (59 300 тис. грн.) (табл. 5.7).

Результатами виконання передбачених Програмою заходів є позитивна динаміка наступних показників:

Таблиця 5.7

**Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями
у Кіровоградській області на 2010–2016 роки**

Роки	Передбачене фінансування, визначене програмою, тис. грн.	Фактичні обсяги фінансування за звітний період, тис. грн	Рівень виконання до затвердженого, %	Джерело фінансування
2010-2016	160 268,2 в т.ч.:	59 300 в т.ч.:	37,0 %	
	65 741,8	26 308,3	40,0 %	Державний бюджет
	50 058,4	22 624,9	45,2 %	Обласний бюджет
	44 468,0	10 366,8	23,3 %	Районні, міські бюджети

- Частка виявлення онкологічних хворих зросла на 16,2%.
- Частота виявлення злоякісних новоутворень на ранніх стадіях (I та II стадії) зросла на 4,0%.
- Число хворих, яким було проведено спеціальне лікування зросло з 67,6% до 70,1%.
- Частка виявлення занедбаних форм ЗН знизилась на 2,1%.
- Показник річної летальності знизився на 6,2%.
- Показник смертності від ЗН знизився на 1,0%.

З 2017 року в Кіровоградській області немає жодних програм із передбаченим фінансуванням медичної допомоги онкологічним пацієнтам.

За період 2018-2020 рр. у Кіровоградській області були наступні зміни показників: летальність до року знизилась на 17,3% (з 474,9% до 393%); частка охоплених лікуванням первинних пацієнтів зросла на 0,89% (з 67,6% до 68,2%); рівень загальної захворюваності зріс на 7,6% (у 2018 р. – 2947,0, у 2020 р. – 3172,0 на 100 тис. нас.); частка занедбаних форм (у III-IV стадії) зросла на 15,1% (з 31,2% у 2018 році до 35,9% у 2020 році).

У Полтавській області в сфері профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями були реалізовані наступні програми:

- Обласна програма «Онкологія» на 2002–2006 рр.
- Обласна програма «Скринінг патології шийки матки на 2005–2020 роки». На виконання Програми в мережі жіночих консультацій області було відкрито 31 кабінет патології шийки матки, із яких 16 – з комп'ютерною програмою по цитологічному скринінгу.
- Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року. Виконання заходів Програми сприяло позитивним змінам наступних показників:
 - Показник річної летальності знизився з 34,3% у 2010 р. до 31,0% у 2016 році.
 - Частка раннього виявлення (у I–II стадії) онкопацієнтів зросла з 41,5% у 2010 р. до 53,6% у 2016 р.
 - Частка виявлення ЗН у занедбаних формах знизилась з 26 % у 2010 р. до 24,9

% у 2016 р.

- Частка хворих, які є на обліку більше 5 років, зросла з 58,5% у 2010 р. до 62% у 2016 р.

➤ Обласна програма розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Полтавської обласної ради на 2021 рік. В цій Програмі є враховано «заходи з діагностики та спеціального лікування онкологічних захворювань у дорослих», для цього передбачено виділення коштів у сумі 4 092,8 тис. грн. з обласного бюджету.

Відмічено позитивні зміни показників онкологічної допомоги за 2018-2020 роки в Полтавській області. А саме: показник однорічної летальності знизився на 4,9% (з 30,4% до 28,9%); кількість первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, зросла на 1,9% (з 63,6% до 64,8%). Серед негативних змін основними є: рівень загальної захворюваності зріс на 6,0% (у 2018 р. – 2925,2, у 2020 р. – 3101,9 на 100 тис. нас.); частка занедбаних форм (у III-IV стадії) зросла на 11,3% (з 40,0% у 2018 році до 44,5% у 2020 році).

У Вінницькій області профілактичні та лікувальні заходи щодо ЗН були реалізовані в наступних програмах:

➤ Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року. Програма фінансувалась практично наполовину з бюджету держави (49,5%). Решта – за кошти обласного (48,9%) та місцевого (1,6%) фінансування. Всього по факту було профінансовано 68,5% від запланованого (табл. 5.8).

Оцінка за результатами виконання цієї Програми показала ряд позитивних змін за 2012–2016 роки:

- частка охоплення хворих на ЗН спеціальним лікуванням зросла з 65,0% до 67,6%;

- рання діагностика (у I–II стадії) онкології збільшилась на 1,9% (60,5% проти 58,6%);

- показник однорічної летальності хворих знизився до 27,3% проти 27,8%.

Серед негативних змін слід відмітити зростання поширеності ЗН з 347,3 на 100 тис. нас. до 362,1 на 100 тис. нас. та зростання показника смертності з причини ЗН від 191,0 на 100 тис. нас. до 198,2 на 100 тис. нас.

➤ Обласна програма «Боротьба з онкологічними захворюваннями на період 2017–2021 роки». На цю Програму було передбачено виділення 105 млн. грн. на закупівлю ліків, обладнання та апаратури, ремонти приміщень. Отримано наступні позитивні результати:

- з метою підвищення ефективності профілактичних заходів у 2017–2019 рр. були створені оглядові кабінети в ЗОЗ первинного та спеціалізованого рівнів;
- зросли показники діагностики ЗН: за 2019 рік було морфологічно верифіковано 77,1% з усіх ЗН, охоплено спеціальним лікуванням 63,7% хворих, показник 5-річної виживаності досяг 63%;
- в області проводились клінічні багатоцентрові наукові дослідження з метою впровадження сучасних методів надання медичної допомоги онкологічним хворим.

Таблиця 5.8

**Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями
у Вінницькій області на період до 2016 року**

Роки	Передбачене фінансування, визначене програмою, тис. грн.	Фактичні обсяги фінансування за звітний період, тис. грн	Рівень виконання до затвердженого, %	Джерело фінансування
2012-2016	253 602,7 в т.ч.:	56 387,2 в т.ч.:	68,5 %	
	180 287,0	27 899,931	15,5 %	Державний бюджет
	64 354,6	27 571,0	42,8 %	Обласний бюджет
	8 961,1	916,3	10,2 %	Місцевий бюджет

За 2018-2020 роки у Вінницькій області динаміка більшості ключових показників онкологічної допомоги є негативною: рівень загальної захворюваності зріс на 7,4% (з 2757,5 до 2961,3 на 100 тис. нас.); частка занедбаних форм (III-IV стадії) зросла на 22,6% (з 32,8% до 40,2%); летальність до року зросла на 1,2% (з 26,1% до 26,4%); частка первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням,

знизилась на 5,4% (з 65,2% до 61,7%).

У Черкаській області протягом аналізованого періоду було впроваджено наступні програми онкологічної допомоги:

➤ Державна програма „Дитяча онкологія“ на 2006-2010 роки. В межах програми було закуплено ліків на 17623,8 тис. грн з державного бюджету та використано 17623,8 тис. грн. на інші потреби.

➤ Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, яка була продовжена до 2018 року, була профінансована в повному обсязі. Результатами реалізації Програми стало те, що збільшилась частка хворих, охоплених спеціальним лікуванням (у 2018 році – 70,2%), зросла частка осіб з раннім виявленням ЗН (у I-II стадії) – 52,3% від взятих на облік у 2018 році проти 51,1% - у 2017 році.

➤ Обласна Програма розвитку паліативної допомоги на 2015-2020 роки. Основною діяльністю Програми у напрямку допомоги онкологічним хворим є: для надання спеціалізованої стаціонарної хоспісної допомоги невиліковним онкологічним хворим області було створено паліативно-хоспісне відділення на базі КЗ «ЧООД» ЧОР на 50 ліжок з функцією основного організаційно-координаційного центру з питань паліативної допомоги; забезпечення Черкаського обласного онкологічного диспансеру лікарськими засобами для лікування паліативних хворих; оснащення виїзних мультидисциплінарних бригад апаратурою та інвентарем для догляду за невиліковними хворими.

За період 2018-2020 років в Черкаській області більшість показників індикаторів онкологічної допомоги мало позитивну динаміку: показник летальності до року знизився на 8,2% (з 24,5% до 22,5%); частка охоплених спеціальним лікуванням первинних онкологічних зросла на 4,8% (з 70,2% до 73,6%). Лише два показники, які і в цілому по Україні також зростають, мають негативну тенденцію змін: показник загальної захворюваності зріс на 9,4% (у 2018 р. – 3160,6, у 2020 р. – 3456,6 на 100 тис. нас.); частка занедбаних форм ЗН (у III-IV стадії) зросла на 8,9% (з 35,9% у 2018 році до 39,1% у 2020 році).

Зі всіх центральних областей, найкраще організовано роботу з профілактики та

боротьби з онкопатологією у Вінницькій області, найгірше – в Кіровоградській області. Проте, у всіх областях більшість ключових показників роботи онкослужби мала позитивну тенденцію. Слід зазначити, що повноцінне фінансування програм давало в подальшому позитивні зміни важливих показників допомоги онкологічним хворим [47].

Таким чином, у 16 областей з 25 були відсутні діючі цільові програми щодо профілактики онкопатології, хоча практично у всіх областях (крім Луганської та Кіровоградської) у програмах з охорони здоров'я був передбачений розділ з даної проблеми. Також, підсумовуючи отримані дані, можна стверджувати про відносно низький рівень фінансування (особливо з місцевого бюджету) практично в усіх проаналізованих областях, яке є одним із важливих чинників несвоєчасного виявлення онкопатології на ранніх стадіях та неналежного рівня надання медичної допомоги хворим на онкологічні захворювання. І, як результат – у всіх областях України за останні аналізовані 3 роки відбулось зростання загального числа хворих на онкологічні захворювання; практично у всіх (крім Донецької та Одеської) областях зросла кількість хворих, виявлених у III-IV стадії; у 17 з 25 областей (68%) частка первинних онкохворих, охоплених спеціальним лікуванням, складає менше 70% і в жодній з областей не сягає 80%.

Найбільше діючих програм з медичної допомоги онкологічним хворим є в західному регіоні України – 62,5% областей їх мають на момент дослідження, найменше – в східному регіоні (жодної). За отриманими нами даними, в більшості регіонів успішно фінансовані програми приводили до позитивних змін ключових показників онкослужби, що доводить важливість таких програм.

5.2 Рівень забезпечення апаратурою променевої діагностики у закладах, які надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями

За результатами дослідження встановлено, що всього, станом на 31 грудня 2021 року в Україні в 51 ЗОЗ онкологічного профілю на обліку перебував 281 апарат, який призначений для діагностики та лікування онкохворих, що складає в середньому $40,14 \pm 1,23$ апаратів на 1 територіальну одиницю України [44]. Найпоширенішими з

поміж всіх апаратів є апарати рентгенотерапії – 21,35% (n=60), апарати для дистанційної гаматерапії – 20,64% (n=58) та комп'ютерні томографи – 18,86% (n=53) (рис. 5.1).

Найменша кількість є магнітно-резонансних томографів (МРТ) – 4,63% (n=13) та апаратів ядерної медицини (ПЕТ, однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ), гама-камера) – 3,56% (n=10).

Слід відмітити, що серед всіх апаратів лише 3 види їх є у всіх 24 територіальних одиницях: апарати для рентгенотерапії, апарати для дистанційної гаматерапії та апарати для внутрішньопорожнинної гаматерапії (табл. 5.9).

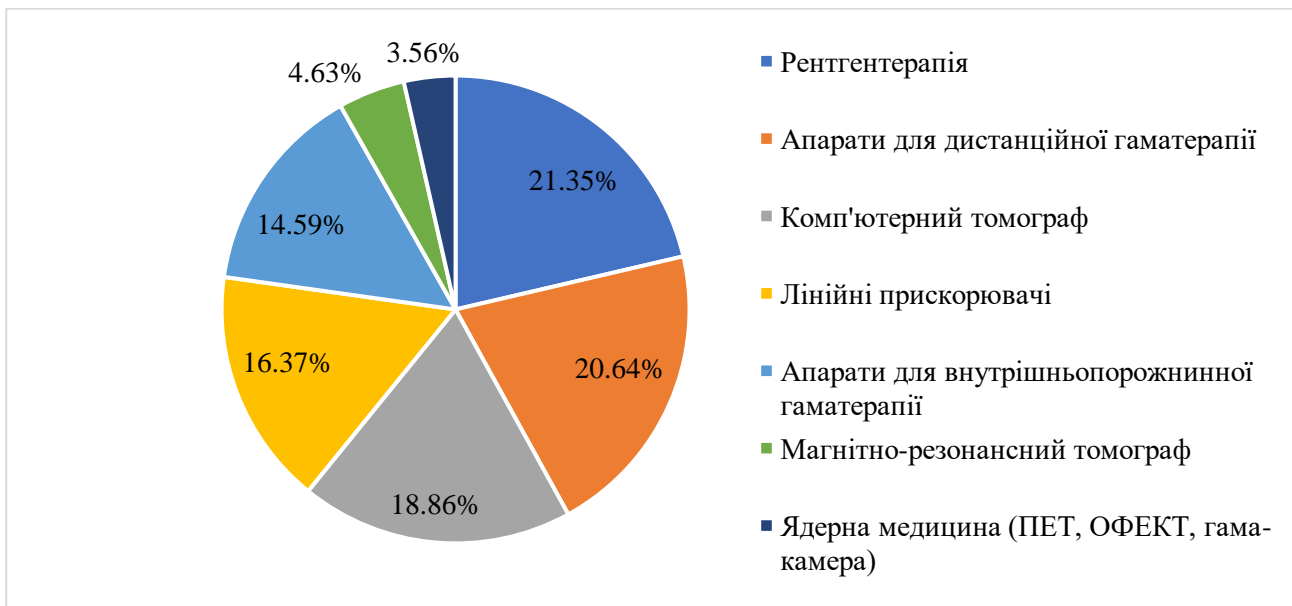


Рис. 5.1. Структура апаратів служби променевої діагностики у ЗОО онкологічного профілю (станом на 31.12.2021 р.)

Для потреб онкохворих комп'ютерний томограф був наявний у 22 територіальних одиницях (немає у Житомирській та Миколаївській областях), лінійні прискорювачі – у 19 (немає у Івано-Франківській, Одеській, Тернопільській, Черкаській та Чернівецькій областях), МРТ – у 6, а саме у Донецькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Київській областях та м. Київ; апарати ядерної медицини – у 4: Дніпропетровській, Львівській, Хмельницькій областях та м. Київ. Співставлення кількості апаратів до числа територіальних одиниць, на яких вони були, показало, що найбільше зареєстровано апаратів для рентгенотерапії: 2,50 на 1

територіальну одиницю, а найменше апаратів для

Таблиця 5.9

Кількість апаратів служби променевої діагностики у 303 онкологічного профілю на територіальних одиницях України

Апарати	К-ть апаратів всього	К-ть територ. одиниць, де є апарат	Апарати/ 1 територіальна одиниця
Рентгентерапія	60	24	2,50
Апарати для дистанційної гаматерапії	58	24	2,42
Комп'ютерний томограф	53	22	2,41
Лінійні прискорювачі	46	19	2,42
Апарати для внутрішньопорожнинної гаматерапії	41	24	1,71
Магнітно-резонансний томограф	13	6	2,17
Ядерна медицина (ПЕТ, ОФЕКТ, гама-камера)	10	4	2,50

внутрішньопорожнинної гаматерапії – 1,71 на 1 територіальну одиницю України.

Значна кількість апаратури служби променевої діагностики має тривалий термін експлуатації. Так, у апаратів рентгенотерапії середній термін роботи становить $37,38 \pm 1,80$ років, зокрема найбільший термін працюючого апарату – 60 років у Мелітопольському онкологічному диспансері Запорізькій області (апарат РУМ-7 (Мосрентген)), найменший – 1 рік у Білоцерківському обласному онкологічному диспансері Київської області (апарат ТЕРАД 200 (НВПУП "АДАНИ")) (табл. 5.10).

Апарати для дистанційної гаматерапії також мають в середньому тривалий термін експлуатації – $25,86 \pm 1,46$ років, з яких найбільший термін у апарата ЛУЧ-1 у Онкологічному диспансері м. Маріуполя Донецької області – 50 років, найменший – апарат Terabalt-100/ASC Тернопільського обласного клінічного онкологічного диспансеру – 8 років.

Таблиця 5.10

**Середній термін експлуатації апаратів служби променевої діагностики у ЗОЗ
онкологічного профілю**

Апарати	К-сть апаратів всього	M±m, років
Рентгентерапія	60	37,38±1,80
Апарати для дистанційної гаматерапії	58	25,86±1,46
Апарати для внутрішньопорожнинної гаматерапії	41	20,61±1,80
Комп'ютерний томограф	53	8,45±0,71
Магнітно-резонансний томограф	13	8,00±1,74
Лінійні прискорювачі	46	4,65±0,73
Ядерна медицина (ПЕТ, ОФЕКТ, гама-камера)	10	4,20±1,92

Середній термін експлуатації апаратів для внутрішньопорожнинної гаматерапії становив 20,61±1,80 років: з числа працюючих найбільший термін 40 років має апарат АГАТ-В у Онкологічному диспансері м. Маріуполя Донецької області, найменший – 5 років, апарат MultiSource® HDR у Дніпровському обласному клінічному онкологічному диспансері.

Відносно невеликі терміни експлуатації мають комп'ютерний томограф – 8,45±0,71 років (найстаріший апарат (Somatom Emotion (Siemens)) працює 18 років у Львівському онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі); МРТ – 8,00±1,74 років (найстаріший апарат (Concerto (Siemens)) має 18 років у клінічній лікарні «Феофанія» м. Києва); лінійні прискорювачі – 4,65±0,73 років (найстаріший апарат (Oncor Impression Plus (Siemens)) працює 16 років у Київському міському клінічному онкологічному центрі); апарати ядерної медицини – 4,20±1,92 років (найстаріший апарат (гама-камера SkyLight) використовують 14 років у клінічній лікарні «Феофанія» м. Києва).

Оцінка розподілу працюючих та непрацюючих апаратів служби променевої діагностики показала, що найбільша кількість працюючих апаратів була серед

апаратів ядерної медицини – 90,00%, відповідно 10% не працювало, а саме: це один 14-літній апарат Миської клінічної лікарні № 4 Дніпровської міської ради (рис. 5.2).

Комп'ютерні томографи посідають друге місце серед числа працюючих: 86,79% працюють і 13,21% не працюють (n=7, з яких апарати у Кіровоградській та Тернопільській областях були єдиними по області в ЗОЗ онкологічного профілю і на момент завершення дослідження заміни не мали).

На третьому місці був МРТ: 84,62% працюючих апаратів та 15,38% - непрацюючих (n=2, у Івано-Франківській області та м. Києві, але в цих територіальних одиницях є ще інші МРТ апарати).

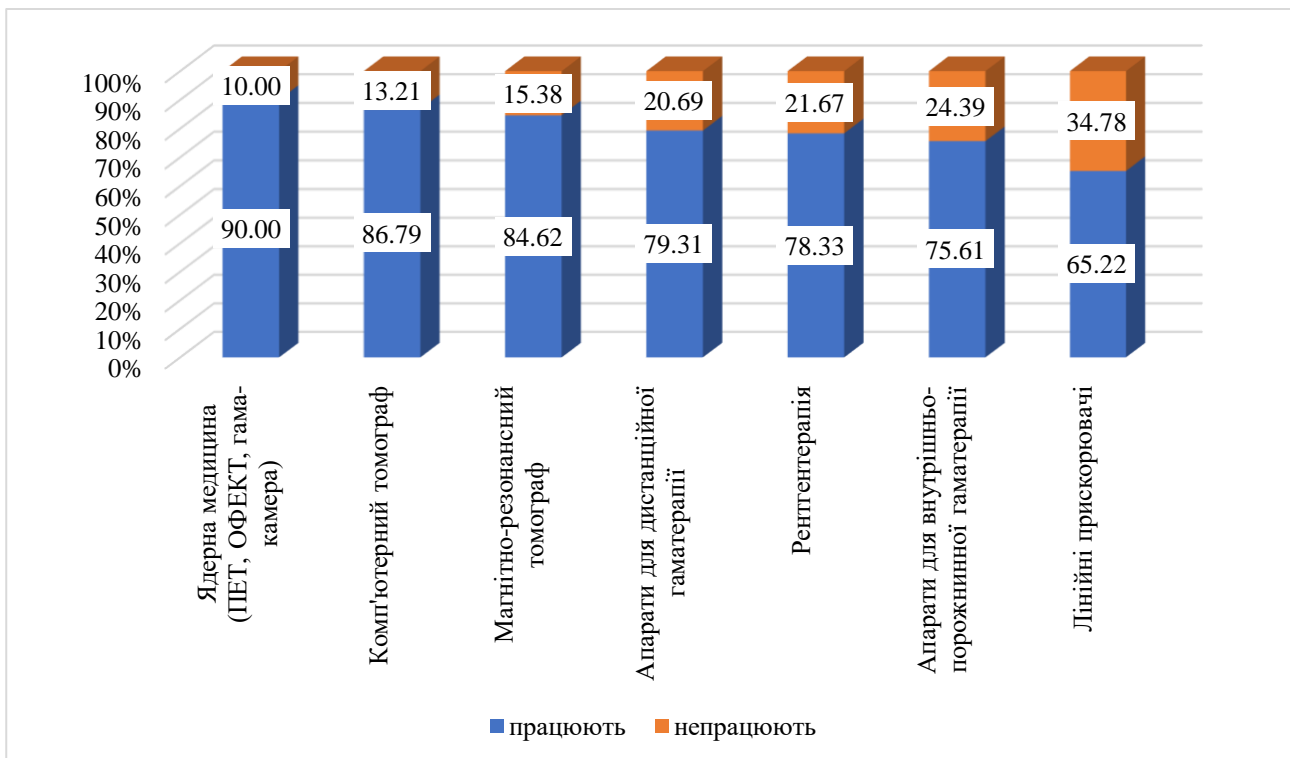


Рис. 5.2. Частка робочих та неробочих апаратів, які використовуються службою променевої діагностики у ЗОЗ онкологічного профілю (станом на 31.12.2021 р.)

Серед апаратів для дистанційної гаматерапії кожний п'ятий (20,69%, n=12) не працював. Непрацюючі апарати зареєстровано у 8 областях, проте практично у всіх областях були ще інші працюючі апарати, крім Київської області, де він був єдиний по всій області, хоча у м. Києві працюючі апарати для дистанційної гаматерапії були

в наявності.

Не працювало 21,67% (n=13) апаратів рентгенотерапії у 8 областях України, причому у Закарпатській, Кіровоградській, Тернопільській та Харківській областях заміни їм не було.

Серед апаратів для внутрішньопорожнинної гаматерапії не працював практично кожний четвертий апарат (24,39%, n=5) у трьох територіальних одиницях: у Харківській (був єдиним без заміни), Чернігівській областях та м. Києві.

Понад третина (34,78%, n=16) лінійних прискорювачів у 10 територіальних одиницях не працювала з причини потреби у монтажу, з яких єдиними у області вони були у 7: Вінницькій, Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Миколаївській, Полтавській та Хмельницькій областях.

Лише у двох територіальних одиницях України є всі апарати для діагностики та лікування онкопацієнтів: у Львівській області та м. Києві.

Важливим є те, що певна частина ЗОЗ онкологічного профілю взагалі не мала на балансі необхідних апаратів служби променевої діагностики станом на момент дослідження, тому узагальнюючи інформацію по відсутнім апаратам та непрацюючим отримуємо наступне. Найкращим є рівень забезпеченості апаратурою для дистанційної гаматерапії: у кожній територіальній одиниці є мінімум 1 працюючий апарат (крім 1 області, але відсутність у Київській області може компенсувати м. Київ). Порівняно достатньо також забезпечені регіони апаратами для внутрішньопорожнинної гаматерапії: лише у Харківській області є один апарат, який на момент дослідження не працював. Проблеми з апаратами для комп'ютерної томографії в онкологічних закладах були наявні у 4 областях України (у 2х – немає жодного та у 2х – поламани); з рентгенотерапії – у 8 областях (апарати є, але жоден не працює). Лінійними прискорювачами не забезпечені належним чином разом 12 областей України (у 5 – немає, у 7 – потребують монтажу); апаратурою з ядерної медицини (ПЕТ, ОФЕКТ, гама-камера) – 15 областей (в 14 – немає, в 1 – не працює); магнітно-резонансних томографів взагалі не має 18 областей України [44].

Більшість апаратури, яка не працює, є застарілою зі значним терміном експлуатації та потребує не ремонту, а заміни на більш сучасну та ефективнішу.

Саме тому, в умовах сьогодення актуальним є застосування заходів для забезпечення ЗОЗ усіх рівнів, які мають відношення до надання медичної допомоги хворим на ЗН, сучасним високотехнологічним обладнанням для діагностики та лікування (в тому числі для променевої терапії та радіохірургічного лікування).

5.3 Стратегії розвитку онкологічної служби в регіонах України, які були розроблені в період пандемії COVID-19

На момент проведення дослідження у Вінницькій області впроваджується Стратегічний план розвитку КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» на 2020-2023 роки. За цим планом заплановано придбання дороговартісної техніки для діагностики онкологічних хворих, серед якої мамограф, спіральний комп'ютерний томограф, МРТ, ангіограф, рентенапарат цифровий пересувний, за кошти НСЗУ, інвестпроектів та власних надходжень. Також передбачено проведення капітального ремонту та реконструкцій приміщень за рахунок обласного бюджету та власних надходжень [39].

У Волинській області реалізується Перспективний план розвитку КП «Волинський обласний медичний центр онкології» Волинської обласної ради на 2020-2025 рр., який передбачає наступні стратегічні цілі:

- формування команди компетентних фахівців та забезпечити їх розвиток;
- забезпечити своєчасне постачання якісних медичних препаратів, витратних матеріалів;
- удосконалити фінансові складові якості надання онкологічної допомоги КП «Волинський обласний медичний центр онкології» та забезпечити узгодженість його потужностей до наявних регіональних потреб в медичному обслуговуванні.

У Дніпропетровській області впроваджуються Стратегічний план розвитку КП «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер» Дніпровської обласної ради на 2021-2025 роки та Стратегічні напрямки розвитку КП «Криворізький онкологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради на 2021-2024 рр.

Стратегічний план розвитку КП «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер» включає: удосконалення системи управління якістю для

забезпечення конкурентоспроможності в сфері надання медичних послуг; оптимізацію управління онкологічною службою; підготовку медичних кадрів; впровадження Європейських стандартів діагностики та лікування онкологічних хворих; раціональне використання медичних ресурсів; розвиток та удосконалення матеріально-технічної бази онкологічного диспансеру.

Стратегічні напрямки розвитку КП «Криворізький онкологічний диспансер» передбачають: оптимізацію онкологічної служби регіону обслуговування; забезпечення якості надання медичних послуг; забезпечення підготовки медичних кадрів; забезпечення фінансування КП "Криворізький ОД"; розвиток матеріально-технічної бази підприємства.

У Житомирській області План розвитку КНП «Житомирський обласний онкологічний диспансер» Житомирської обласної ради на 2021-2023 роки включає:

- заходи з впровадження ефективної структури управління;
- розроблення та впровадження заходів зі зменшення тривалості середнього строку госпіталізації;
- розроблення та впровадження заходів із збільшення частки амбулаторної медичної допомоги у структурі медичної допомоги, що надається ЗОЗ;
- програму фінансово-економічної діяльності; програму управління якістю надання медичної допомоги;
- інші програми діяльності закладу охорони здоров'я.

У Запорізькій області впроваджуються Стратегічні плани розвитку КНП «Запорізький регіональний протипухлинний центр» Запорізької обласної ради на 2021-2023 та Стратегічні плани розвитку КНП «Мелітопольський онкологічний диспансер» Запорізької обласної ради до 2025 року.

За інформацією адміністрації комунального некомерційного підприємства «Запорізький регіональний протипухлинний центр» Запорізької обласної ради визначені стратегічні плани розвитку: суттєве оновлення матеріально-технічної бази; підготовка та підвищення кваліфікації кадрів.

За інформацією адміністрації комунального некомерційного підприємства «Мелітопольський онкологічний диспансер» Запорізької обласної ради визначені

стратегічні плани розвитку:

- структурна реорганізація, що буде в себе включати перегляд складу та потужності підрозділів, підвищення ефективності використання основних ресурсів;
- закінчення будівництва нового корпусу – вставки;
- оснащення новим, сучасним медичним обладнанням відділень закладу;
- збільшення ліжкового фонду до обґрунтованих норм;
- введення та використання енергозберігаючих технологій.

У Івано-Франківській області Стратегічний план розвитку КНП «Прикарпатський клінічний онкологічний центр» Івано-Франківської обласної ради на 2022-2024 рр. включає: програму фінансово-економічної діяльності; розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги; розроблення та впровадження необхідних заходів для зменшення часу перебування у лікарні / тривалості госпіталізації; опрацювання заходів зі збільшення частки амбулаторної медичної допомоги хворим на ЗН; систематичне використання критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги; інші програми діяльності.

У Київській області реалізують Стратегію розвитку КНП Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер» та Перспективний план розвитку КНП Київської обласної ради «Білоцерківський обласний онкологічний диспансер» на 2021-2023 роки.

Стратегія розвитку КНП Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер» на 3 роки включає:

- залучення інвестицій, впровадження державно-приватного партнерства;
- здійснення навчально-методичної та науково-дослідницької роботи;
- забезпечення якості та ефективності медичних послуг;
- впровадження на рівні регіону скринінгових програм для раннього виявлення передпухлинних та пухлинних захворювань;
- забезпечення відповідності потужностей та наявних потреб в медичному обслуговуванні населення;
- впровадження високо-технологічних методів лікування на постійній основі;
- створення регіональної лабораторії НЛА-типування;

- створення референтної цитологічної та патоморфологічної лабораторій;
- створення в Київській області під управлінням КООД мережі хоспісних відділень та лікарень;
- систематичний контроль за якістю діагностичних заходів ЗН в усіх ЗОЗ області;
- контроль за якістю виконання спеціалізованого онкологічного лікування в лікувально-профілактичних закладах області, яким дозволене лікування онкологічних хворих;
- організація заходів щодо підвищення рівня онкологічної грамотності та онконастороги лікарів первинного рівня;
- постійний взаємозв'язок між усіма рівнями закладів охорони здоров'я щодо питань надання онкологічної допомоги.

Перспективний план розвитку КНП Київської обласної ради «Білоцерківський обласний онкологічний диспансер» на 2021-2023 роки включає: розвиток вторинної та третинної (спеціалізованої) медичної допомоги; надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; забезпечення КНП КОР «Білоцерківський обласний онкологічний диспансер» професійними кадрами та зменшення їх плінності; модернізація та переоснащення КНП КОР «Білоцерківський обласний онкологічний диспансер».

У Кіровоградській області Стратегія розвитку КНП «Обласний клінічний онкологічний центр Кіровоградської обласної ради» на 3-річну перспективу передбачає: створення та розвиток центру променевої діагностики та терапії на базі КНП, для реалізації якого планується будівництво та реконструкція бункерів, закупівля обладнання та устаткування і підготовка фахівців.

У Луганській області План розвитку КНП Луганської обласної ради «Луганський обласний клінічний онкологічний диспансер» включає: заходи з впровадження ефективної структури управління; розроблення та впровадження заходів зі зменшення тривалості середнього строку госпіталізації; розроблення та впровадження заходів із збільшення частки амбулаторної медичної допомоги у

структурі медичної допомоги, що надається ЗОЗ; програму фінансово-економічної діяльності; програму управління якістю надання медичної допомоги; інші програми діяльності підприємства [39].

У Львівській області План розвитку госпітального округу Львівської області на 2021-2023 роки, в тому числі онкологічної допомоги, станом на кінець 2021 року напрацьовувався. Комплексна програма підтримки закладів охорони здоров'я Львівської області на 2021-2025 роки (розділ III. Покращення медичної допомоги хворим з онкологічними захворюваннями) включає: вакцинацію проти раку шийки матки; придбання високотехнологічного устаткування для діагностики та лікування онкологічних хвороб; удосконалення доступності хіміотерапевтичного лікування раку. Все наведене передбачає фінансуватись з обласного бюджету.

В Одеській області План розвитку КНП «Одеський обласний онкологічний диспансер» Одеської обласної ради на 2021-2026 роки включає: формування пропозицій щодо внесення скринінгових програм, розвитку високотехнологічної діагностики та лікування до обласної програми у розділі «Онкологія»; реалізацію скринінгових програм з раку молочної залози, раку шийки матки, колоректального раку та інших; ініціювання проекту створення онкологічного кластеру, обґрунтування підвищення ефективності проекту в разі його реалізації з залученням приватних партнерів; презентацію з залученням потенціальних учасників, проведення конкурсу з визначення приватного партнера ДПП, створення високотехнологічного радіологічного центру з ПЕТ діагностики та проведення променевої терапії на базі обласного онкологічного диспансеру; побудову єдиної онкологічної інформаційної мережі з реалізацією телеметричних інструментів зі створенням єдиного дата-центру збору та обробки даних променевої діагностики на базі обласного онкологічного диспансеру; відкриття філій Одеського обласного онкологічного диспансеру в опорних лікарнях для діагностики та амбулаторного лікування онкологічних хворих (партнерська програма) в районах області і місті Одеса; підвищення доступності високотехнологічних методів діагностики і лікування з науково-обґрунтованою ефективністю, оновлення парку операційного обладнання, розширення сучасних хірургічних методів лікування; розробку та реалізацію

програми удосконалення матеріально-технічної бази, умов перебування пацієнтів та умов праці персоналу; впровадження методів автоматизованої обробки даних променевої діагностики.

У Полтавській області впроваджуються Стратегія розвитку КП «Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер Полтавської обласної ради» на 3-річну перспективу та Стратегія розвитку КП «Кременчуцький обласний онкологічний диспансер» Полтавської обласної ради на 3-річну перспективу.

Стратегія розвитку КП «Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер Полтавської обласної ради» передбачає: придбання рідинних цитологічних аналізаторів з реагентами та витратними матеріалами; проведення цитологічного скринінгу раку шийки матки у жіночого населення віком 18-60 років методом ПАП-тесту на основі рідинної цитології; запровадити системну популяційного мамографічного скринінгу для раннього виявлення раку молочної залози; провести капітальний ремонт відділення променевої терапії з біологічним (радіаційним) захистом приміщення з проведенням робіт по демонтажу застарілого гамма терапевтичного апарату; встановлення сучасного радіотерапевтичного обладнання (лінійний прискорювач); модернізацію відділення радіонуклідної діагностики з встановленням сучасного обладнання; проведення реконструкції операційного блоку з палатами інтенсивної терапії та центрального стерилізаційного відділення відповідно до наявної проектно-кошторисної документації; з метою сучасного рівня діагностики та лікування злоякісних новоутворень, оновлення матеріально-технічної бази закладу на 2021-2022 роки планується закупівля наступного медичного обладнання: лінійний прискорювач, гамма-камеру для сцинтиграфії «ОФЕКТ», МРТ-апарат, гістерорезектоскоп, УЗД-апарат з можливістю проведення доплерографії, ехокамеру експертного класу, лапароскопічну стійку; закупівля дизель генератора потужністю 100 кВт; широке використання методів малоінвазивної діагностики та лікування онкохворих з ендоскопічним втручанням, що дозволить впроваджувати сучасні стандарти Європейських протоколів при лікуванні онкологічних хворих; покращувати якість надання медичної допомоги шляхом стажування лікарів в країнах європейського союзу.

Стратегія розвитку КП «Кременчуцький обласний онкологічний диспансер» передбачає: покращувати якість надання медичної допомоги шляхом стажування лікарів в країнах європейського союзу; ввести в структуру закладу патогістологічну лабораторію; ввести в дію діагностичне відділення; впровадити енергозберігаючі технології та альтернативні види енергозабезпечення; забезпечити обстеження та лікування хворих згідно рекомендацій Американської асоціації онкологів; розпочати будівництво радіологічного корпусу з перспективою його оснащення лінійними прискорювачами; закінчити реконструкцію з добудовою будівлі рентген-діагностичного кабінету КП «Кременчуцький обласний онкологічний диспансер ПОР».

У Рівненській області План розвитку КП «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради на 2021 рік включає: програму організаційно-управлінських змін; програму фінансово-економічної діяльності; програму управління якістю надання медичної допомоги; розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги; впровадження заходів з інфекційного контролю; інші програми діяльності ЗОЗ, в тому числі паліативної допомоги.

У Сумській області Стратегічні цілі розвитку КНП Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер» передбачають: визначити перспективні напрямки діяльності закладу, оптимізувати його структуру та потужність з урахуванням нагальної потреби і економічної доцільності до кінця 2021 року; максимально розвинути існуючі та впровадити нові медичні технології шляхом проведення реконструкції структурних підрозділів закладу, дооснащення їх медичними виробами та технологічним обладнанням відповідно до потреб та економічної доцільності до кінця 2023 року; реконструкції приміщень відділення променевої терапії для встановлення лінійного прискорювача; придбання системи лінійного прискорювача та комп'ютерного томографа; будівництво окремого хіміотерапевтичного корпусу.

У Хмельницькій області Стратегія розвитку КНП «Хмельницький обласний протипухлинний центр» Хмельницької обласної ради на період до 2025 року включає

перелік необхідних капітальних інвестицій у ЗОЗ (закупівля обладнання, будівництво, ремонт приміщень тощо) з обласного бюджету та власних коштів.

У Чернівецькій області Стратегія розвитку онкологічної служби Чернівецької області на 2020-2025 роки складається з відповідних розділів: Профілактика раку; Скринінг і рання діагностика раку; Спеціалізована медична допомога хворим онкологічного профілю; Навчання та підвищення кваліфікації фахівців; Покращення матеріально-технічного забезпечення закладу, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.

У Чернігівській області Перспективи розвитку КНП «Чернігівський медичний центр сучасної онкології» Чернігівської обласної ради включають: створення центру з трансплантації кісткового мозку в приміщенні операційного блоку; придбання другого лінійного прискорювача та будівництво бункера для другого лінійного прискорювача на базі відділення променевої терапії; капітальний ремонт приміщень для ПЛР-лабораторії на базі поліклінічного відділення з денним стаціонаром; впровадження в практику трансплантації нирок у відділенні онкологічної хірургії, урології та трансплантації; капітальний ремонт будівлі для центрального стерилізаційного відділення, харчоблоку та пральні [39].

Висновки до розділу 5

1. У 16 з 27 проаналізованих адміністративних територій України відсутні діючі цільові програми щодо профілактики онкопатології, хоча практично у всіх областях (крім Луганської та Кіровоградської) у програмах з охорони здоров'я передбачено розділ з даної проблеми. У більшості випадків показники роботи онкологічної служби напряму залежали від наявності чи відсутності цих активних програм.

2. У всіх представлених областях було виявлено проблему з матеріально-технічним забезпеченням. Основними проблемами служби променевої діагностики при наданні медичної допомоги у ЗОЗ онкологічного профілю є поширена в багатьох регіонах відсутність працюючого устаткування (найчастіше це МРТ і апаратура з ядерної медицини) та зношеність обладнання, яке має дуже великий термін експлуатації, що призводить до його частих поломок і простою.

3. Встановлено, що в частині областей приділяється недостатньо уваги до розвитку паліативної медичної допомоги онкохворим пацієнтам.

4. У жодній офіційній документації (програмах, стратегіях розвитку) департаментів охорони здоров'я областей України не було виокремлено в повному обсязі інформацію про стан онкологічної допомоги дітям, що свідчить про недостатність уваги до проблем онкопатології у дітей на регіональному рівні.

5. Аналіз стратегічних планів розвитку по областях України показав, що більшість областей на перспективу охоплюють всі напрямки розвитку закладу, тоді як у 5 областях (Вінницькій, Запорізькій, Кіровоградській, Хмельницькій, Чернігівській) акцентують увагу лише на вирішенні матеріально-технічних проблем та кадрових питаннях.

Результати досліджень розділу 5 наведено в публікаціях:

1. Зуб В. О. Оцінка ефективності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями (на прикладі областей центру України). *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 3. С. 472-476. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(3\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(3)-22)

2. Зуб В. Аналіз результативності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями в західних областях України. *Медична наука України*. 2022. Т. 18, № 4. С. 81-88. DOI: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.4.2022.12>

3. Зуб В. О., Котуза А. С. Рівень забезпечення апаратурою променевої діагностики в закладах, які надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 4. С. 56–61. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13683>

РОЗДІЛ 6

СТАН НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Після російського вторгнення 24 лютого 2022 року, заклади охорони здоров'я, які уклали договори з НСЗУ про медичне обслуговування за напрямом онкологія, продовжували надавати послуги.

Згідно ПМГ [26, 87] лікування та супровід онкологічних захворювань у 2022 р. здійснювався за чотирма пакетами:

- 1) Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах
- 2) Радіологічне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах
- 3) Лікування та супровід дорослих і дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах
- 4) Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах.

ЗОЗ укладали договори за пакетами хіміотерапевтичного, радіологічного лікування, лікування гематологічних та онкогематологічних захворювань тільки разом з укладанням договору з амбулаторним пакетом.

Нами проаналізовано динаміку кількості пацієнтів, які отримували стаціонарну та амбулаторну медичну допомогу за пакетами онкологічного напрямку: «Хіміотерапевтичне лікування», «Радіологічне лікування» та «Лікування онкогематологічних захворювань» в період з січня до травня 2022 року [41].

Згідно даних таблиці 6.1, значний спад кількості пацієнтів спостерігався у березні 2022 р., що пояснюється повномасштабним російським вторгненням 24 лютого 2022 року. Кількість пацієнтів, які отримали спеціалізовану медичну допомогу в умовах стаціонару за трьома пакетами онкологічного напрямку, скоротилась на 17,38%–26,56%, в межах амбулаторного пакету – на 36,34%–46,46% у порівнянні з лютим 2022 р. до початку введення воєнного стану.

Таблиця 6.1

**Кількість пацієнтів з онкологічними захворюваннями,
які отримали медичну допомогу в межах ПМГ у 2022 році**

	Січень	Лютий		Березень		Квітень		Травень	
	абс.значення, осіб	абс.значення, осіб	приріст / спад (у % до попереднього місяця)	абс.значення, осіб	приріст / спад (у % до попереднього місяця)	абс.значення, осіб	приріст / спад (у % до попереднього місяця)	абс.значення, осіб	приріст / спад (у % до попереднього місяця)
СТАЦІОНАРНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА									
Хіміотерапевтичне лікування	21257	21490	+1,10%	17739	-17,45%	19154	+7,98%	20800	+8,59%
Радіологічне лікування	3050	3912	+28,26%	2873	-26,56%	3074	+7,00%	3442	+11,97%
Онкогематологія	2773	2986	+7,68%	2467	-17,38%	2578	+4,50%	2884	+11,87%
АМБУЛАТОРНІ ПОСЛУГИ ПАЦІЄНТАМ (амбулаторний пакет)									
Хіміотерапевтичне лікування	304550	324491	+6,55%	173748	-46,46%	214321	+23,35%	280149	+30,71%
Радіологічне лікування	83069	88935	+7,06%	56615	-36,34%	66655	+17,73%	84436	+26,68%
Онкогематологія	205058	217747	+6,19%	126630	-41,85%	161689	+27,69%	211694	+30,93%
ДОПОМОГА ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ									
Хіміотерапевтичне лікування	232	208	-10,34%	204	-1,92%	95	-53,43%	101	+6,3%
Радіологічне лікування	9	2	-77,78%	3	+50,00%	2	-33,33%	3	+50,0%
Онкогематологія	240	252	+5,00%	251	-0,40%	136	-45,82%	114	-16,2%

Так, у березні 2022 р. кількість пацієнтів, які отримали хіміотерапевтичне лікування в стаціонарних умовах скоротилася на 17,45%, в межах амбулаторного пакету – на 46,46%. На понад чверть (26,56%) скоротилась кількість пацієнтів, які пройшли радіологічне лікування стаціонарно, та на третину (36,34%) – амбулаторно. Послугами лікування онкогематологічних захворювань в амбулаторних умовах у березні скористалось на 41,85% менше пацієнтів, ніж у лютому, а в стаціонарних умовах – на 17,38%.

У наступні два місяці (квітень, травень) спостерігається приріст пацієнтів в межах всіх трьох пакетів лікування онкологічних захворювань, проте щодо амбулаторного пакету він є значнішим, аніж щодо надання стаціонарної допомоги. До прикладу, кількість пацієнтів, які отримали хіміотерапевтичне лікування в межах амбулаторного пакету у квітні зросла на 23,35%, у травні – на 30,71%, натомість в

стаціонарних умовах – лише на 7,98% та 8,59% відповідно. Приріст пацієнтів, які отримували радіологічне лікування амбулаторно у квітні становить 17,73%, в травні – 26,68%, в стаціонарних умовах – 7,00% та 11,97% відповідно. У квітні спеціалізовану медичну допомогу з лікування онкогематологічних захворювань амбулаторно отримало на 27,69% більше пацієнтів ніж у березні, у травні – на 30,93% більше ніж у квітні; стаціонарно – 4,50% та 11,87% відповідно.

Незважаючи на позитивну тенденцію, у травні 2022 р. показники з надання спеціалізованої медичної допомоги онкологічного профілю в рамках ПМГ є нижчими показників лютого 2022 р. (до початку повномасштабного російського вторгнення).

Також нами виокремлено надання спеціалізованої медичної допомоги дитячому населенню. Зниження кількості пацієнтів-дітей спостерігалось вже у лютому 2022 року: хіміотерапевтичне лікування протягом лютого отримало на 10,34% менше дітей, ніж у січні, радіологічне лікування – на 77,78%. Натомість у березні скорочення кількості пацієнтів було незначним – -1,92% щодо хіміотерапевтичного лікування та -0,40% для лікування онкогематології. Однак вже у квітні 2022 року зафіксовано значний спад пацієнтів дитячого віку: на половину (53,43%) за пакетом «Хіміотерапевтичне лікування», на 45,82% за пакетом «Лікування онкогематологічних захворювань» та на третину (33,33%) за пакетом «Радіологічне лікування» [41].

Варто відзначити, що кількість дитячого населення, які у травні 2022 р. отримували спеціалізовану медичну допомогу з лікування онкопатології є на половину нижчою показника січня 2022 р., а саме: радіологічне лікування отримали на 66,67% менше, хіміотерапевтичне лікування – на 56,47% менше, а лікування онкогематологічних захворювань – на 52,50% менше дітей.

Поясненням цього може слугувати виїзд значної кількості онкохворих дітей на лікування закордон, адже наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.04.2022 р. № 574 «Про затвердження Критеріїв направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану та визначення закладів охорони здоров'я, які здійснюють координацію направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану» врегульовано питання направлення

онкохворих пацієнтів для лікування за межами України на період дії воєнного стану.

До них належать:

- Діти зі злюкисними новоутвореннями, яким потрібна високоспеціалізована медична допомога.
- Дорослі пацієнти із ЗН, які потребують надання високоспеціалізованої медичної допомоги, а саме:
 - «лікування методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин;
 - дослідження методом ПЕТ-КТ для пацієнтів з лімфопроліферативними захворюваннями, які потребують первинного стадіювання захворювання та/або контролю ефективності лікування (окрім пацієнтів, що знаходяться в ремісії понад 5 років);
 - органозберігаючі операції при саркомах кінцівок;
 - лікування злюкисних новоутворення плаценти;
 - складні реконструктивні операції при місцево-розповсюджених злюкисних новоутвореннях шкіри;
 - лікування пухлин центральної нервової системи з застосуванням стереотаксичної радіотерапії;
 - лікування солітарних метастазів солідних пухлин в головний мозок із застосуванням стереотаксичної радіотерапії;
 - лікування методом брахітерапії злюкисних новоутворень ендометрію та шийки матки
 - застосування радіоактивного йоду при лікуванні злюкисних новоутворень щитоподібної залози;
 - лікування злюкисних новоутворень грудної залози з тричі негативним фенотипом;
 - лікування злюкисних новоутворень легень III А стадії» (Згідно Наказу МОЗ № 574 від 05.04.2022 р.).

Спад кількості пацієнтів зафіксований як щодо лікування онкологічних захворювань, так і їх раннього виявлення. У березні 2022 року кількість послуг з раннього виявлення онкологічних захворювань скоротилась на 34,04%–67,71% у

порівнянні з лютим 2022 року (табл. 6.2).

Таблиця 6.2

**Кількість послуг з раннього виявлення онкологічних захворювань,
наданих в межах ПМГ у 2022 році**

	СІЧЕНЬ	ЛЮТИЙ		БЕРЕЗЕНЬ		КВІТЕНЬ		ТРАВЕНЬ	
	абс.значення	абс.значення	приріст / спад (у % до попереднього)	абс.значення	приріст / спад (у % до попереднього)	абс.значення	приріст / спад (у % до попереднього)	абс.значення	приріст / спад (у % до попереднього)
Мамографія	21789	22941	+5,29%	7408	-67,71%	12003	+62,03%	21356	+77,92%
Гістероскопія	1533	1640	+6,98%	755	-53,96%	639	-15,36%	1203	+88,26%
ФГДС	19134	20695	+8,16%	12771	-38,29%	10277	-19,53%	14537	+41,45%
Колоноскопія	5589	6296	+12,65%	3533	-43,89%	3348	-5,24%	4708	+40,62%
Цистоскопія	2003	2045	+2,10%	1138	-44,35%	911	-19,95%	1415	+55,32%
Бронхоскопія	1343	1278	-4,84%	843	-34,04%	824	-2,25%	964	+16,99%

Найсуттєвішим було скорочення кількості проведених мамографій (-67,71%), наполовину зменшилась кількість проведених процедур гістероскопії (-53,96%). Також значно скоротилась кількість проведених цистоскопій (-44,35%), колоноскопій (-43,89%), ФГДС (-38,29%) та бронхоскопій (-34,04%).

У квітні спостерігався приріст лише щодо проведених мамографій (+62,03%), в той час як кількість інших діагностичних послуг з раннього виявлення новоутворень продовжувала скорочуватись. Натомість у травні зафіксовано приріст в межах 16,99%–88,26% за всіма пакетами з раннього виявлення новоутворень.

Однак, незважаючи на позитивну динаміку, не вдалось досягнути показника періоду до введення воєнного стану. Так, у травні на третину скоротилась кількість проведених цистоскопій (-30,81%) та ФГДС (-29,76%) у порівнянні з показниками лютого 2022 р. до початку російської військової агресії проти України. На чверть зменшилась кількість проведених гістероскопій (-26,65%), колоноскопій (-25,22%) та бронхоскопій (-24,57%). Найкращою є ситуація з раннього виявлення раку молочної залози: у травні кількість проведених мамографій лише на 6,91% є меншою показника періоду до введення воєнного стану.

Особливу увагу слід приділити роботі ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу за напрямом «Онкологія» на території проведення бойових дій, або які перебувають у тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні). Станом на 27.05.2022 р. (згідно з наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 25.04.2022 № 75 «Про затвердження Переліку територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні)») до переліку територій, розташованих у районах проведення воєнних (бойових) дій, або які перебувають у тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні) входило 8 областей: Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Миколаївська, Харківська, Херсонська та Сумська області. За даними НСЗУ, станом на 01.06.2022 р. на вказаних територіях з НСЗУ були законтрактовані 24 заклади охорони здоров'я за пакетом «Хіміотерапевтичне лікування», 18 – за пакетом «Лікування онкогематологічних захворювань» та 9 – за пакетом «Радіологічне лікування» (рис. 6.1).

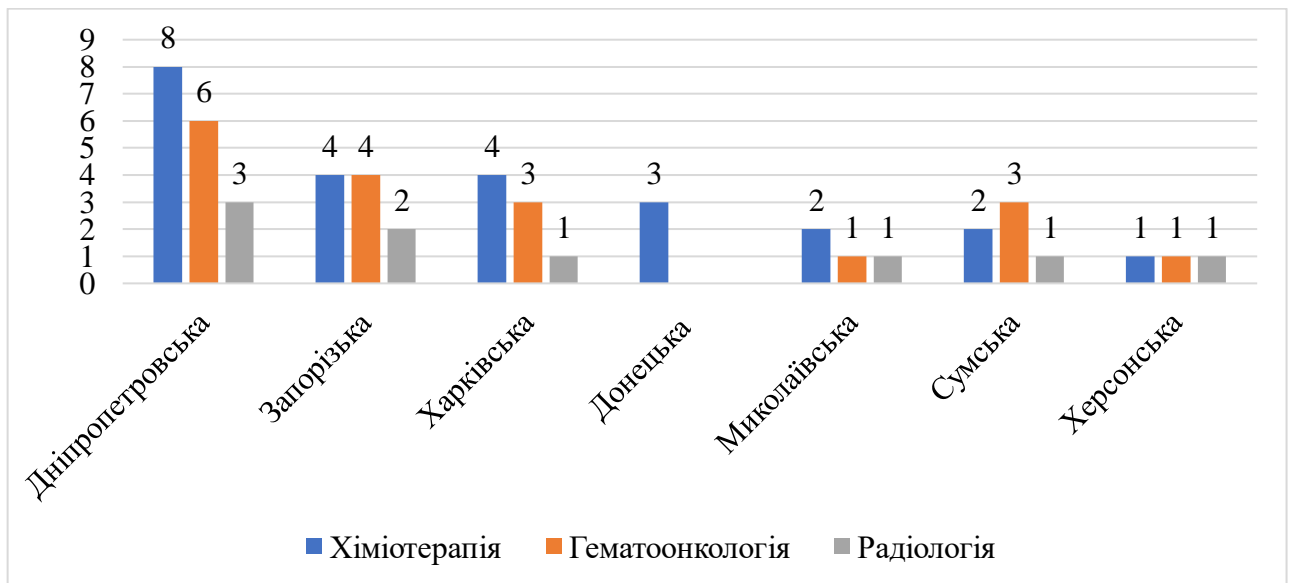


Рис. 6.1. Кількість закладів на території воєнних (бойових) дій, або які перебувають у тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), що законтрактовані з НСЗУ за онкологічними пакетами (станом на 01.06.2022 р.)

Слід виокремити деякі особливості реалізації ПМГ в умовах воєнного стану, а саме:

- На період дії воєнного стану НСЗУ не укладає нові договори про медичне

обслуговування населення за ПМГ з надавачами медичних послуг. Натомість усі укладені договори залишаються чинними. На території України чинними залишаються 114 договорів, укладених за онкологічними пакетами (106 надавачів медичних послуг комунальної форми власності та 8 приватної (без ФОП) [87, 161].

➤ Для надавачів медичних послуг, які розташовані на території, на якій введено воєнний стан, умови договорів про медичне обслуговування населення за ПМГ щодо внесення інформації до електронної системи охорони здоров'я та подання звітів про медичні послуги не застосовуються [87].

➤ Медичні заклади, які розташовані на території, на якій введено воєнний стан, можуть не дотримуватися вимоги подавати звіти про надані медичні послуги. Усі види оплати здійснюються на основі реєстрів, які формує і передає до органів Державної казначейської служби НСЗУ [87]. Завдяки запровадженним змінам надавачі медичних послуг максимально швидко отримують кошти на рахунки, а навантаження, пов'язане із звітуванням, зменшилося [41].

➤ Для надавачів медичних послуг, які розміщені на території, на якій введено воєнний стан, протягом строку дії такого стану, крім місяця, в якому воєнний стан було введено, фактична вартість медичних послуг, передбачених пакетами медичних послуг, зокрема, «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах», «Радіологічне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах», «Лікування та супровід дорослих і дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах» на місяць встановлюється на рівні більшого значення з таких значень:

– фактичної вартості відповідних медичних послуг, наданих протягом січня 2022 р.;

– $1/n$ від запланованої вартості медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг, де n - кількість місяців дії договору за відповідним пакетом медичних послуг [87].

Станом на липень 2022 р. медичну допомогу з лікування онкологічних

захворювань надавали 105 провайдерів, з них 103 ЗОЗ забезпечували хіміотерапевтичне лікування та 35 – радіологічне лікування.

Серед 103 ЗОЗ, що надавали хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів, 96 (93,2%) були комунальної форми власності, а 7 (6,8%) – приватної. Приватні лікувальні заклади даного профілю знаходилися у Кіровоградській (3 заклади), Дніпропетровській (2 заклади), Запорізькій (1 заклад) та Полтавській (1 заклад) областях [45].

Найбільша кількість провайдерів медичної допомоги з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів у стаціонарних та амбулаторних умовах була розташована у Дніпропетровській (9), Харківській (8) та Запорізькій (7) областях. По 6 провайдерів – у Донецькій, Кіровоградській, Львівській, Полтавській областях та м. Києві. У Житомирській та Закарпатській області вказану допомогу надавали 5 установ (у кожній з областей), а у Одеській та Чернівецькій – 4 установи. На території Волинської, Івано-Франківської, Луганської, Рівненської, Тернопільської, Хмельницької та Чернігівської областей знаходилося по 3 заклади у кожній з областей, які надавали хіміотерапевтичне лікування онкохворим пацієнтам. Натомість, у Вінницькій, Миколаївській, Сумській та Херсонській області – лише по 2 заклади зазначеного профілю.

Найменше провайдерів з хіміотерапевтичного лікування онкохворих було зареєстровано у Черкаській та Київській областях – лише 1 ЗОЗ на область (рис. 6.2).

Встановлено, що на момент проведення дослідження найбільше виплат від НСЗУ отримали провайдери хіміотерапевтичного лікування в м. Києві (136,8 млн. грн.), Дніпропетровській (106,7 млн. грн.) та Одеській (97,4 млн. грн.) областях.

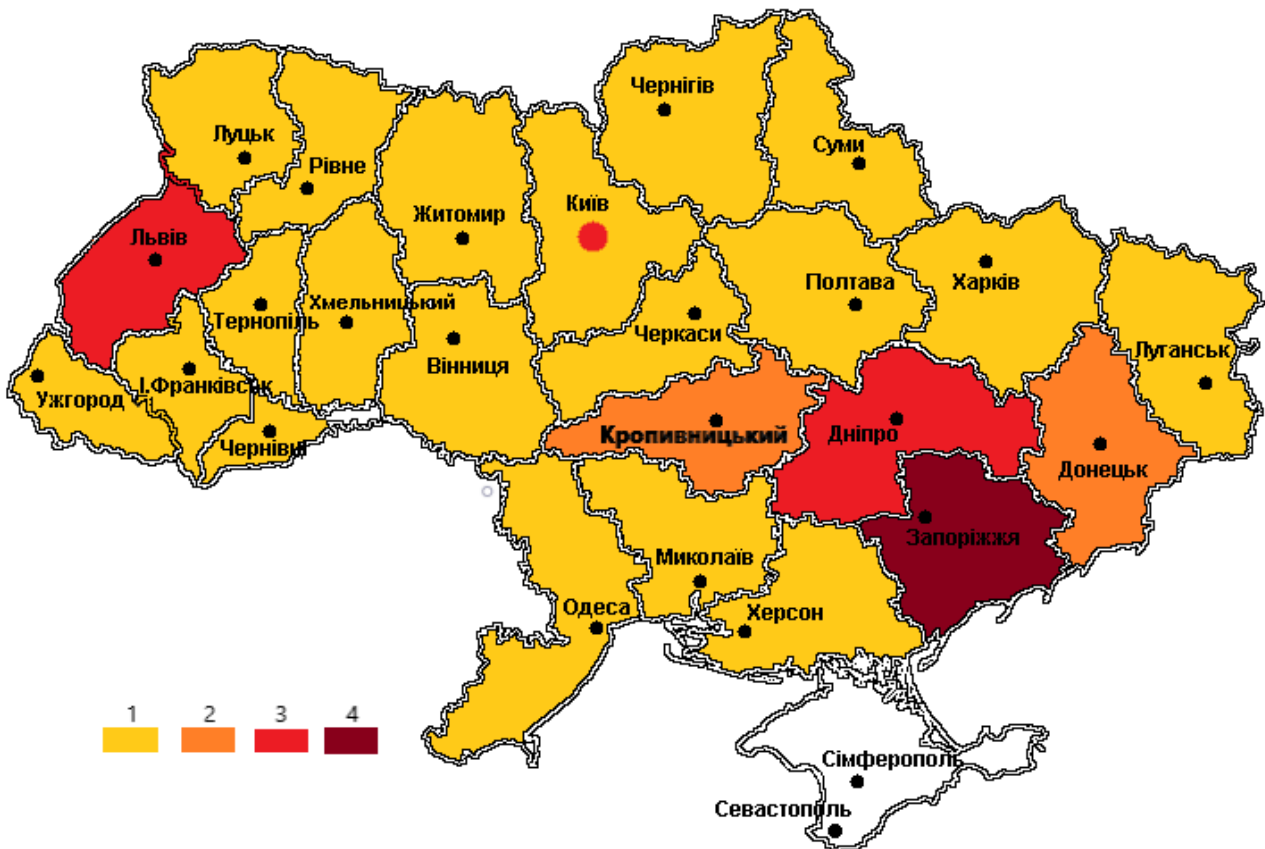


Рис. 6.3. Кількість провайдерів послуг з радіологічного лікування та супроводу онкологічних пацієнтів у стаціонарних та амбулаторних умовах

Нами проведено аналіз показника співвідношення кількості укладених провайдерами договорів з НСЗУ за напрямом «Онкологія» на 1 млн. населення, що тотожно кількості провайдерів онкологічної допомоги на 1 млн. населення.

Встановлено, що за пакетом «Хіміотерапевтичне лікування» найвище значення показника зафіксовано у Кіровоградській області – 6,6 договорів на 1 млн. населення, а за пакетом «Радіологічне лікування» – у Запорізькій (2,4 договори на 1 млн. населення) та Кіровоградській області (2,2 договори на 1 млн. населення). У свою чергу, найнижче значення демонструють Київська область (0,6 договору з хіміотерапевтичного лікування на 1 млн. населення), Одеська (0,4 договору з радіологічного лікування на 1 млн. населення) та Харківська (0,4 договору з радіологічного лікування на 1 млн. населення). Графічне зображення проведеного аналізу представлено на рис. 6.4.

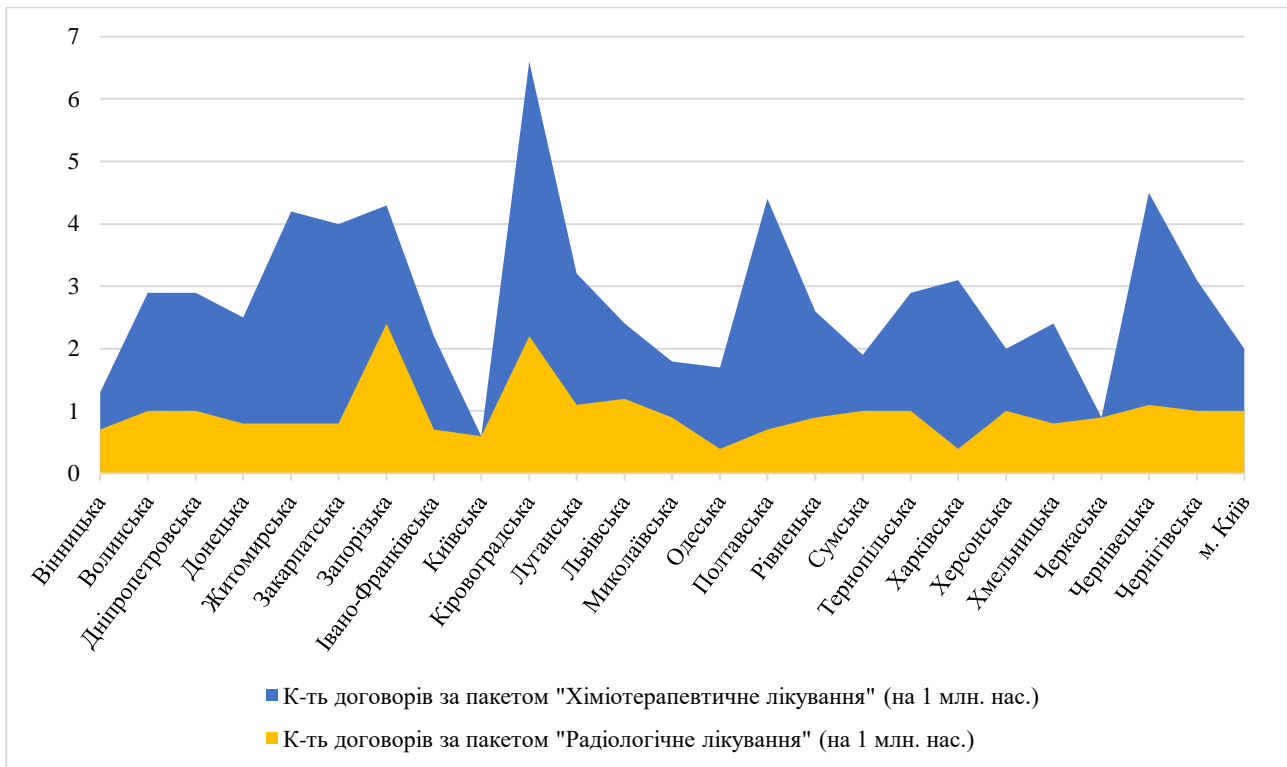


Рис. 6.4. Кількість договорів, укладених з НСЗУ за напрямом «Онкологія» на 1 млн. населення у розрізі областей

Одним із показників, який характеризує стан надання онкологічної допомоги населенню, є рівень госпіталізації. Нами проаналізовано кількість госпіталізацій на 100 тис. населення та наявний ліжковий фонд провайдерів онкологічної допомоги на 1 млн. населення (табл. 6.3).

На момент проведення дослідження найбільше госпіталізацій було зафіксовано у м. Києві (2417 на 100 тис. населення) та Полтавській області (1230 на 100 тис. населення), що співмірно із найвищою забезпеченістю ліжковим фондом – 436 ліжок та 353 ліжка онкологічного профілю на 1 млн. населення відповідно. Найнижчий рівень онкологічної госпіталізації (563 на 100 тис. населення) та найнижча забезпеченість ліжками онкологічного профілю (91 на 1 млн. населення) спостерігається у Луганській області.

Проведений аналіз дозволяє констатувати про відсутність чіткого взаємозв'язку між кількістю провайдерів медичної допомоги, ліжковим фондом та кількістю проведених госпіталізацій. Так, коефіцієнт кореляції між кількістю провайдерів

медичної допомоги за напрямом «Онкологія» на 1 млн. населення та кількістю госпіталізацій на 100 тис. населення становить $r = -0,10$ (слабкий зворотній зв'язок). А коефіцієнт кореляції між кількістю провайдерів медичної допомоги за напрямом «Онкологія» на 1 млн. населення та ліжковим фондом онкологічного профілю на 1 млн. населення рівний $r = +0,22$ (прямий зв'язок слабкої сили).

Таблиця 6.3

Рівень госпіталізації та ліжковий фонд провайдерів послуг з лікування онкологічних захворювань (у розрізі областей)

Територія	Кількість госпіталізацій (на 100 тис. населення)	Ліжковий фонд онкологічного профілю (на 1 млн. населення)
м. Київ	2417	436
Полтавська	1230	353
Черкаська	1218	302
Волинська	1147	274
Сумська	1076	347
Кіровоградська	969	337
Хмельницька	963	289
Київська	929	153
Житомирська	916	194
Дніпропетровська	913	296
Закарпатська	880	258
Тернопільська	873	254
Харківська	864	222
Чернігівська	863	338
Рівненська	849	206
Одеська	841	213
Херсонська	723	290
Івано-Франківська	773	174
Чернівецька	672	264
Миколаївська	690	211
Донецька	654	164
Запорізька	654	270
Вінницька	637	245
Львівська	580	287
Луганська	563	91

Особливо яскраво це простежується на прикладі окремих областей:

Кіровоградська область з найбільшою кількістю провайдерів онкологічної допомоги на 1 млн населення (6,6 провайдерів хіміотерапевтичного лікування та 2,2 провайдери радіологічного лікування) забезпечує ліжковий фонд в 337 онкологічних ліжок на 1 млн населення, що співмірно із ліжковим фондом Чернігівської області – 338 ліжок на 1 млн населення. Водночас, число провайдерів в Чернігівській області є вдвічі меншим: 3,1 провайдери хіміотерапевтичного лікування та 1 провайдер радіологічного лікування на 1 млн. населення.

В свою чергу, рівень госпіталізації в Полтавській області (1230 на 100 тис. населення) забезпечується 6 провайдерами хіміотерапевтичного лікування (4,4 провайдери на 1 млн населення) та 1 провайдером радіологічного лікування (0,7 провайдера на 1 млн населення). Хоча майже подібний рівень госпіталізації (1218 на 100 тис. населення) здійснюється 1 провайдером хіміотерапевтичного лікування (0,9 провайдера на 1 млн населення) та 1 провайдером радіологічного лікування (0,9 провайдера на 1 млн населення) у Черкаській області [45].

Висновки до розділу 6

1. У березні 2022 р. кількість пацієнтів, які отримали спеціалізовану медичну допомогу в умовах стаціонару скоротилась на 17,38%–26,56%, а в межах амбулаторного пакету – на 36,34%–46,46% у порівнянні з лютим 2022 р. до початку введення воєнного стану.

2. Незважаючи на позитивну тенденцію до збільшення кількості пацієнтів з онкологічними захворюваннями, які отримували медичну допомогу в межах ПМГ впродовж квітня-травня 2022 р., все ж показники у травні 2022 р. є нижчими показників лютого 2022 р. (до початку повномасштабного російського вторгнення).

3. Кількість послуг з виявлення онкологічних захворювань на ранніх стадіях у березні 2022 року скоротилась на 34,04%–67,71% у порівнянні з лютим 2022р. Найсуттєвішим було скорочення кількості проведених мамографій (-67,71%). Попри позитивну динаміку приросту проведених діагностичних послуг з раннього виявлення новоутворень, у травні 2022 р. не вдалось досягнути показника періоду до введення воєнного стану.

4. Станом на липень 2022 р. медичну допомогу з лікування онкологічних захворювань надавали 105 провайдерів, з них 103 заклади забезпечували хіміотерапевтичне лікування та 35 – радіологічне лікування. Найбільше провайдерів за напрямом «Онкологія» на 1 млн. населення зареєстровано у Кіровоградській (пакет «Хіміотерапевтичне лікування» та «Радіологічне лікування») та Запорізькій областях (пакет «Радіологічне лікування»). Найвища забезпеченість ліжками онкологічного профілю на 1 млн. населення спостерігається у м. Києві (436 ліжок) та Полтавській області (353 ліжок).

5. Незважаючи на негативний вплив, якого зазнала система охорони здоров'я України внаслідок російського воєнного вторгнення, онкологічна служба продемонструвала свою дієвість та мобільність, здатність адаптуватися до нових умов роботи.

Результати досліджень розділу 6 наведено в публікаціях:

1. Зуб В. О., Котуза А. С. Аналіз надання допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями в умовах воєнного стану. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 3. С. 35–40. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.3.13434>

2. Зуб В. О., Котуза А. С. Стан надання онкологічної допомоги населенню України в умовах воєнного часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 4. С. 614-617. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-16](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-16)

РОЗДІЛ 7

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ (ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ-ОНКОЛОГІВ)

Опитування лікарів-онкологів включало кілька аспектів їх роботи. Насамперед була вивчена їх думка щодо використання сучасних стандартів лікування, керуючись джерелами доказової медицини [43].

Згідно з опитуванням переважна більшість 71,17% [95% довірчий інтервал (ДІ) 62,43-79,18] респондентів завжди керуються у своїй клінічній практиці засадами доказової медицини, 21,62% [14,50-29,73] спеціалістів відповіли, що частіше керуються даними засадами, аніж не керуються ними, та 0,90% [0-3,50] опитаних частіше не керуються у своїй клінічній практиці засадами доказової медицини, ніж керуються. Також 6,31% [2,56-11,56] спеціалістів вказали, що керуються власним досвідом та знаннями, а також порадами колег (рис. 7.1).

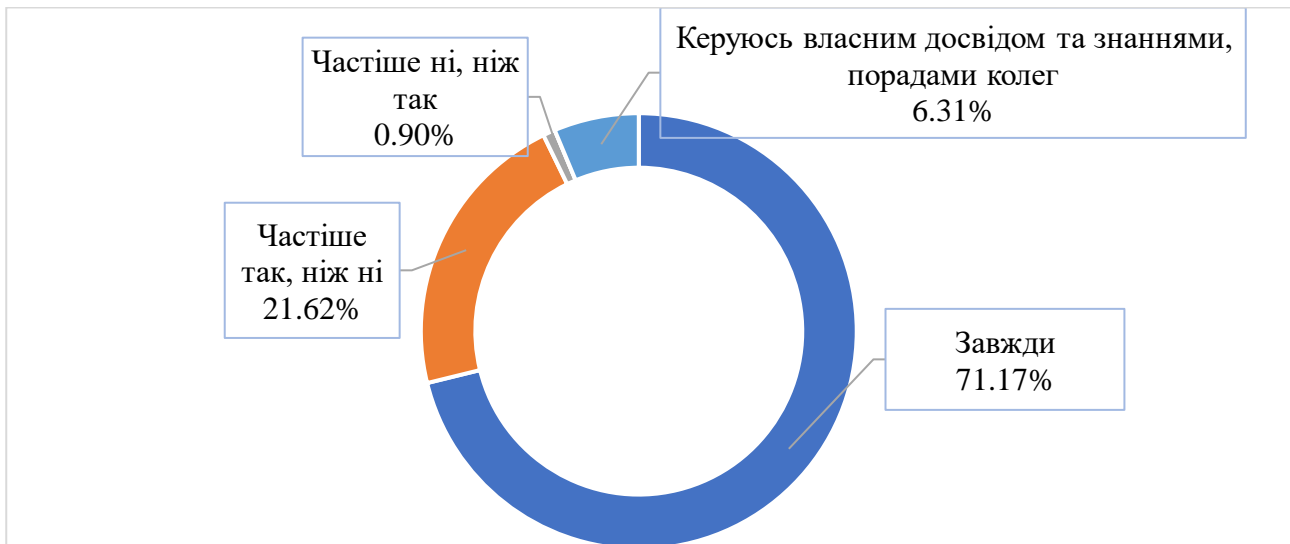


Рис. 7.1. Розподіл відповідей на запитання «Чи Ви керуєтесь у своїй клінічній практиці засадами доказової медицини?» (%)

Нами було проаналізовано рівні ознайомленості та використання лікарями онкологами стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань, що відображено в табл. 7.1.

Таблиця 7.1

Рівні ознайомленості та використання респондентами стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань

Стандарти діагностики та лікування онкологічних захворювань	Ознайомлені		Використовують	
	n	% [95% ДІ]	n	% [95% ДІ]
Протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» (Наказ МОЗ України № 554 від 17.09.2007) [130]	97	87,39 [80,60-92,88]	82	73,87 [65,34-81,59]
Клінічні керівництва Національної Загальної Онкологічної Мережі (National Comprehensive Cancer Network, NCCN)	93	83,78 [76,38-90,02]	87	78,38 [70,27-85,50]
Керівництва та клінічні рекомендації Європейського товариства медичної онкології (European Society for Medical Oncology, ESMO)	85	76,58 [68,28-83,95]	67	60,36 [51,13-69,23]
Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі (Наказ МОЗ № 311 від 25.04.2012) [243]	52	46,85 [37,67-56,13]	40	36,04 [27,40-45,16]
Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Контроль болю» (рекомендована Наказом МОЗ України № 311 від 25.04.2012) [243]	44	39,64 [30,77-48,87]	30	27,03 [19,21-35,64]
Керівництва Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великобританії (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)	15	13,51 [7,82-20,47]	12	10,81 [5,74-17,23]

Найбільш відомими для респондентів є Протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» – 87,39% [80,60-92,88], Клінічні керівництва Національної Загальної Онкологічної Мережі – 83,78% [76,38-90,02] і Керівництво та клінічні рекомендації Європейського товариства медичної онкології – 76,58% [68,28-83,95]. Близько половини (46,85% [37,67-56,13]) знають про Уніфікований клінічний

протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі та 39,64% [30,77-48,87] – за Адаптовану клінічну настанову, засновану на доказах «Контроль болю».

Проте, якщо проаналізувати відповіді на запитання щодо використання у своїй практиці на регулярній основі цих стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань, то у своїй практиці на регулярних засадах спеціалісти ними керуються дещо менше: Протоколами надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» – на 13,52% (у 73,87% [65,34-81,59] випадках), Клінічними керівництвами Національної Загальної Онкологічної Мережі – на 5,40% (у 78,38% [70,27-85,50] випадків), Керівництвами та клінічними рекомендаціями Європейського товариства медичної онкології – на 16,22% (у 60,36% [51,13-69,23] випадках), Уніфікованим клінічним протоколом паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі – на 10,81% (у 36,04% [27,40-45,16] випадках), Адаптованою клінічною настановою, заснованою на доказах «Контроль болю» – на 12,61% (у 27,03% [19,21-35,64] випадках).

На загал 45,05% [35,93-54,33] респондентів вказують, що повністю дотримуються рекомендацій щодо діагностики та лікування онкологічних захворювань лікарями у своїй практиці, 53,15% [43,87-62,33] опитуваних частіше дотримуються рекомендацій, ніж не дотримуються, і лише 1,80% [0,17-5,09] респондентів повідомляють, що частіше не дотримуються рекомендацій, ніж дотримуються. Також слід зазначити, що 0,90% [0-3,50] опитаних не користуються стандартами у своїй практиці та призначають лікування на основі свого досвіду та знань у залежності від клінічної ситуації [282].

Опитані спеціалісти по різному оцінюють чинні стандарти діагностики та лікування онкологічних захворювань в Україні. Більшість респондентів 55,86% [46,57-64,94] зазначили, що чинні стандарти діагностики та лікування онкологічних захворювань в Україні мають клінічну цінність, проте потребують перегляду та внесення змін, 30,63% [22,44-39,49] опитуваних стверджують, що чинні стандарти діагностики та лікування інформативними та цінними в умовах клінічної практики, а 28,83% [20,82-37,57] спеціалістів вважають існуючі стандарти необхідним

інструментом у виборі тактики ведення пацієнта, а також вважають, що їх використання підвищує якість надання медичної допомоги (рис. 7.2).



Рис. 7.2. Думка спеціалістів щодо оцінки чинних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань в Україні (%)

Проте 9,91% [5,08-16,13] респондентів (а це практично кожний 10-й опитаний) зазначають, що існуючі стандарти діагностики та лікування застарілі та не несуть клінічної цінності, а 2,70% [0,52-6,52] опитаних вважають, що дані стандарти не відповідають засадам доказової медицини. Також слід зазначити, що окремі спеціалісти вказали свій варіант відповіді на це питання і висловлювали думку, що стандарти діагностики та лікування онкологічних захворювань в Україні допомагають в роботі, але не завжди співпадають з власними думками та досвідом; а також зазначили, що локальні національні стандарти не потрібні, достатнім буде дотримання міжнародних стандартів NCCN.

Також важливою є оцінка спеціалістами використання міжнародних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань. Відповідно до одержаних даних переважна більшість респондентів 70,27% [61,47-78,37] вважають міжнародні стандарти цінним інструментом у виборі тактики лікування пацієнта (рис. 7.3).

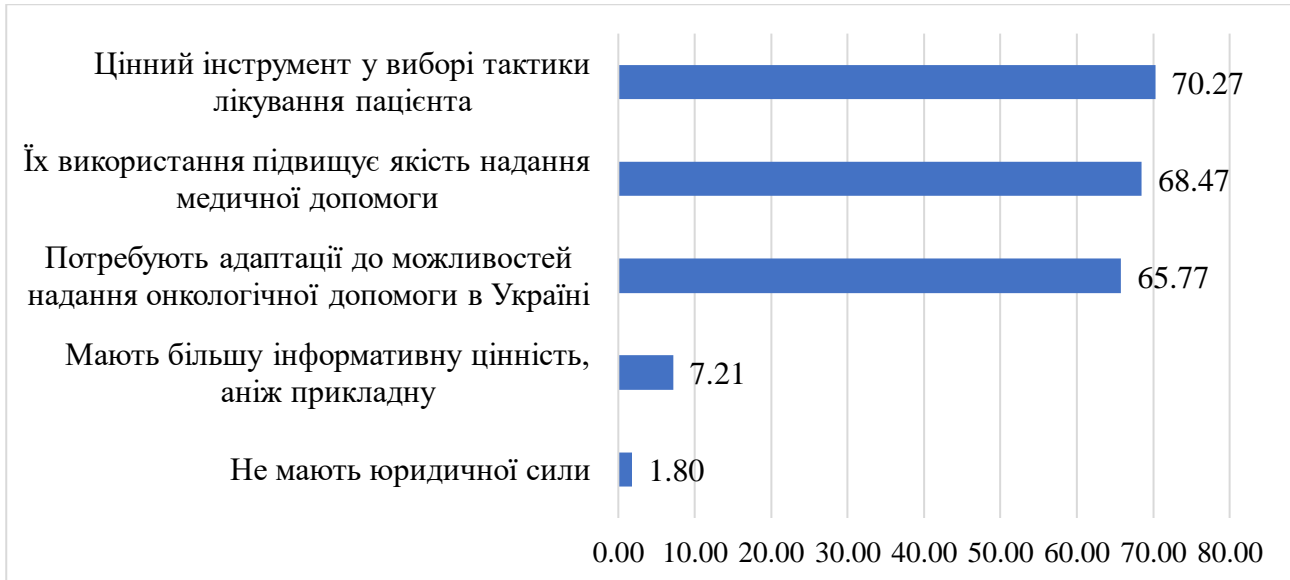


Рис. 7.3. Оцінка спеціалістами використання міжнародних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань (%)

Також 68,47% [59,56-76,74] опитаних вважає, що використання міжнародних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань підвищує якість надання медичної допомоги. Дві третіх (65,77% [56,72-74,27]) респондентів вказують, що міжнародні стандарти потребують адаптації до можливостей надання онкологічної допомоги в Україні. Невеликий відсоток (7,21% [3,16-12,73]) спеціалістів зазначає, що міжнародні стандарти мають більшу інформативну цінність, аніж прикладну, а 1,80% [0,17-5,09] – вважають, що міжнародні стандарти діагностики та лікування онкологічних захворювань не мають юридичної сили в Україні.

Із запровадженням воєнного стану в Україні у структурі пацієнтів стало більше внутрішньо переміщених осіб у певних областях України. В умовах підвищеного навантаження на лікарів, спеціалістів опитували на предмет чи вносять вони у медичну документацію, у тому числі в електронній системі охорони здоров'я, інформацію про призначене лікування у повному обсязі. Більшість респондентів 72,97% [64,36-80,79] зазначили, що вносять усю інформацію у повному обсязі у медичну документацію, 21,62% [14,5-29,73] спеціалістів дали відповідь, що швидше вносять інформацію, аніж не вносять. Невелика кількість респондентів 3,60% [0,96-

7,85] вказали, що швидше не вносять інформацію, аніж вносять і лише 1,80% [0,17-5,09] відповіли, що не вносять медичну документацію, у тому числі в електронній системі охорони здоров'я інформацію про призначене лікування у повному обсязі. Серед таких, хто взагалі не вносить та частіше не вносить інформацію були лікарі з Хмельницької, з Вінницької, з Чернігівської та з Полтавської областей.

Більшість опитаних спеціалістів 80,18% [72,29-87,03] зазначили, що завжди визначають найбільш відповідну тактику лікування пацієнтів за допомогою мультидисциплінарного онкологічного консилиуму лікарів. Значно менший відсоток респондентів, а саме 17,12% [10,72-24,65] вказали, що швидше визначають тактику лікування пацієнтів за допомогою консилиуму лікарів, аніж ні. Невелике число спеціалістів 0,90% [0-3,50] навпаки швидше не визначають тактику лікування пацієнтів за допомогою консилиуму лікарів, аніж так, а 1,80% [0,17-5,09] відзначили, що загалом не визначають найбільш відповідну тактику лікування пацієнтів за допомогою мультидисциплінарного онкологічного консилиуму лікарів.

Після запровадження воєнного стану в Україні з'явилося ряд проблем щодо реалізації заключень мультидисциплінарного онкологічного консилиуму лікарів, про що вказало 73,87% [65,34-81,59] опитаних. Так, майже половина з усіх респондентів (48,65% [39,43-57,92]) повідомили про проблему недотримання терміну призначеного лікування, кожний четвертий (26,13% [18,41-34,66]) – про втрату інформації, а практично кожний п'ятий – (18,92% [12,21-26,7]) вказав на зміну послідовності в етапах лікування пацієнтів (рис. 7.4).

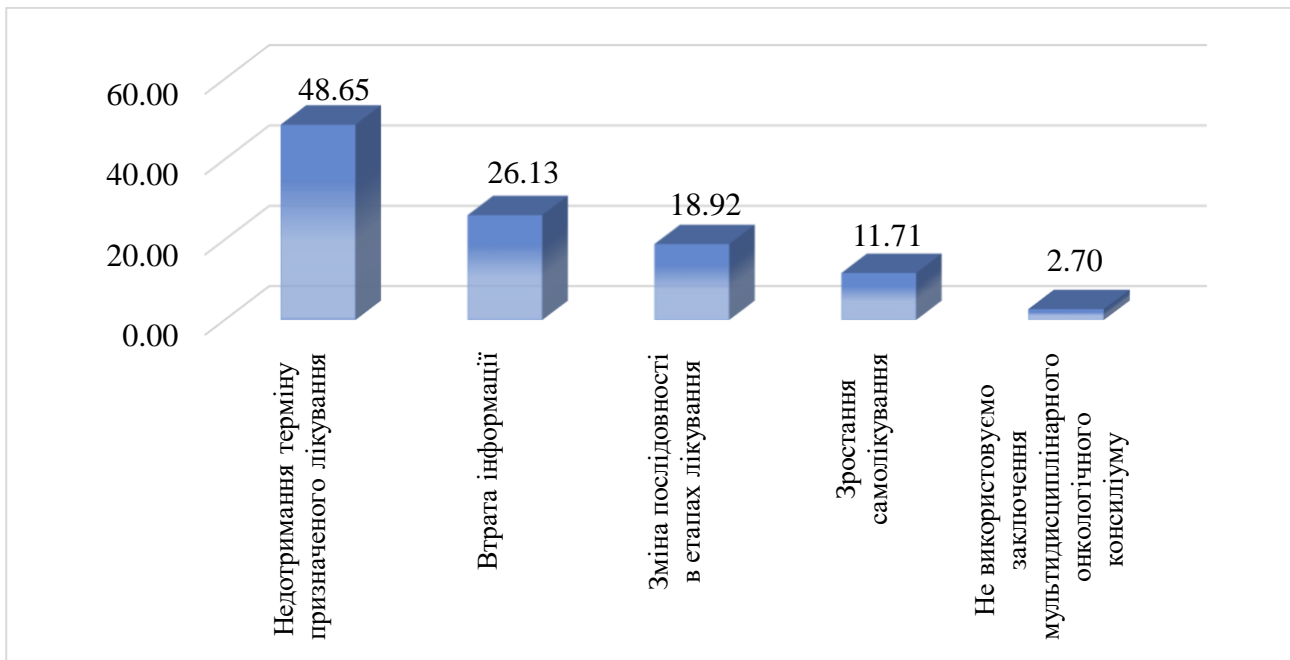


Рис. 7.4. Основні проблеми, які з'явилися після запровадження воєнного стану щодо реалізації заключень мультидисциплінарного онкологічного консилиуму лікарів (передбачено вибір кількох варіантів відповідей) (%)

Також 11,71% [6,42-18,32] респондентів відмітили зростання самолікування серед пацієнтів. Іншими проблемами, які відмітили окремі лікарі, були: невиконання стандартів лікування онкологічних хворих та їх дообстеження в інших ЗОЗ України; відсутність інформації у тимчасово переміщених осіб про проведення попереднє лікування.

З-поміж усіх опитаних 2,70% [0,52-6,52] респондентів повідомили, що не використовують заключення мультидисциплінарного онкологічного консилиуму. Важливо зазначити, що у 26,13% [18,41-34,66] спеціалістів проблем щодо пацієнтів не з'являлось, причому з-поміж них зустрічаються лікарі з районів, де велися або ведуться активні бойові дії: Чернігова, Кропивницького та Запоріжжя [43].

Аналіз результатів опитування щодо змін у кількості пацієнтів із запровадженням воєнного стану в Україні засвідчив, що 49,55% [40,31-58,81] спеціалістів вказали, що після 24 лютого 2022 року збільшилась кількість пацієнтів, яких вони лікували (табл. 7.2).

Таблиця 7.2

Розподіл за областями динаміки змін кількості онкологічних пацієнтів із запровадженням воєнного стану

Область	Збільшилась		Зменшилась		Без змін / не звернули увагу	
	%	95% ДІ	%	95% ДІ	%	95% ДІ
Івано-Франківська	90,00	65,13-99,99	0,00		10,00	0,01-34,87
Хмельницька	90,00	65,13-99,99	0,00		10,00	0,01-34,87
Полтавська	70,00	39,66-92,90	10,00	0,01-34,87	20,00	2,35-48,82
Черкаська	57,14	31,43-80,94	7,14	0,01-25,77	35,71	13,66-61,60
Кіровоградська	53,85	27,51-79,08	23,08	5,17-48,75	23,08	5,17-48,75
Волинська	50,00	23,20-76,80	33,33	10,66-61,20	16,67	1,88-41,84
Вінницька	33,33	10,66-61,20	41,67	16,54-69,40	25,00	5,68-52,11
Львівська	30,00	7,10-60,34	40,00	13,40-70,32	30,00	7,10-60,34
Чернігівська	20,00	2,35-48,82	60,00	29,68-86,60	20,00	2,35-48,82
Запорізька	0,00		80,00	51,18-97,65	20,00	2,35-48,82
Разом	49,55	40,31-58,81	28,83	20,82-37,57	21,62	14,5-29,73

Натомість 28,83% [20,82-37,57] опитуваних відзначили зменшення кількості пацієнтів із запровадженням воєнного стану в Україні, 4,50 % [1,45-9,13] респондентів не звернули уваги чи мала місце зміна кількості пацієнтів, а в 17,12% [10,72-24,65] опитуваних вона залишалась незмінною.

Аналіз змін у кількості пацієнтів по областях показав, що у шести областях більшість опитаних лікарів-онкологів вважали, що число їх пацієнтів зросло, причому у більш безпечних (західних) областях (Івано-Франківській та Хмельницькій областях) впевненими в цьому було 90,00% [65,13-99,99] опитаних лікарів (табл. 7.2, рис. 7.5). Окрім них це підтверджують 70,00% [39,66-92,90] опитаних лікарів Полтавської області, 57,14% [31,43-80,94] Черкаської, 53,85% [27,51-79,08] Кіровоградської та 50,00% [23,20-76,80] Волинської області. За даними респондентів

з регіонів, де велися/ведуться активні бойові дії (80,00% [51,18-97,65] у Запорізькій та 60,00% [29,68-86,60] у Чернігівській областях) число онкологічних пацієнтів зменшилось. Водночас 41,67% [16,54-69,40] лікарів з Вінницької області також підтверджують, що онкологічних пацієнтів стало менше.

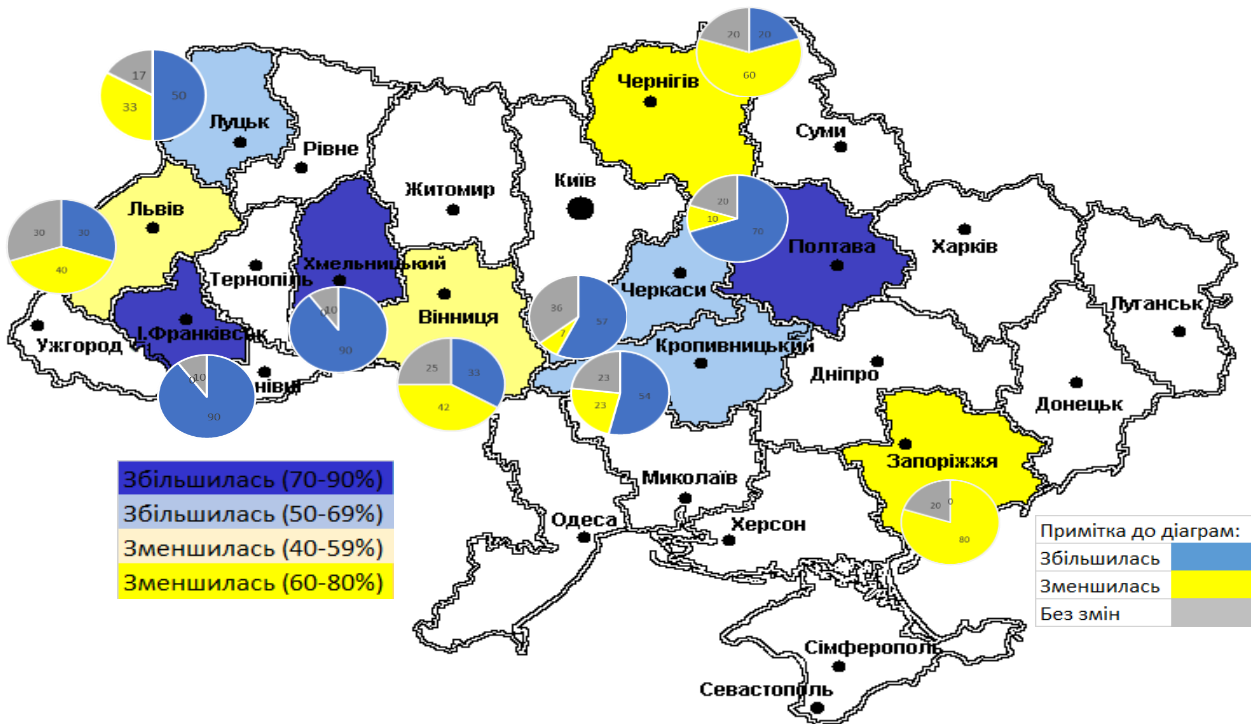


Рис. 7.5. Зміна кількості онкологічних пацієнтів під час воєнного стану у розрізі досліджуваних областей (%)

Більшість, а саме 88,29 % [81,68-93,58], лікарів-онкологів вказали, що із запровадженням воєнного стану в Україні змінилась структура/контингент пацієнтів, яких вони лікують. Зокрема, 64,86% [55,78-73,44] опитуваних зазначили появу пацієнтів із занедбанними стадіями захворювання, а третина (31,53% [23,26-40,44]) опитаних вказали на збільшення пацієнтів із важкими супутніми захворюваннями (рис. 7.6).

Також із запровадженням воєнного стану в Україні у структурі пацієнтів стало більше внутрішньо переміщених осіб, про це зазначає 72,07% [63,39-79,99] спеціалістів. Проте лише 6,31% [2,56-11,56] вказують про виділення певної кількості ліжок для надання допомоги військовослужбовцям з онкологічними проблемами (а

саме лікарі з Черкаської, Хмельницької, Кіровоградської, Чернігівської областей).

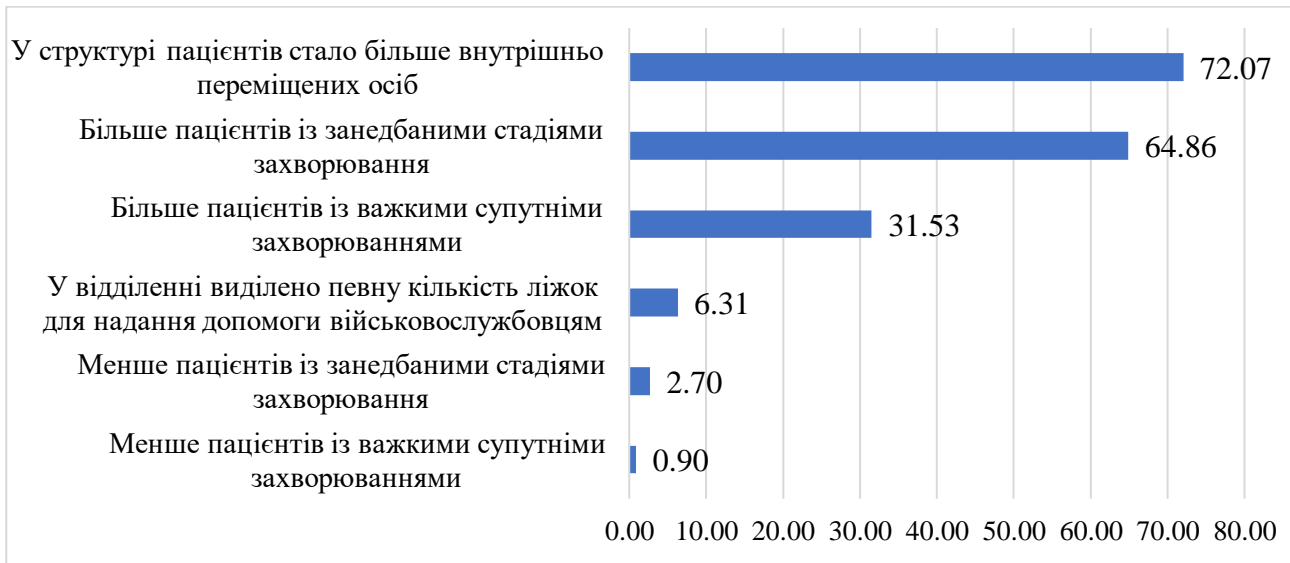


Рис. 7.6. Зміни у структурі / контингенті (%) онкологічних пацієнтів із запровадженням воєнного стану в Україні (передбачено вибір кількох варіантів відповідей)

Порівняно незначний відсоток спеціалістів (2,70% [0,52-6,52]) вказали на зменшення пацієнтів із занедбаними стадіями захворювання (у Вінницькій, Кіровоградській та Чернігівській областях), та 0,90% [0-3,50] (у Кіровоградській області) відзначили зменшення пацієнтів із (важкими) супутніми захворюваннями. Для 11,71% [6,42-18,32] опитаних структура/контингент пацієнтів, яких вони лікують не змінилась.

Ефективне впровадження нових методик діагностики та лікування онкологічних пацієнтів, а також належне виконання протоколів лікування забезпечується сучасною лікувально-діагностичною апаратурою. За даними опитування лікарів-онкологів на загал задоволеними наявним матеріально-технічним забезпеченням своїх відділень була переважна більшість (78,38% [70,27-85,5]), з яких повністю задоволеними – 18,92% [12,21-26,70] та в загальному задоволені – 59,46% [50,22-68,38] респондентів. Тоді як кожний п'ятий (21,62% [14,5-29,73]) вказав, що не задоволений існуючим обладнанням, в тому числі 19,82% [12,97-27,71] – швидше не задоволені, ніж задоволені та 1,80% [0,17-5,09] спеціалістів – повністю не задоволені

наявним матеріально-технічним забезпеченням своїх відділень. З числа незадоволених найбільше було зі Вінницької області – 41,67% [16,54-69,40], та по 40,00% [13,4-70,32] з Полтавської та Львівської областей. Дещо менше з Волинської (25,00% [5,68-52,11]) та інших областей: 15,38% [1,71-39,04] з Кіровоградської, 14,29% [1,57-36,58] із Черкаської, 10,00% [0,01-34,87] з Івано-Франківської, 10,00% [0,01-34,87] з Чернігівської.

При цьому більше половини (57,66% [48,39-66,66]) респондентів повідомляють, що із запровадженням воєнного стану в Україні матеріально-технічне забезпечення їх відділень залишилось незмінним, а кожний п'ятий (21,62% [14,50-29,73]) стверджував, що оснащення навіть покращилось. Про погіршення матеріально-технічне забезпечення своїх відділень повідомило 18,92% [12,21-26,70] респондентів, при цьому 0,90% [0-3,50] респондентів не звертали уваги чи змінилось матеріально-технічне забезпечення відділення з початком повномасштабного вторгнення в Україну [282].

Оскільки чисельний розподіл думок респондентів щодо покращення чи погіршення матеріально-технічної бази онкологічних відділень є практично однаковий, то вважали необхідним порівняти відповіді опитуваних окремо по областях (рис. 7.7).

Встановлено, що найбільш часто відповіді щодо погіршення забезпечення відділень зустрічались у респондентів з Чернігівської (50,00% [20,96-79,04]), Волинської (41,67% [16,54-69,40]) та Івано-Франківської (30,00% [7,10-60,34]), а щодо покращення – в опитуваних з Чернігівської (40,00% [13,40-70,32]), Черкаської (35,71% [13,66-61,60]), Кіровоградської (30,77% [9,67-57,41]) та з Запорізької (30,00% [7,10-60,34]).

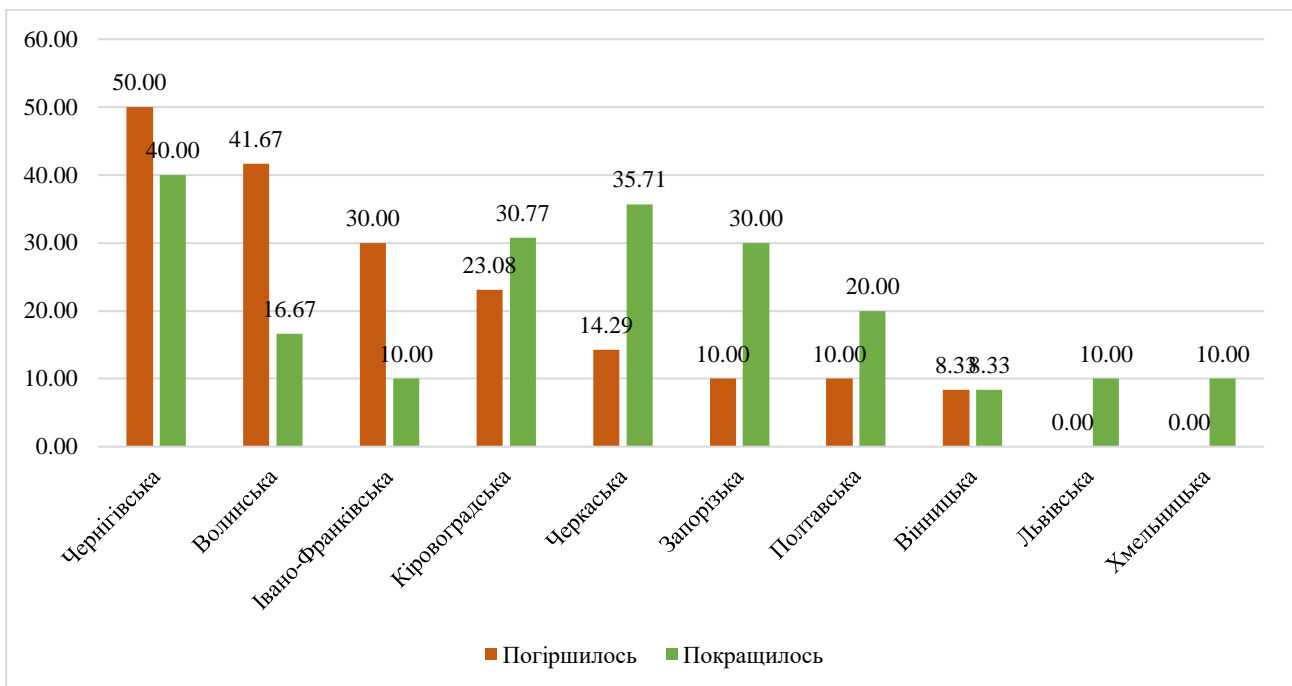


Рис. 7.7. Зміни матеріально-технічного забезпечення відділення (погіршення чи покращення) із запровадженням воєнного стану в Україні у розрізі досліджуваних областей (%)

Порівняння змін матеріально-технічного забезпечення до та під час воєнного стану показало, що більшість (67,57% [58,61-75,92]) спеціалістів відмітили надання якісної медичної допомоги при наявному матеріально-технічному забезпеченні відділення до введення воєнного стану, тоді як під час воєнного стану думка опитуваних щодо цього питання знизилась на 8,11%: 59,46% [50,22-68,38] опитуваних погоджувались із можливістю надання якісної медичної допомоги наявним обладнанням (табл. 7.3).

До введення воєнного стану 40,54% [31,62-49,78] респондентів вказали, що наявне матеріально-технічне забезпечення було належної якості, проте потребувало доукомплектування, тоді як під час воєнного стану такої ж думки було 36,94% [28,24-46,09] спеціалістів. Встановлено, що до початку війни 38,74% [29,92-47,94] опитуваних зазначали, що їх відділення потребували закупівлі сучасного медичного обладнання та розхідних матеріалів, під час воєнного стану 43,24% [34,20-52,52] респондентів вказали на це.

Таблиця 7.3

Зміни у стані матеріально-технічного забезпечення до та під час війни в онкологічних відділеннях (передбачено вибір кількох варіантів відповідей) (%)

Стан матеріально-технічного забезпечення	До воєнного стану			Під час воєнного стану		
	n	%	95% ДІ	n	%	95% ДІ
дозволяло надавати якісну медичну допомогу	75	67,57	58,61-75,92	66	59,46	50,22-68,38
було належної якості, проте потребувало доукомплектування	45	40,54	31,62-49,78	41	36,94	28,24-46,09
потребувало закупівлі сучасного медичного обладнання та розхідних матеріалів	43	38,74	29,92-47,94	48	43,24	34,20-52,52
полегшувало надання якісної медичної допомоги	26	23,42	16,05-31,72	23	20,72	13,73-28,72
було застаріле, потребувало заміни	16	14,41	8,53-21,53	14	12,61	7,12-19,40
ускладнювало надання якісної медичної допомоги	1	0,90	0-3,50	7	6,31	2,56-11,56

Як до так і під час воєнного стану практично однакове число спеціалістів (23,42% [16,05-31,72] та 20,72% [13,73-28,72] відповідно) зазначили, що наявне матеріально-технічне забезпечення їх відділень полегшувало надання якісної медичної допомоги. На противагу їм 14,41% [8,53-21,53] спеціалістів до введення воєнного стану та 12,61 % [7,12-19,40] спеціалістів під час війни вказали, що матеріально-технічне забезпечення їх відділень застаріле та потребує заміни. Лише менше одного відсотка (0,90%) спеціалістів вважали, що матеріально-технічне забезпечення ускладнювало їм надання якісної медичної допомоги до війни, проте після введення воєнного стану це число різко зросло більш як у 6 разів (6,31% [2,56-11,56]).

Опитування лікарів-онкологів щодо забезпечення медикаментами та розхідними матеріалами показало, що більшість (89,19% [82,77-94,26]) схиляється до

думки про належне забезпечення розхідними матеріалами (шприци, перев'язувальний матеріал, рукавички) до війни, тоді як після введення воєнного стану таких було 84,68% [77,43-90,75] респондентів. Дещо нижчим відсотком характеризувалося забезпечення відділень медикаментами: до введення воєнного стану 79,28% [71,28-86,27] спеціалістів це підтвердили, після введення воєнного стану – 69,37% [60,51-77,56] опитуваних. Майже половина респондентів вказали, що забезпечені у достатній кількості розхідними матеріалами, пов'язаними із проведенням оперативного втручання: до введення воєнного стану відсоток опитуваних склав 45,05% [35,93-54,33], а після введення воєнного стану відсоток опитуваних незначно підвищився і дорівнював 48,65% [39,43-57,92]. Проте невелике число спеціалістів (2,70% [0,52-6,52]) зазначили, що їх відділення не забезпечені у достатній кількості ані медикаментами, ані будь-якими розхідними матеріалами до введення воєнного стану, а після його введення число таких відповідей зросло вдвічі до 5,41% [1,99-10,36]. Такі відповіді надали лікарі переважно із західних областей (Волинська, Івано-Франківська, Львівська, Хмельницька) та з центрального регіону (Кіровоградська область).

Для забезпечення належного лікування пацієнтів третина респондентів (33,33% [24,90-42,34]) повідомила, що протягом професійної кар'єри (самостійно чи спільно із колегами) інколи купували розхідні матеріали, пов'язані з проведенням оперативного втручання за власний кошт; після початку війни таких було 27,93% [20,01-36,61] спеціалістів. Медичне обладнання за власний кошт купували 21,62% [14,50-29,73] спеціалістів до введення воєнного стану, тоді як після початку війни кількість таких відповідей зменшилася вдвічі – до 10,81% [5,74-17,23] опитаних. На розхідні матеріали (шприци, перев'язувальний матеріал, рукавички) до повномасштабного вторгнення витрачали власні кошти 7,21% [3,16-12,73] респондентів, після введення воєнного стану відсоток таких спеціалістів знизився майже втричі (до 2,70% [0,52-6,52]). Для забезпечення лікування пацієнта у період до введення воєнного стану 5,41% [1,99-10,36] спеціалістів повідомляли, що купували за власний кошт медикаменти для лікування своїх пацієнтів, після початку повномасштабного вторгнення росії частка таких спеціалістів була дещо нижчою –

4,50% [1,45-9,13].

Важливою була думка лікарів-онкологів стосовно заходів з покращення якості надання медичних послуг у відділенні. Серед найбільш поширених рекомендацій щодо покращення якості надання медичних послуг були організація стажувань для лікарів, про що висловились 81,08% [73,3-87,79] опитаних, а також удосконалення та розширення заходів, спрямованих на первинну профілактику та ранню діагностику онкологічних захворювань – 67,57% [58,61-75,92] респондентів (рис. 7.8).

Більше половини опитаних спеціалістів також відзначили наступні важливі заходи: імплементація мультидисциплінарного командного підходу (створення референс-центрів із можливістю консультування, надання експертних лікарських заключень, методичної допомоги, проведення едукативних заходів для спеціалістів тощо) – 61,26% [52,06-70,08]; запровадження обов'язкового мультидисциплінарного онкологічного консилиуму лікарів – 59,46% [50,22-68,38]; важливість закупівлі нового медичного обладнання – 58,56% [49,3-67,52]; дотримання національних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань – 58,56% [49,3-67,52]; запровадження національної стратегії з контролю за онкологічними захворюваннями 57,66% [48,39-66,66]; дотримання міжнародних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань [54,05% при ДІ 44,77-63,2]; розширення діагностичних можливостей локальних лабораторій закладів охорони здоров'я (впровадження генетичного тестування, широкого спектру імуногістохімічних досліджень тощо) – 54,05% [44,77-63,2] опитаних.

Таким чином, не зважаючи на негативний вплив, якого зазнала система охорони здоров'я України внаслідок російського воєнного вторгнення, онкологічна служба продемонструвала свою дієвість та мобільність, здатність адаптуватися до нових умов роботи [43].



Рис. 7.8. Заходи щодо покращення якості надання медичних послуг у відділенні на думку опитаних (%)

Висновки до розділу 7

1. Більшість (71,17% [62,43-79,18]) опитаних лікарів-онкологів керуються у своїй роботі чинними стандартами на засадах доказової медицини діагностики та лікування онкологічних хворих, проте близько половини (55,86% [46,57-64,94])

відзначають необхідність їх перегляду та внесення змін, а міжнародні стандарти, на думку опитаних, потребують адаптації до можливостей надання онкологічної допомоги в Україні (65,77% [56,72-74,27] респондентів).

2. Із запровадженням воєнного стану в Україні проблеми щодо надання медичної допомоги онкологічним хворим відзначило 73,87% [65,34-81,59] опитаних, 49,55% [40,31-58,81] спеціалістів вказали на збільшення кількості пацієнтів, 64,86% [55,78-73,44] опитаних зазначили збільшення кількості пацієнтів із занедбанними стадіями захворювання, а третина (31,53% [23,26-40,44]) опитаних відмітили збільшення пацієнтів із важкими супутніми захворюваннями.

3. Після запровадження воєнного стану в Україні лікарі-онкологи стикнулися з низкою труднощів: недотримання пацієнтами термінів призначеного лікування (48,65% [39,43-57,92]); втрата інформації (26,13% [18,41-34,66]); зміна послідовності в етапах лікування пацієнтів (18,92% [12,21-26,7]); зростання самолікування серед пацієнтів (11,71% [6,42-18,32]).

4. При цьому 57,66% [48,39-66,66]) респондентів повідомляють, що із запровадженням воєнного стану в Україні матеріально-технічне забезпечення їх відділень залишилось незмінним, 59,46% [50,22-68,38] опитуваних погоджувались із можливістю надання якісної медичної допомоги наявним обладнанням, а 84,68% [77,43-90,75] респондентів вказують на належне забезпечення розхідними матеріалами (шприци, перев'язувальний матеріал, рукавички).

5. Значна частина лікарів онкологів (81,08% [73,3-87,79]) потребує організації стажування для лікарів, що на їх думку, має покращити якість надання медичних послуг, а також пропонує удосконалення та розширення заходів, спрямованих на первинну профілактику та ранню діагностику онкологічних захворювань (67,57% [58,61-75,92] респондентів).

Результати досліджень розділу 7 наведено в публікаціях:

1. Зуб В. О., Котуза А. С. Організація надання медичної допомоги онкологічним хворим (за даними анкетування лікарів-онкологів). *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2022. № 10. С. 11-18. DOI: <https://doi.org/10.26565/2617->

[409X-2022-10-02](#)

2. Zub V., Semenova Y., Tolstanov O., Kotuza A., Gutor T., Matsyura O., Lysiuk R., Bjørklund G. Provision of medical care to cancer patients in Ukraine during Russo-Ukrainian war: A survey of oncologists' perceptions. *International Journal of Healthcare Management*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/20479700.2023.2261697>

РОЗДІЛ 8

ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У РАМКАХ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я НАПРЯМКУ «ОНКОЛОГІЯ»

8.1 Аналіз наданих медичних послуг за 17 пакетом Програми медичних гарантій «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах»

Дослідженням встановлено, що діагностично споріднені групи (ДСГ) в Україні та Австралії майже однакові, проте існують певні відмінності. По-перше, це відсутність таких ДСГ в Україні як R05 «Аллогенна трансплантація кісткового мозку» та R06 «Аутологічна трансплантація кісткового мозку», хоча в проаналізованих електронних медичних записах (ЕМЗ) існують взаємодії з інтервенціями, які відносяться до вказаних ДСГ. Слід також звернути увагу на те, що лише в єдиній ДСГ R05 з-поміж усіх введено диференціювання послуг для дітей та дорослих, тоді як в усіх інших ДСГ такого диференціювання немає (Додаток Н) [23].

По-друге, це відсутність в Україні підгруп за рівнем складності в більшості ДСГ. По-третє, назва ДСГ R63 в Україні відрізняється від назви в Австралії. Так, в Австралійських стандартах кодування (АСК) ця група має назву «R63 Хіміотерапія», а в українській ДСГ – «R63 Хіміостаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», при цьому назва ДСГ в українській інтерпретації значно змінює сутність даної діагностично спорідненої групи.

Також були встановлені прогалини в кодуванні діагнозів за ДСГ R63. Так, і в Австралії, і в Україні, визначено, що критерієм входження ДСГ R63 є тільки діагноз за кодом Z51.1 «Курс фармакотерапії при новоутворенні», при цьому даний діагноз виставляється при проведенні хіміотерапії, яка позначається відповідними кодами. Проте, лише в 20% усіх ЕМЗ основний діагноз був закодований відповідно до АСК за кодом Z.51.1.

При аналізі взаємодій також було виявлено ряд проблем. Зокрема, встановлено

паралельне існування хіміотерапевтичного пакету та ДСГ R63 «Хіміостаціонарна допомога...» в рамках терапевтичного пакету, що призводить до подвійної оплати за одну і ту ж послугу. Наприклад, за послугу «Внутрішньовенне введення протипухлинного препарату», ЗОЗ з контрактом на 17 пакет від НСЗУ отримує 36807 грн, а ЗОЗ без контракту на 17 пакет – 1576 грн. Причому в рамках хіміотерапевтичного пакету немає диференціювання на дорослих та дітей, а в 17 пакеті є, що призводить до різниці в оплаті для дорослих у 22,65 рази, для дітей – в 83 рази. У цьому випадку виникає питання щодо різної оплати закладам за однакову послугу, для виконання якої не потрібно унікального обладнання.

Також нами встановлено, що правило групери щодо включення пролікованого випадку до 17 пакету в Україні не відповідає австралійським стандартам кодування, оскільки за АСК інтервенція «введення протипухлинного препарату пероральний шлях» не повинна кодуватися ні в стаціонарних, ні в амбулаторних умовах (АСК стандарт 0044 Хіміотерапія), і відповідно не повинна оплачуватися. Проте, за даними Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) за 8 місяців у 17 пакет було включено і оплачено цю послугу для 205 дітей та 16654 дорослих. Це при тому, що їм в Електронному медичному записі було закодовано тільки ентеральне / оральне / неуточнене введення протипухлинного засобу (3 інтервенції) при наданні медичних послуг в амбулаторних та стаціонарних умовах [23].

Дослідження співставлень вимог ПМГ на 2023 рік та АСК показало невідповідність правил групери щодо входження пролікованого випадку в 17 пакет. Так, за групером НСЗУ підставами для віднесення випадку в 17 пакет є діагнози класів D10-D49 «Доброякісні новоутворення та Новоутворення невизначеного або невідомого характеру», які, відповідно до австралійських стандартів не входять в онкологічні ДСГ. Також у вимогах до 17 пакету зазначено, що підставами надання послуги є «направлення пацієнта з клінічно та морфологічно підтвердженим злоякісним захворюванням», що також не належить до класів D10-D49. Усього за 8 місяців за 17 пакетом було оплачено закладам за лікування 18 дітей та 111 дорослих з вище вказаними діагнозами. У той же час порівняльний аналіз австралійських та українських ДСГ та їх коефіцієнтів показав, що в перелік діагнозів для входження в

17 пакет включено діагнози категорії доброякісні новоутворення з мінімальними коефіцієнтами (табл. 8.1).

Таблиця 8.1

**Порівняння українських та австралійських ДСГ щодо захворювань
класу D в рамках 17 пакету**

Діагноз	ДСГ, назва	Коеф. Австралія	Коеф Україна	Сума за ДСГ	Сума за пакетом
1	2	3	4	5	6
D10.00-D10.03 Доброякісні новоутворення порожнини та ротової глотки (+інтервенції]) D16.5	D40	0,65	0,522	3 918	36068
D10.00-D10.03 Доброякісні новоутворення ротової порожнини та глотки	D67	0,68	0,53	3 978	36068
D10.4-D10.9 Доброякісні новоутворення ротової порожнини та глотки D11 Доброякісне новоутворення великих слинних залоз D14.0- D14.1	D66	0,55	0,421	3 160	36068
D12 Доброякісне новоутворення ободової кишки, прямої кишки, ануса та анального каналу D13.0-D13.7	G70	0,76	0,594	4 459	36068
D13.4-D13.5 Інші захворювання печінки	H63	1,13	0,79	5 930	36068
D13.7 Ендокринні порушення	K64	1,0	0,708	5 314	36068
D14.2- D14.4 Новоутворення органів дихання D15.2, D15.7, D15.9, D16.7, D17.4, E71	E71	1,8	1,285	9 645	36068

Продовження табл. 8.1

1	2	3	4	5	6
D15.1 Інші захворювання органів кровообігу	F75	1,69	1,158	8 692	36068
D16 Доброякісне новоутворення кісток та суглобових хрящів	I76	0,86	0,618	4 639	36068
D17. Доброякісне новоутворення жирової тканини шкіри та підшкірної клітковини голови, обличчя та шиї D22					
D17.6 Доброякісне новоутворення жирової тканини сім'яного канатика	M64	0,45	0,302	2 267	36068

До прикладу, до 17 пакету включено діагноз D17.6 «Доброякісне новоутворення жирової тканини сім'яного канатика» з коефіцієнтом 0,302 та оплатою випадку 2267 грн. і якщо заклад має 17 пакет за лікування такого випадку, то він отримає 35702 грн за дорослого або 130848 грн за дитину, а заклад без даного пакету – 2267 грн, хоча лікування даного захворювання є однаковим і не потребує унікального обладнання. Таким чином, включення діагнозів класу D10-D49 в 17 пакет з клінічної та фінансової точки зору є необґрунтованим, оскільки вартість випадку в рамках 17 пакету є майже в 10 раз є вищою за оплату в рамках відповідної ДСГ.

У результаті проведеного аналізу нами також було виявлено неправильне кодування деяких онкологічних захворювань, що може сприяти збільшенню оплати випадку. Згідно з діючим групером, критерієм входження до 17 пакету є такі діагнози: Z08.2 «Подальше обстеження після комбінованого лікування злоякісного новоутворення», Z08.7 «Подальше обстеження після комбінованого лікування злоякісного новоутворення», Z51.1 «Курс фармакотерапії при новоутворенні» та Z54.2 «Період видужування після хіміотерапії», при цьому за АСК в додаткових діагнозах обов'язково повинен стояти діагноз класу C або D, тобто злоякісне новоутворення (для підтвердження того, що хіміотерапевтичне лікування

проводилось саме при злоякісному новоутворенні, а не при інших захворюваннях). Усього за 8 місяців 2022 року в Україні було зареєстровано 19 368 взаємодій, з них 35,7% (6923) без додаткових діагнозів, тобто за такими ЕМЗ здійснено оплату без чітких критеріїв наявності злоякісного новоутворення, що суперечить вимогам 17 пакету.

Проведений аналіз дозволив сформулювати основні пропозиції та їх обґрунтування для внесення змін з метою удосконалення ПМГ напрямку «Онкологія» на майбутні роки [23]:

1. Рекомендуємо виключити з 17 пакету хвороби категорії «Доброякісні новоутворення» та привести перелік хвороб для входження в пакет відповідно до австралійських стандартів, оскільки включення доброякісних захворювань в онкологічний пакет суперечить вимогам 17 пакету (підставою є «направлення лікуючого лікаря, видане пацієнтам з клінічно та морфологічно встановленим діагнозом злоякісного новоутворення») та австралійським стандартам, в яких доброякісні новоутворення не входять в онкологічні ДСГ, а також сприяє нецільовому використанню ресурсів.

2. Пропонуємо змінити ідеологію всіх онкологічних пакетів, а саме прибрати такі компоненти пакету як супровід та амбулаторна допомога і застосувати новий підхід, зокрема: всі відвідування пацієнта з онкологічними та онкогематологічними діагнозами в амбулаторних умовах відносити до амбулаторного пакету, крім випадків, в яких заковано «введення протипухлинного препарату»; всі випадки з онкологічними та онкогематологічними діагнозами (17 та 38 пакети), в яких заковано інтервенції щодо введення протипухлинного лікарського засобу (крім перорального введення) включати у ДСГ «Хіміотерапія», зі значно меншим коефіцієнтом. Так, коефіцієнт в ДСГ «Хіміотерапія» становить 0,33, а в ДСГ «Гостра лейкемія» – 4,21, ДСГ «Лімфома і хронічна лейкемія» – 1,61, а в ДСГ «Інші неопластичні захворювання» – 1,69, тому пропонуємо привести груп у відповідності до австралійських стандартів кодування.

3. Рекомендуємо не включати в розрахунок глобального бюджету пацієнтів, яким при наданні медичних послуг в амбулаторних умовах при всіх взаємодіях,

заведених на нього, критерієм входження в пакет було закодовано тільки «Ентеральне введення фармакологічного засобу, протипухлинний засіб» та «Оральний шлях введення фармакологічного засобу, протипухлинний засіб», оскільки за АСК ці інтервенції не повинні кодуватися і, відповідно, оплачуватися. Також рекомендуємо не включати інтервенції «Інший шлях введення фармакологічного засобу, протипухлинний засіб» та «Неуточнений шлях введення фармакологічного засобу», оскільки заклад звітує про інтервенції, проведені в закладі, тому вони знають куди вводиться препарат.

4. Пропонуємо розробити тригери для автоматичного та медичного моніторингу ЕМЗ, в яких закодовано основний діагноз визначених категорій МКХ-10 класів С та D та запровадити автоматичний моніторинг в рамках терапевтичного пакету щодо перевірки онкологічних ДСГ, коли основним діагнозом закодовано онкологічні захворювання. А також ввести автоматичний медичний моніторинг правильності кодування в рамках онкологічних пакетів. Оскільки існують випадки, коли в закладах без наявного договору на пакети за напрямом «онкологія» потрапляють у терапевтичний пакет проліковані випадки з закодованим діагнозом класу С та D такі ДСГ:

- R60 Гостра лейкемія з коефіцієнтом 2,69 (тариф 20191 грн.),
- R61 Лімфома і хронічна лейкемія з коефіцієнтом 1,185 (тариф 8895 грн.),
- R62 Інші неопластичні захворювання з коефіцієнтом 1,083 (тариф 8129 грн.).

В таких ситуаціях, якщо лікарі закладу (без онкологічного пакету) в якості основного діагнозу закодують гострий лейкоз, то випадок потрапляє у ДСГ R60 Гостра лейкемія з коефіцієнтом 2,69 (тариф 20191 грн.). Якщо пацієнт з таким діагнозом госпіталізувався 5 разів, то НСЗУ порахує в глобальний бюджет або заплатить 100955 грн. (оплата за кожний випадок госпіталізації). При цьому безпосередньо причиною таких госпіталізацій може не бути лікування лейкозу, а наприклад, гіпертонічний криз або перелом руки. Тоді в такому випадку лейкоз не може бути основним діагнозом. У той же час, якщо цей пацієнт буде 5 разів госпіталізований з приводу лікування гострого лейкозу до ЗОЗ з наявним контрактом на онкологічний пакет НСЗУ заплатить вдвічі менше – 36807 грн. Тому, на нашу

думку, всі випадки визначених категорій класів С та D в рамках терапевтичного пакету повинні підлягати на першому етапі автоматичному моніторингу, а на другому – медичному в ручному режимі.

5. Таким чином, кодування онкологічних захворювань має дуже багато нюансів, які лікарі у своїй звичайній напруженій практиці не в змозі запам'ятати, крім того лікарі або інші особи не несуть за це ніякої адміністративної відповідальності. Тому рекомендуємо розробити навчальний курс щодо правильності кодування онкологічних та онкогематологічних діагнозів для спеціально визначених у закладах осіб-кодувальників, які мають право кодувати діагнози та інтервенції. Навчання повинно проводитись для визначених та затверджених адміністрацією закладу осіб, які повинні відповідати за ведення ЕМЗ, правильність кодування, навчати інших працівників свого закладу тощо.

8.2 Аналіз наданих медичних послуг за 38 пакетом Програми медичних гарантій «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах»

Проведений аналіз показав, що враховуючи те, що підставами для входження до 38 пакету є захворювання, які відносяться до груп C81-96 та D45-82, було виявлено випадки внесення цих захворювань до інших пакетів. Таким чином сформувалась клінічна колізія, яка збільшує фінансові ризики щодо подвійного фінансування, а саме те, що випадок може потрапити одночасно не тільки в 38 пакет, а й в 17, 18 та у відповідну (онкологічну) діагностично споріднену групу терапевтичного пакету. Прикладом цьому є дані, що представлено в таблиці 8.2 [21].

Отже, ми вважаємо, що включення до 38 пакету діагнозів, які, відповідно до австралійської системи кодування, також входять в різні ДСГ з різною оплатою, є некоректним. Якщо практично всі діагнози класу «Новоутворення» (крім C91-C95.9) є ідентичними щодо входження випадку до відповідного пакету (за нашим групером) і у відповідну ДСГ (за АСК) з майже однаковими коефіцієнтами (відповідно 1,85 та 1,182), то діагнози класу «Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення

із залученням імунного механізму», які є критеріями входження випадку у 38 пакет (за нашими правилами), відносяться до декількох ДСГ (за АСК) зі значно меншими коефіцієнтами (0,64 – у ДСГ Q61, 0,95 – у ДСГ Q60, 0,79 – у ДСГ K63) порівняно з коефіцієнтом 1,85 у R61, тобто різниця становить у 2-3 рази, що свідчить про потребу виключення низки діагнозів з 38 пакету, як підстав для входження в цей пакет.

Таблиця 8.2

Діагнози, що є критеріями до включення в 38 пакет, та їх співставлення з австралійськими та українськими ДСГ

Діагноз	Україна			Австралія	
	Пакет	ДСГ 4 (терапевт.) пакету	коєф	ДСГ	коєф
1	2	3	4	5	6
НОВОУТВОРЕННЯ					
злякисні новоутворення лімфоїдної та споріднених тканин (лімфоми) (C81-C88.9);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
множинна мієлома та злякисні плазмоклітинні новоутворення (C90.0-C90.3);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
злякисні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (лейкемії) (C91-C95.9);	17, 18, 38	R60	2,69	R60	4,21
інші та неуточнені злякисні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (гістіоцитози) (C96);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
істина поліцитемія (D45);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
мієлодиспластичні синдроми (D46);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
інші новоутворення невизначеного або невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
ХВОРОБИ КРОВІ І КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ ТА ОКРЕМІ ПОРУШЕННЯ ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ ІМУННОГО МЕХАНІЗМУ					
D56.0 Альфа-таласемія, D56.1 Бета-таласемія (ще 5 таласемій не увійшли в пакет)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D57.0 Серпоподібноклітинна анемія з кризами (ще 4 таких захворювання не увійшли в пакет)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D59.5 Пароксизмальна нічна гемоглобінурія (Маркіафави-Мікелі) (інші набуті гемолітичні анемії не увійшли в пакет)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64

Продовження табл. 8.2

1	2	3	4	5	6
D60.0 Хронічна набута чиста еритроцитарна аплазія (інші хвороби D60 не увійшли в пакет)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D61.3 Ідіопатична апластична анемія (інші апластичні анемії не увійшли)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D64.0 Спадкова сидеробластна анемія	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D64.4 Вроджена дизеритропоетична анемія (інші не увійшли)	17, 18, 38	Q60	0,919	Q60	0,95
D70 Агранулоцитоз	17, 18, 38	K63	0,591	K63	0,79
D76.1 Гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз (інші лімфогістіоцитози не входять)	17, 18, 38	Q60	0,919	Q60	0,95
D81. Комбіновані імунodefіцити (не всі)	17, 18, 38	Q60	0,919	Q60	0,95

Також є незрозумілим принцип вибору діагнозів для включення до переліку підстав надання медичних послуг. До прикладу з класу D56 «Таласемія» включено тільки 2 діагнози D56.0 «Альфа-таласемія» та D56.1 «Бета-таласемія» і не включено D56.2 «Дельта-бета-таласемія».

Окрім того, встановлено нечіткість критеріїв включення випадку до пакету, коли конкретний діагноз є критерієм включення як до 38 пакету, так і в відповідну ДСГ, але з різним фінансуванням. Наприклад, випадок з закодованим діагнозом «Гостра лейкемія» може потрапити і в 38 пакет з оплатою 68 800 грн. і в терапевтичний пакет, ДСГ R60 з оплатою 20 191 грн., що складає різницю майже в три рази, а у разі лікування дитини така різниця буде становити майже в 10 разів (20 191 грн. проти 223 882 грн.). Отримана різниця в оплаті викликає сумніви щодо обґрунтованості тарифу в рамках 38 пакету. Аналіз показав, що за 8 місяців 2022 р. в рамках терапевтичного пакету зареєстровано 2202 випадки ДСГ R61 (тариф 8 895 грн.) та 369 випадків ДСГ R60 (тариф 20 191 грн.), в яких в основному діагнозі стояв код (C91-C95.9), хоча при цьому в додаткових діагнозах могли бути закодовані діагнози/стани, які, на нашу думку, були основними показаннями для госпіталізації таких пацієнтів, і які, в свою чергу, повинні бути основними діагнозами.

У результаті проведеного аналізу також було виявлено дублювання 38 пакету з

ендоскопічними пакетами та мамографією. На сьогодні діючі правила групери сформовані таким чином, що за випадок з гострим лейкозом НСЗУ може заплатити одночасно в рамках 38 пакету, де згідно вимог повинні проводитись і обстеження, у т.ч. ендоскопії та мамографія, й лікування, у т.ч. хіміотерапевтичне лікування, та будь-що інше. Проте, одночасно з цими правилами існує інше правило групери, яке сформовано таким чином, що якщо у взаємодії з діагнозом «гострий лейкоз» буде закодівано будь-яку ендоскопічну процедуру, то таку взаємодію за умови відповідного віку пацієнта буде віднесено до ендоскопічного пакету. Наприклад, якщо на пацієнта віком 60 років буде сформовано 1 взаємодію на амбулаторне лікування із закодіваною бронхоскопією, 1 взаємодію на амбулаторне лікування із закодіваною колоноскопією, 1 взаємодію на амбулаторне лікування із закодіваною інтервенцією консультацію гематолога, то першу взаємодію групер віднесе до 15 пакету, другу – до 13, третю – до 38 пакету, хоча ці всі інтервенції згідно з вимогами пакету повинні виконуватися в рамках 38 пакету.

Також нами було проаналізовано спектр наданих послуг в рамках онкологічного 38 пакету та їх відповідність тарифам. Оскільки в НСЗУ запроваджено втричі більший тариф при наданні допомоги дітям, аналіз проводився окремо для дитячого та дорослого населення [21].

Аналіз послуг, наданих **дитячому** населенню за 38 пакетом дав підстави зробити такі висновки:

- Усього за 8 місяців 2022 р. в системі зареєстровано 5321 епізоди, при цьому надано послуг 1530 дітям, з яких була відмічена значна частка дітей, яким медична допомога надавалась тільки в амбулаторних умовах (29,2%, 447 дітей). Окрім того, тільки в стаціонарних умовах пролікувалось 39,9% (610) дітей, а одночасно амбулаторно і стаціонарно – решта 30,9% (473) дітей.

- Була виявлена значна частка дітей, які тільки один раз звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах – 46,1% із загальної кількості дітей, які зверталися тільки за амбулаторною допомогою (221 з 479 дітей), що склало 14,4% до загальної кількості дітей в рамках даного пакету (221 з 1530 дітей). По два амбулаторних візити (без стаціонарних) мали відповідно 20,4% дітей (98 з 479) та

6,4% дітей (98 з 1530). Більш детальний аналіз послуг наданих в рамках цього пакету засвідчив, що в усіх взаємодіях заковано консультацію гематолога та велику кількість інших консультивань (навчання та консультивання), і лише в поодиноких випадках заковано забір крові, без наведення діагностичних звітів про виконання лабораторних досліджень. Отже, одна п'ята всіх дітей в рамках цього пакету звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах лише один-два рази, а перелік інтервенцій не відповідає тарифу пакету.

- Середня кількість амбулаторних візитів з розрахунку на одну дитину становить 2,5 (95% ДІ 2,2-2,8) рази.

- Стаціонарна допомога в середньому 1,87 (95% ДІ 1,75-1,99) взаємодій з розрахунку на одного пацієнта, середній ліжко-день – 15,06 (95% ДІ 14,2-15,96), при цьому частка стаціонарних взаємодій з тривалістю три доби та менше становить 23,8% (553 з 2322), отже майже чверть госпіталізацій не відповідає тарифу щодо лікування пацієнтів з онкогематологічними захворюваннями.

- Частка дітей з захворюваннями класу «Хвороби крові та кровотворних органів, та окремі порушення з залученням імунного механізму», в яких тариф лікування є меншим за онкогематологічний тариф, становить 8,0% (123 з 1530 дітей), серед яких 20,3% (25 з 123 дітей) здійснили лише один амбулаторний візит до лікаря.

Аналіз послуг, наданих **дорослому** населенню за 38 пакетом (онкогематологія) показав наступне:

- Усього за 8 місяців в системі зареєстровано 53 472 взаємодії, з яких 60,8% (32 521) надано в амбулаторних умовах, при цьому надано послуг 26 010 дорослим.

- Виявлена значна частка дорослих, які лише тільки один раз звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах – 53,5% (4720 з 8826 дорослих) із загальної кількості дорослих, які зверталися тільки за амбулаторною допомогою. Двічі звернулися за медичною допомогою 21,6% (1910 з 8826) дорослих.

- Частка пацієнтів з діагнозами класів «Хвороби крові та кровотворних органів, та окремі порушення з залученням імунного механізму» становить 2,3% (614 з 26 010) із загальної кількості дорослих.

Отже звертає на себе увагу значна кількість пацієнтів, які один чи 2 рази

звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах, а заплачено за ці випадки за повним тарифом.

Проведений аналіз дозволив сформулювати основні рекомендації щодо змін до ПМГ на наступні роки [21].

1. Зміни до підстав надання послуг в рамках онкологічних пакетів:

- Рекомендуємо виключити з 38 пакету діагнози, які не відносяться до онкогематологічних захворювань класу D45-82 «Хвороби крові та кровотворних органів, та окремі порушення з залученням імунного механізму», оскільки відповідно до австралійських стандартів хвороби класу D, що включено в перелік підстав надання медичних послуг, відносяться до декількох ДСГ зі значно меншим коефіцієнтом.

- Пропонуємо всі випадки з онкологічними та онкогематологічними діагнозами, в яких закодовано інтервенції щодо введення протипухлинного лікарського засобу (крім перорального введення) включати у ДСГ «Хіміотерапія» зі значно меншим коефіцієнтом і в якості пілотного проекту запровадити діагностичні коефіцієнти за складність випадку. Порівняння коефіцієнтів щодо введення протипухлинного лікарського засобу: коефіцієнт в ДСГ «Хіміотерапія» становить 0,33, а в ДСГ «Гостра лейкемія» – 4,21, в ДСГ «Лімфома і хронічна лейкемія» – 1,61, в ДСГ «Інші неопластичні захворювання» – 1,69.

- Рекомендуємо в стаціонарних умовах включати в онкологічні та онкогематологічні ДСГ тільки випадки лікування злоякісних новоутворень та онкогематологічних захворювань з вказанням в клінічному статусі «активний» або «рецидив», а у випадку «ремісії» оплачувати за терапевтичним пакетом. Так, до прикладу, коефіцієнт в ДСГ «Інші неопластичні захворювання» коливається від 3,04 при високій складності до 0,69 при низькій складності випадку (різниця в 4,4 рази).

2. Відповідність наданих медичних послуг пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями тарифу:

- Пропонуємо не включати в подальшому у розрахунок глобального бюджету пацієнтів, які зверталися тільки за амбулаторною допомогою менше за 3 рази в рамках 17 та 38 пакетів, що дозволить ефективніше використовувати фінансових ресурсів,

оскільки оплата буде проводитись за фактично надані послуги, а не за віртуальні.

- Перейти на оплату пролікованих випадків за ДСГ відповідно до австралійських стандартів, при цьому базовими кроками повинні стати виділення ДСГ «Хіміотерапія» та включення радіотерапії у відповідну ДСГ. А всі амбулаторні послуги оплачувати в рамках амбулаторного пакету.

Таким чином, лише системний підхід до вирішення запропонованих заходів із залученням всіх необхідних служб та закладів дозволить удосконалити Програму медичних гарантій за напрямом «Онкологія», що приведе у відповідність оплату за тарифами до наданих медичних послуг пацієнтам з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями та покращить рівень надання медичної допомоги таким хворим.

8.3 Аналіз наданих медичних послуг за 18 пакетом Програми медичних гарантій «Радіологічне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах» та порівняльний аналіз взаємодій всіх пакетів напрямку «Онкологія»

У ході дослідження було встановлено, що в АСК не виокремлено окремої діагностично спорідненої групи (ДСГ) з проведення радіотерапії. Так, відповідно до АСК променева терапія є складовою лише однієї ДСГ – R62, і з точки зору її вартості вона не є дорогою, якщо в тариф не включати вартість коштовного обладнання, на якому проводиться дана процедура. За австралійськими стандартами при проведенні радіотерапії основний діагноз виставляється Z51.0 «Курс радіотерапії», що є критерієм включення в ДСГ R62. При цьому коефіцієнти в австралійських та українських ДСГ є майже однаковими (коефіцієнт Австралії 1,69, в Україні – 1,83), тобто оплата випадку в рамках цієї ДСГ повинна бути 8 129 грн, а НСЗУ за цю ж послугу в рамках пакету 18 «Радіологічне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах» платить від 51 368 грн. (в амбулаторних) до 77 052 грн. (в стаціонарних умовах), і відповідно різниця складає від 6,3 до 9,5 разів. Зважаючи на це, ми вважаємо формування окремого пакету економічно та клінічно необґрунтованим [22].

Усього за 8 місяців 2022 року за 18 пакетом зареєстровано 60 165 взаємодій на 17 827 унікальних пацієнтів, з яких 32,9% (5 864 осіб) обслуговувались тільки амбулаторних умовах, 64,0% (11 405 осіб) – лише в стаціонарних закладах, та решта 3,1% (558) пацієнтів – одночасно амбулаторно і стаціонарно.

Було виявлено значну частку дітей, які лише один раз звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах – 35,2% від загальної кількості пацієнтів, які зверталися тільки за амбулаторною допомогою (2066 дітей з 5864 усіх амбулаторних пацієнтів) або 11,6% до загальної кількості дітей в рамках даного 18 пакету (2066 дітей з 17827 усіх пацієнтів). По два амбулаторних візити (без стаціонарних) мали відповідно 17,56% дітей (1030 з 5864) від загальної кількості пацієнтів, які зверталися тільки за амбулаторною допомогою, та 5,8% дітей (1030 з 17827) від загальної кількості дітей в рамках 18 пакету.

Більш детальний аналіз показав, що більше 30 разів за 8 місяців 2022 року променеву терапію тільки в амбулаторних умовах отримували 205 пацієнтів. Зокрема, один пацієнт з діагнозом «Злоякісне ураження бронхів та легень, локалізації яких частково нашаровуються» 67 разів отримував радіотерапію в амбулаторних умовах, при цьому в кожній взаємодії вказано, що це завершений епізод, хоча епізод був незавершений.

Порівняння даних взаємодій у межах трьох основних онкологічних пакетів 17, 18 та 38 ПМГ виявило дублювання діагнозів, які є критерієм включення випадку одночасно в декілька пакетів. Зокрема, у випадку з закодованим онкогематологічним діагнозом при наявності інтервенції «Введення протипухлинного препарату будь-яким шляхом» система віднесе випадок в 17 пакет, а у разі відсутності такої інтервенції – в 38 (онкогематологічний пакет). У двох випадках для Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) це буде новий пацієнт, тому за одного пацієнта з онкогематологічним діагнозом НСЗУ заплатить в сумі 105 600 грн.: в рамках 17 пакету (36 807 грн.) і в рамках 38 пакету (68 800 грн.), а у разі лікування дитини – 354 546 грн. (130 664 грн в рамках 17 пакету та 223 882 грн. в рамках 38 пакету). До прикладу, було виявлено ситуацію, коли послуги, що надано одному пацієнту з діагнозом «Лімфома Ходжкіна, неуточнена», оплачено одночасно в рамках 17 та 38

паketу за 5 амбулаторних візитів, хоча оплата повинна відбуватися тільки в межах онкогематологічного паketу [22].

Таким чином, на сьогодні існують ризики подвійного, потрійного та більше фінансування одного пацієнта з онкогематологічним діагнозом. Варіанти такого дублювання для пацієнта з діагнозом «Гострий лейкоз» представлено на рисунку 8.1.

Проведений аналіз дозволив сформулювати пропозиції щодо основних змін до ПМГ напрямку «Онкологія» на наступні роки та їх обґрунтування, що представлено на рис. 8.2 і 8.3.



Рис. 2. Шляхи потрапляння випадку з діагнозом «Гострий лейкоз» у ...

Рис. 8.1. Шляхи потрапляння випадку з діагнозом «Гострий лейкоз» до різних паketів та можливі варіанти подвійного / потрійного фінансування (виділено червоними стрілками)

З числа основних змін, наведених на рис. 8.2, до підстав надання послуг в рамках онкологічних паketів, які ми рекомендуємо внести, більшість стосується 17 паketу, а саме: виключення з нього з усіх діагнозів, які входять в 38 паket (зокрема коди C81-96 та D45-82), та виключення з цього паketу хвороби категорії «Доброякісні новоутворення», оскільки підставою надання послуг в 17 паketі є «направлення лікуючого лікаря, видане пацієнтам з клінічно та морфологічно встановленим діагнозом злоякісного новоутворення». Окрім цього, за австралійськими стандартами доброякісні новоутворення не входять до онкологічних ДСГ, тому рекомендуємо

привести перелік хвороб для входження до пакету відповідно до австралійських стандартів, що дозволить попередити нецільове використання ресурсів. Також ми пропонуємо виключити правило діючого групери щодо віднесення пролікованого випадку із закованою інтервенцією «Ендоскопія» в ендоскопічні пріоритетні пакети та амбулаторний пакет, тобто ендоскопічні інтервенції повинні залишатися в рамках онкологічних пакетів, оскільки наявне правило діючого групери створює ризики подвійного фінансування.

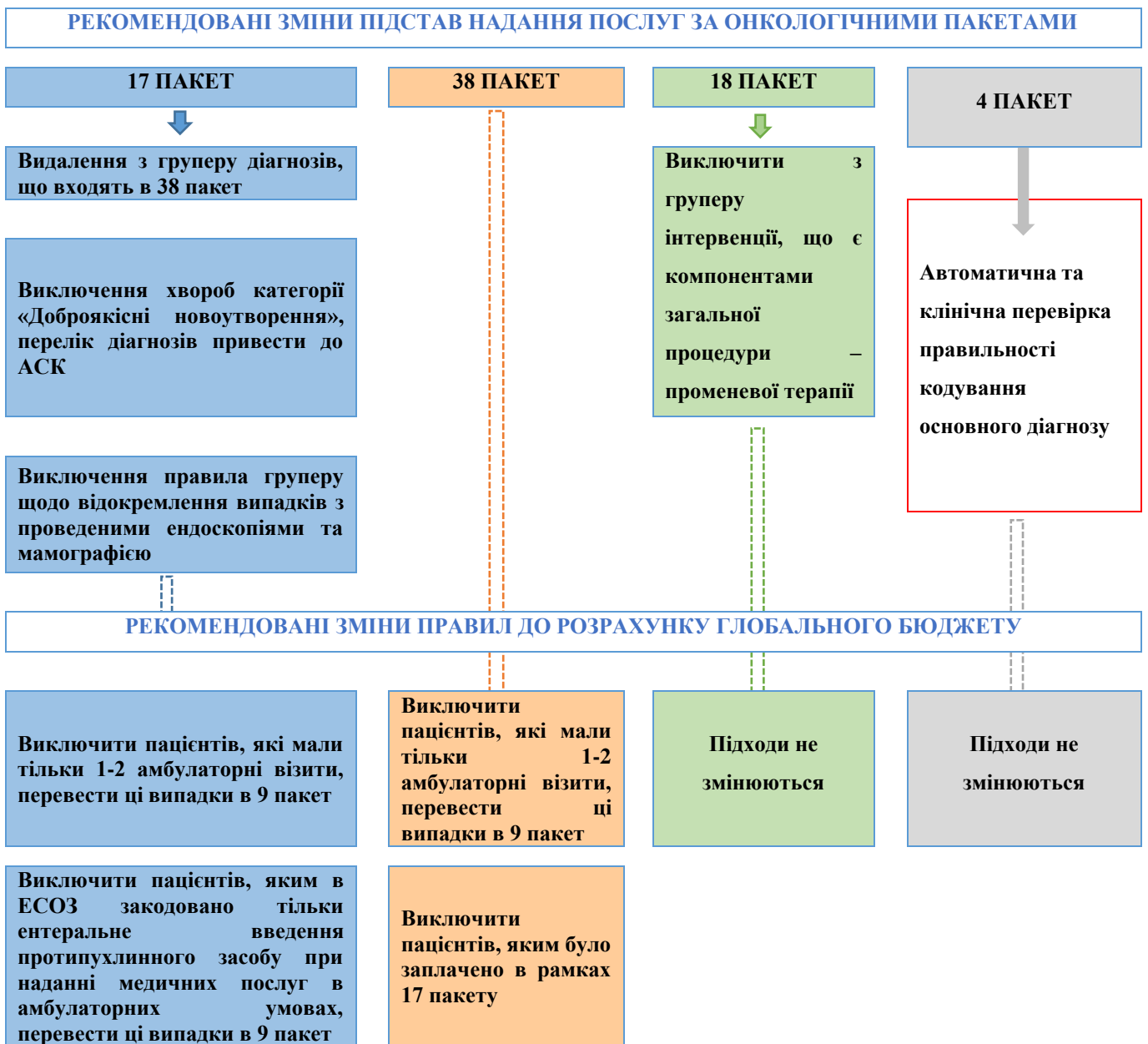


Рис. 8.2. Рекомендовані зміни до ПМГ напрямку «Онкологія» за пакетами та розрахунками глобального бюджету

Так, вимоги 17 та 38 пакету передбачають, що обстеження та лікування пацієнта з онкологічними захворюваннями повинно відбуватися в рамках онкологічних пакетів, але наразі при наявності декількох взаємодій у одного пацієнта, групер взаємодію з закодованою ендоскопією віднесе до ендоскопічного пакету, а взаємодію без вказаної процедури – онкологічний пакет, тобто НСЗУ за одного пацієнта заплатить і в рамках онкологічного пакету і в рамках ендоскопічного пакету.

Рекомендуємо виключити з групери інтервенції, що є підставою до включення до 18 пакету, і які є підготовчими інтервенціями до проведення променевої терапії, тобто є компонентами загальної процедури – променевої терапії.

Серед важливих змін щодо правил до розрахунку глобального бюджету рекомендуємо не включати до розрахунку глобального бюджету на наступні роки пацієнтів, які зверталися тільки за амбулаторною допомогою менше, ніж 3 рази в рамках 17 та 38 пакетів, а також не включати до розрахунку глобального бюджету за 17 пакетом пацієнтів, яким було заплачено в рамках 38 пакету. Це дозволить мінімізувати подвійне фінансування, проводити оплату за фактично надані послуги і, відповідно, ефективно використовувати фінансові ресурси [22].

А також у рамках пілотного проекту ми пропонуємо повністю перейти на австралійські стандарти кодування без виділення окремих онкологічних пакетів за умови запровадження технічних паспортів закладів, важливі моменти цього описано на рис. 8.3.

Щодо рекомендованої зміни правил оплати, то слід відмітити необхідність переходу до оплати пролікованих випадків за ДСГ відповідно до австралійських стандартів, при цьому базовими кроками повинні стати: виділення ДСГ «Хіміотерапія», включення радіотерапії у відповідну ДСГ, всі амбулаторні послуги оплачувати в рамках амбулаторного пакету, прибрати або знизити коефіцієнт за лікування дітей, підвищити тарифи.

Повний перехід на австралійські стандарти кодування без виділення окремих онкологічних пакетів за умови запровадження технічних паспортів закладів (як пілотний проект)

1. Стаціонарні випадки потрапляють у ДСГ: *R60 Гостра лейкемія, R61 Лімофма і хронічна лейкемія, R62 Інші неопластичні захворювання*
2. Радіотерапія (основний діагноз Z51.0) потрапляє в ДСГ *R62 Інші неопластичні захворювання*
3. Хіміотерапевтичне лікування (основний діагноз Z51.1) потрапляє в ДСГ *R63 Хіміотерапія*
4. Введення підгруп складності (в якості пілотного проекту) в ДСГ *R60 Гостра лейкемія, R61 Лімофма і хронічна лейкемія, R62 Інші неопластичні захворювання*
5. Введення морфологічної класифікації онкозахворювань

Рекомендована зміна правил оплати

1. Стаціонарні випадки безпосередньо терапевтичного лікування онкологічних та онкогематологічних захворювань (з клінічним статусом «активний», «рецидив») після проведення автоматичного моніторингу за визначеними критеріями потрапляють у відповідні ДСГ та оплачуються за встановленим тарифом.
2. Випадки різної складності (низька, помірна та висока) в межах однієї ДСГ оплачуються за відповідними коефіцієнтами.
3. Прибрати або значно зменшити коефіцієнти за надання медичної допомоги дітям.
4. Амбулаторні та стаціонарні випадки хіміотерапевтичного лікування онкологічних та онкогематологічних діагнозів потрапляють у спеціальну ДСГ «Хіміотерапія» та оплачуються за встановленим тарифом, який повинен бути в рази менше тарифу онкологічних ДСГ.
5. Випадки звичайного обстеження пацієнтів з онкологічними та онкогематологічними діагнозами в амбулаторних умовах потрапляють в 9 пакет.

Постійний моніторинг правильності кодування основного діагнозу із застосуванням фінансового вливу

Рис. 8.3. Рекомендовані зміни до ПМГ напрямку «Онкологія» за кодуванням та правилами оплати

Для контролю за правильністю кодування, а відповідно і оплатою інтервенцій та пролікованих випадків необхідно запровадити систему постійного динамічного

спостереження, яка буде включати автоматичний та медичний моніторинг ЕМЗ, в яких заковано основний діагноз визначених категорій класів С та D.

На нашу думку, при впровадженні вищенаведених змін до ПМГ клінічний маршрут пацієнта має виглядати так, як наведено на рис.8.4.

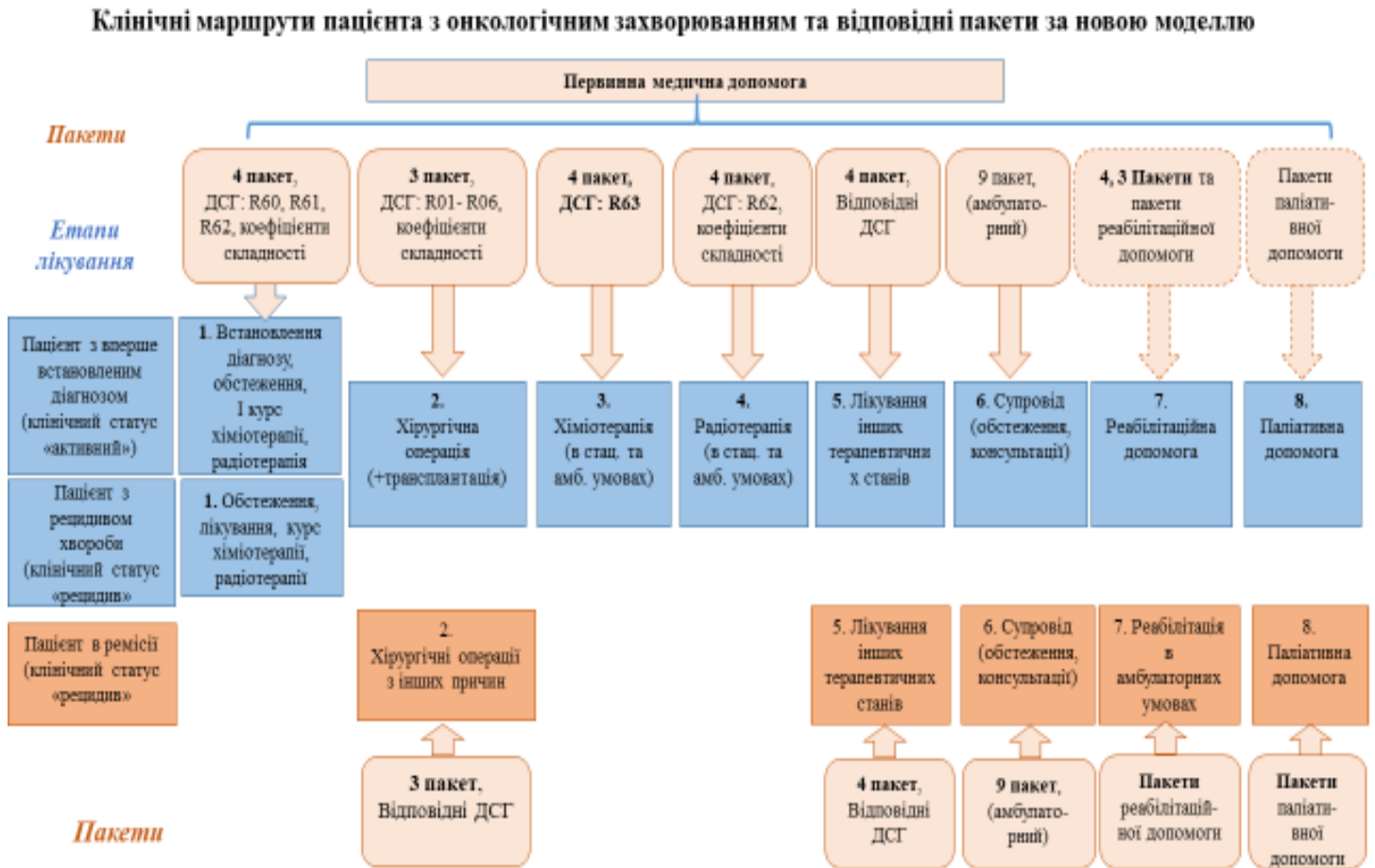


Рис. 8.4. Клінічний маршрут пацієнта з онкозахворюванням за новою моделлю

На кожному етапі лікування пацієнта є передбачено певні пакети, які забезпечують ці етапи. При цьому дублювання може відбуватися тільки між хіміо- та радіотерапією [22].

Наведені рекомендації допоможуть усунути невідповідності та прогалини в Програмі медичних гарантій напрямку «Онкологія», що дозволить покращити рівень надання медичної допомоги онкопацієнтам та збалансувати фінансування пролікованих випадків цього напрямку.

Висновки до розділу 8

1. У результаті проведеного аналізу виявлено певні проблеми в існуючих правилах групери стосовно пролікованих випадків / взаємодій у пакетах за напрямом «Онкологія»:

- нечіткі критерії входження випадку до пакету, зокрема включення діагнозів, які не відносяться до злоякісних новоутворень;
- дублювання діагнозів в пакетах, що сприяє подвійному/потрійному фінансуванню випадку;
- відсутність медичного та автоматичного моніторингу за правильністю кодування основного діагнозу та інтервенцій;
- відсутність на постійній основі аналізу наданих послуг в амбулаторних умовах з точки зору їх відповідності тарифу, а також незастосування своєчасних запобіжних заходів.

2. На підставі отриманих результатів пропонується внесення змін до ПМГ напрямку «Онкологія» та запровадження автоматичного медичного моніторингу ЕМЗ, в яких закодовано основний діагноз визначених категорій класів С та D.

3. Запропоновані шляхи удосконалення ПМГ напрямку «Онкологія» дозволять привести у відповідність надані медичні послуги пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями до тарифу і тим самим за рахунок використання вивільнених / зекономлених коштів покращити оснащення діагностичних та лікувальних підрозділів для надання медичної допомоги онкологічним хворим, що приведе до підвищення рівня виживаності хворих, своєчасної діагностики раку на ранніх стадіях та попередження виникнення нових випадків онкозахворювань.

Результати досліджень розділу 8 наведено в публікаціях:

1. Гусак Н., Зуб В., Котуза А. Надання онкологічної допомоги у рамках програми медичних гарантій Національної служби здоров'я за пакетом «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах». *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2023. №11(2). С. 184-193. [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(2\):184-193](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(2):184-193)

2. Гусак Н. Б., Зуб В. О., Котуза А. С. Порівняльний аналіз пакетів напрямку "Онкологія" програми медичних гарантій. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27. №2. С. 288-292. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-19

3. Гусак Н. Б., Котуза А. С., Зуб В. О. Аналіз наданих медичних послуг за пакетом програми медичних гарантій «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах». *Medical Science of Ukraine / Медична наука України*. 2023. Т. 19. № 2. С. 89-96. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2023.12>

РОЗДІЛ 9

ОПТИМІЗОВАНА СИСТЕМА НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

9.1 Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України

Пропонована «Оптимізована система надання онкологічної допомоги» (далі Система) населенню України сформована з включенням усіх елементів комплексу надання доступних високоякісних медичних послуг напрямку «Онкологія» в Україні із забезпеченням відповідної взаємодії лікувально-профілактичних закладів та впровадження системного підходу і сучасних принципів організації профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих на злоякісні новоутворення [53].

Кінцевою метою пропонованої Системи є підвищення ефективності профілактики онкологічних захворювань, доступності і ефективності медичної допомоги для онкологічних хворих та покращення якості життя пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями.

При розробці Системи були враховані дані діючих організаційних законодавчо-правових документів напрямку «Онкологія», а саме: Наказу МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія"» № 554 від 17.09.2007 р. (редакція від 30.06.2015 р.) [113] та Наказу МОЗ України «Про систему онкологічної допомоги населенню України» № 845 від 01.10.2013 р. [116], які, близько десяти років не оновлювались та не містять конкретного плану дій щодо покращення ефективності роботи онкологічної служби. Ще один вагомий нормативний документ

«Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» [111], яка власне і містила такий план дій, не тільки завершила термін своїх повноважень, а й значна частина заходів не були реалізованими. Саме тому, ключовими в розробці Системи стали «Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року» [88], яка була винесена на громадське обговорення шляхом оприлюднення на сайті МОЗ України 28.01.2021 року із

подальшим запланованим затвердженням Кабінету Міністрів України, та Європейський план боротьби з раком: дорожня карта імплементації на 2021-2025 роки (Europe's Beating Cancer Plan: Implementation Roadmap [218, 219]).

Наша запропонована «Оптимізована система надання онкологічної допомоги» складається із трьох основних компонентів:

1. Стандартизація документів на всіх рівнях системи, тобто на підставі яких нормативно- правових та технічних документів буде працювати ця система.

2. Мережа ЗОЗ та кадрів (усі учасники системи – від виконавців до контролюючих органів), а саме, хто і де буде здійснювати реалізацію запланованого у системі.

3. Основні напрямки роботи (завдання по кожному напрямку з очікуваними результатами).

Першочергове значення для якісної роботи Системи має **стандартизація документів**, яка дозволить оптимально забезпечити роботу всієї онкологічної служби та включає розробку і впровадження сучасних законодавчих та медико-технологічних документів на основі найкращих клінічних настанов, імплементованих з європейських та адаптованих до умов вітчизняної системи охорони здоров'я (табл. 9.1).

Усі стандарти були віднесені до 5 основних груп за напрямками роботи.

1) *Стандарти на ресурси охорони здоров'я* за рівнем та ієрархією належать до національних стандартів. З-поміж таких важливих є проєкт «Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року», до якого необхідно внести зміни з врахуванням воєнного стану та післявоєнного відновлення і ввести в дію. На нашу думку, потребує розроблення та впровадження на державному рівні «Концепції державної підтримки онкологічних хворих», що дозволить систематизувати чи навіть уніфікувати допомогу держави таким хворим і тим самим покращити якість їхнього життя.

Таблиця 9.1

Стандарти в службі онкологічної допомоги

Групи стандартів	Функціональні елементи	Нормативно- правові документи	
		Наявні	Пропоновані
1	2	3	4
1) Стандарти на ресурси охорони здоров'я	Організаційні технології		- «Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року» - «Концепція державної підтримки онкологічних хворих»
	Кваліфікація медичного, фармацевтичного та іншого персоналу	- Типовий план проходження інтернатури для кожної з онкологічних спеціальностей*	- Типовий план / стандарт безперервного професійного розвитку лікарів-онкологів та клінічних фармацевтів
2) Стандарти організації медичних служб і ЗОЗ	Медична онкологічна допомога, що включає технічне забезпечення виконання усіх медичних та фармацевтичних послуг	- «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року»*	- Операційний план реалізації у 2023-2024 роках «Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року» - Регіональні плани у кожній області України, розроблені на підставі Національного плану - Проект «Цифрове картографування можливостей діагностики та лікування раку в Україні»
3) Стандарти програм медичної допомоги та контролю її якості	Технології виконання медичних послуг онкодопомоги	- Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія". Наказ МОЗ України № 554 від 17.09.2007 р.*	- Оновлені уніфіковані протоколи надання медичної допомоги з кожного онкологічного захворювання
	Контроль якості та безпеки медичної онкологічної допомоги	- Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» Наказ МОЗ України № 454 від 01.08.2011 р. *	- Стандарти з контролю якості та безпеки медичної онкологічної допомоги в амбулаторних, стаціонарних умовах та на етапі паліативної допомоги
4) Медико-економічні стандарти	Економічні аспекти охорони здоров'я напрямку «Онкологія»	- Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ. Постанова Кабінету Міністрів від 28 лютого 2002 р. № 228*	- Типові положення / кошториси про обсяг діагностичних, лікувальних, профілактичних заходів із зазначенням їх вартості прямих та непрямих витрат для окремих груп онкологічних захворювань

Продовження табл. 9.1

1	2	3	4
5) Інформаційні стандарти	Обліково-звітна документація, що використовується в системі охорони здоров'я, інформаційні технології	<ul style="list-style-type: none"> - "Виписка з медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення" ф. № 027-1/о* - "Протокол про виявлення у хворого занедбані форми злоякісного новоутворення" ф. № 027-2/о* - "Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення" ф. № 090/о* - «Звіт про захворювання на злоякісні новоутворення» ф. №7* - Національний канцер-реєстр України* - ЕСОЗ* 	- Окремий реєстр / розділ у ЕСОЗ щодо інформації про онкологічну допомогу пацієнтам із єдиною інформаційною системою бази онкологічних хворих, яка буде синхронізуватись із Національним канцер-реєстром України

Примітка: * - існуючі наявні документи, які потребують затвердження або адаптивних змін чи оновлення.

Важливим питанням є забезпечення якості підготовки лікарів-спеціалістів за онкологічними спеціальностями. Так, на етапі інтернатури здійснюється підготовка за спеціальністю «Радіологія» тривалістю 1,5 роки на базі освітнього ступеня магістра за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія». Підготовка здійснюється за програмами та навчальними планами закладів вищої медичної освіти, розробленими відповідно до Примірної програми підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Радіологія», затвердженої наказом МОЗ від 28.06.2022 № 1114.

Підготовка інших лікарів-спеціалістів проводиться на етапі вторинної спеціалізації за такими спеціальностями: «Дитяча гематологія-онкологія» (9 міс.), «Клінічна онкологія» (6 міс.), «Онкогінекологія» (3 міс.), «Онкоотоларингологія» (2 міс.), «Онкохірургія» (3 міс.), «Променева терапія» (4 міс.), «Радіологія» (3 міс.), «Радіонуклідна діагностика» (2 міс.). Підготовка за циклами спеціалізації за цими спеціальностями здійснюється за програмами та навчальними планами закладів вищої медичної освіти. На нашу думку, важливими є розробка та затвердження примірних програм спеціалізації за вказаними спеціальностями, що дозволить

уніфікувати та підвищити рівень професійної підготовки лікарів-спеціалістів онкологічного профілю.

Ще одним перспективним напрямком є запровадження лікарської резидентури за окремими онкологічними спеціальностями відповідно до європейських та світових стандартів.

2) *Стандарти організації медичних служб і ЗОЗ* передбачають нормативно-правові документи, які будуть регулювати технічне виконання медичної онкологічної допомоги. На сьогодні в Україні таких документів немає. Раніше працювала «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» [111], але термін дії її завершився, тому відповідним продовженням може стати «Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року». У кожній області України відповідно до «Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року» та Операційного плану реалізації у 2023-2024 роках «Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року» сформується регіональні плани.

Окремо слід відмітити важливість створення проєкту «Цифрове картографування можливостей діагностики та лікування раку в Україні», який дозволить скеровувати пацієнтів саме в той ЗОЗ, що має ресурси та клінічні можливості діагностики і лікування конкретного виду раку. Цей проєкт у подальшому можна буде інтегрувати до європейського проєкту «Цифрове картографування можливостей лікування раку в ЄС», який зараз на стадії впровадження (перше картографування буде доступне в 2024 році [219]), що приведе до ефективного використання ресурсів та більш якісного надання медичної допомоги онкологічним хворим.

3) До групи *стандартів програм медичної допомоги* ми віднесли уніфіковані протоколи надання медичної допомоги з кожного онкологічного захворювання, частина з яких є оновлені та сформовані за принципами доказової медицини, проте залишається ще значна кількість таких, які потребують оновлення та вдосконалення з урахуванням сучасних технологій профілактики та лікування [113]. Для контролю якості та безпеки медичної онкологічної допомоги доцільним

буде сформувати відповідні Стандарти контролю, причому окремо для амбулаторних, стаціонарних умов та для паліативної допомоги, які будуть включати індикатори якості (як статистичних показників роботи онкологічної служби, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості онкологічної допомоги з врахуванням сучасних викликів. Для їх формування варто врахувати завдання, наведені в проєкті МОЗ України «План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 – 2032 роки» [100], оскільки діючий на сьогодні наказ від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» не містить конкретних дій щодо контролю якості онкологічної служби та потребує оновлення.

4) Група *«Медико-економічні стандарти»*. На сьогодні в Україні немає законодавчого документу, який би був моделлю гармонійного поєднання обсягу, якості та вартості діагностичних, лікувальних, профілактичних заходів не тільки з напрямку «Онкологія», а й в цілому медичної галузі. Усі кошториси в ЗОЗ розробляються на підставі Постанови Кабінету Міністрів № 228 від 28 лютого 2002 р. (остання редакція від 25.05.2023) «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ». Тому, на нашу думку, важливим є формування Типових положень / кошторисів про обсяг діагностичних, лікувальних, профілактичних заходів із зазначенням їх вартості прямих та непрямих витрат для окремих груп онкологічних захворювань, що дозволить ефективно розподілити наявні ресурси і тим самим покращити рівень надання онкологічної допомоги.

5) Група *інформаційних стандартів* є найбільш сучасною та наповненою необхідними нормативно-обліковими документами з-поміж усіх наведених груп компоненту стандартизації Системи. Слід відмітити, що серед цих інформаційних стандартів найбільш важливими та ключовими по оперативності інформації є Національний канцер-реєстр України [117] та Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ). Всі дані про онкологічного пацієнта у Національному канцер-реєстрі

України персоніфіковані, оновлюються постійно. Національний канцер-реєстр надає свої дані в анонізованому вигляді у видання «Рак на п'яти континентах» Міжнародної агенції дослідження раку – відділу ВООЗ. У ЕСОЗ більшість інформації про онкологічну допомогу пацієнтам є в обмеженому чи навіть в закритому доступі, та її дані не завжди співпадають із даними Національного канцер-реєстру України.

На нашу думку, слід сформувати окремий реєстр / розділ у ЕСОЗ щодо інформації про онкологічну допомогу пацієнтам із єдиною інформаційною системою бази онкологічних хворих, яка буде синхронізуватись із Національним канцер-реєстром України, що дозволить ефективно планувати обсяг всіх необхідних послуг для цих пацієнтів та відповідно своєчасно надавати медичну допомогу, в тому числі використання найбільш ефективних, безпечних та економічно доцільних лікарських засобів, і, як результат, приведе до запобігання рецидивам, подовження та покращення якості життя онкохворих [53].

Другим важливим стратегічним компонентом Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги є кадрово-технічні ресурси, а саме, хто і де буде реалізовувати завдання цієї системи. Пропонуємо наступну підсистему мережі та кадрів організації надання онкологічної допомоги в Україні (рис. 9.1).

Для ефективного функціонування Системи необхідний міжгалузевий комплаєнс трьох складових: освіти, практики та науки. Практична онкологічна служба в Україні підпорядковується Міністерству охорони здоров'я (МОЗ) України, так само як і медичні заклади освіти. Тоді як наукові дослідження проводяться під керівництвом Національної Академії медичних наук України (НАМН) та Національної академії наук України (НАН). Головним закладом, який здійснює наукові дослідження з проблем онкології, є Інститут експериментальної патології, онкології і радіології ім. Р.Є.Кавецького НАН України.

Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку України» (ДНП «НІР») – це клінічний та дослідницький міжнародно-акредитований онкологічний центр, що є невід'ємною частиною спеціалізованої, висококваліфікованої медичної допомоги в Україні.

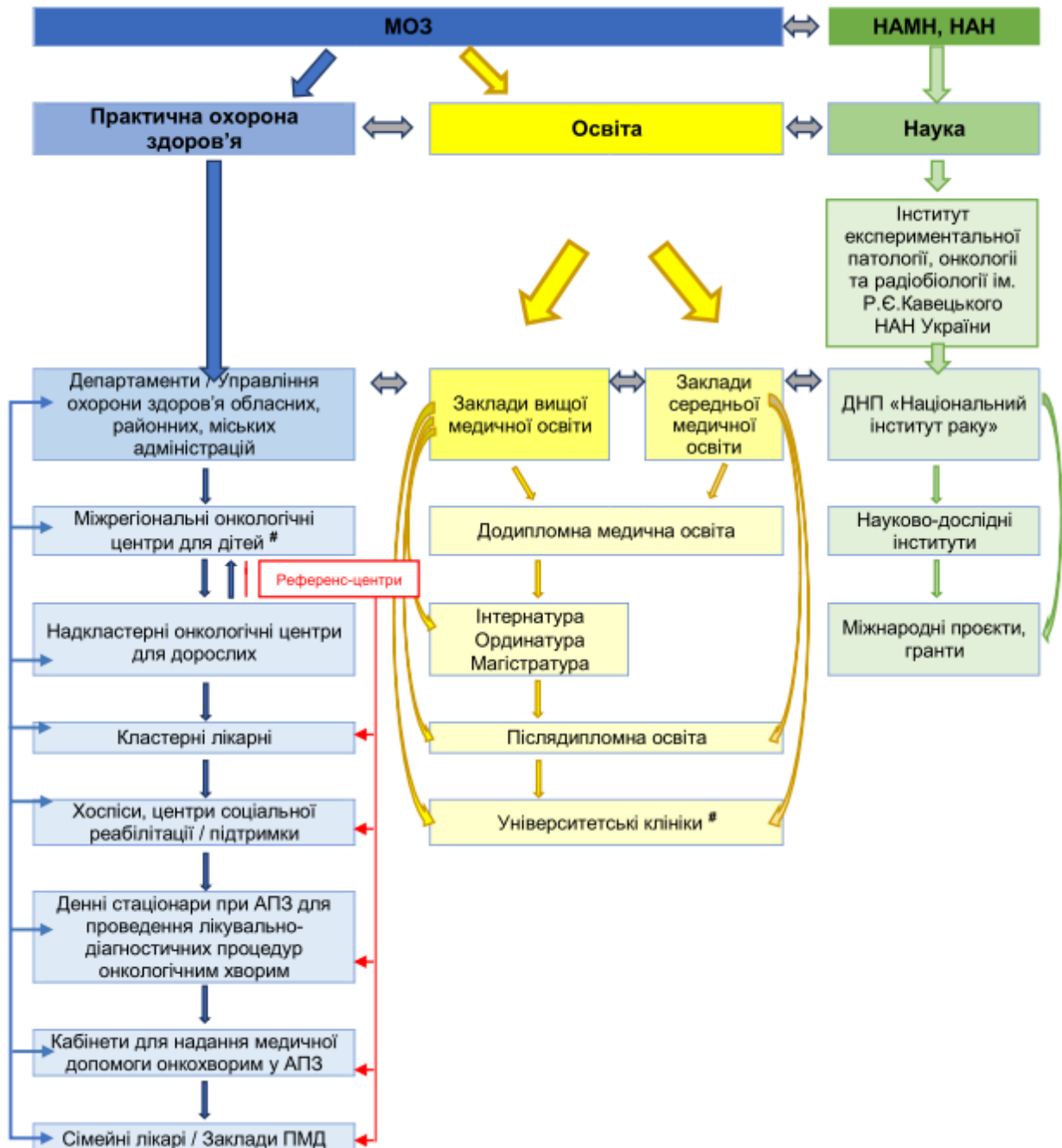


Рис. 9.1. Кадрова система організації забезпечення онкологічної допомоги в Україні

Примітка: # – пропонувані нововведення

ДНП «НІР» охоплює всі аспекти контролю за онкологічними захворюваннями: профілактика, скринінг, лікування та наукові дослідження. Власне, на його базі з 1996 року працює Національний канцер-реєстр України [117], що об'єднує мережу регіональних реєстрів, які працюють в обласних, районних та міських онкологічних закладах за допомогою єдиної інформаційної технології.

Важлива роль в організації протиракової боротьби також належить медичним освітнім закладам: вищій освіти України (ЗВО) та середньої медичної освіти, які готують фахівців, що будуть надавати медичну допомогу онкологічним хворим. У перспективі для оптимальної практичної підготовки майбутніх спеціалістів напрямку «Онкологія» та підвищення їх кваліфікації пропонується створення університетських клінік при кожному медичному ЗВО.

Надання медичної допомоги онкологічним хворим здійснюється розгалуженою мережею спеціалізованих онкологічних закладів в усіх областях України, які безпосередньо підпорядковуються Департаментам чи Управлінням охорони здоров'я при обласних, міських адміністраціях. Нами пропонується у кожному регіоні створити один надкластерний онкологічний центр для надання допомоги дорослому населенню та створити міжрегіональні (кластерні) онкологічні центри для надання допомоги дитячому населенню, що дозволить підвищити ефективність та оперативність надання медичної допомоги онкологічним пацієнтам, а також якісно розподілити ресурси.

У кожному такому ЗОЗ має бути створений референс-центр, до складу якого будуть входити різнофахові спеціалісти. Початок лікування онкологічних хворих здійснюється виключно за рішенням мультидисциплінарного консилиуму, до складу якого мають входити лікар-онколог, лікар хірург-онколог, лікар з променевої терапії, лікар-патологоанатом, лікар з променевої діагностики, можливе залучення інших спеціалістів в залежності від потреб пацієнтів [53].

Слід врахувати необхідність модернізації матеріально-технічного оснащення цих закладів, в тому числі обов'язкову наявність лінійного прискорювача. Важливим є запровадження сучасних високотехнологічних лабораторій (у т.ч. генетичних) для діагностики онкологічних захворювань. Також в цих закладах слід передбачити патологоанатомічний блок, в якому, окрім традиційного патологоанатомічного дослідження, також будуть проводити імуногістохімічні дослідження та молекулярну діагностику (рис. 9.2).

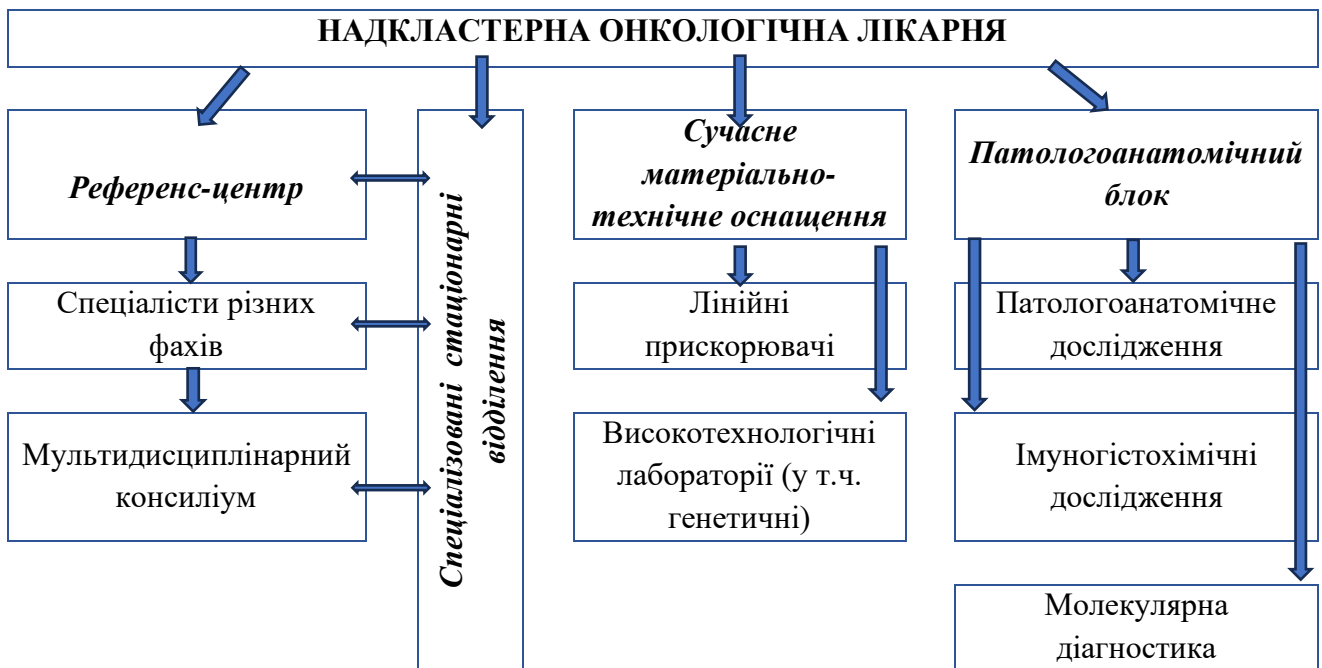


Рис. 9.2. Основні елементи структури надкластерної онкологічної лікарні

На місцевому рівні діагностично-лікувальну допомогу онкологічним хворим планується надавати у онкологічних відділеннях багатoproфільної лікарні, якщо пацієнт потребує госпіталізації. В інших випадках необхідну допомогу він може отримувати в денних стаціонарах чи в кабінетах онкологічної допомоги при амбулаторно-поліклінічних закладах (АПЗ). Ці елементи АПЗ мають замінити традиційні кабінети лікарів-онкологів, оскільки можуть забезпечувати значно більший обсяг необхідної онкологічної допомоги без госпіталізації, що знову ж таки приведе до економії коштів та оперативної допомоги потребуючим їй. Проте, контроль за якістю надання такої допомоги, аналіз ефективності терапії буде проводитись спеціалістами референс-центрів. Так само, як і контроль за проведенням заходів щодо підвищення рівня онкологічної грамотності й особливої настороги лікарів, середнього медичного персоналу в питаннях ранньої діагностики пухлин в закладах первинної медичної допомоги, особливо сімейних лікарів.

Третім необхідним стратегічним компонентом Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги є завдання з важливих напрямків, які передбачають порядок дій з очікуваними результатами.

Для якісного функціонування пропонованої Системи, на нашу думку, необхідним є проведення роботи за шістьма основними тематичними напрямками,

базові завдання яких висвітлені в «Національній стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року» [88] та в «Європейському плані боротьби з раком» [218, 219], які, однак, були сформовані до початку повномасштабного вторгнення, тому не враховують пов'язані з ним нові виклики. Пропоновані нами завдання з шести напрямків є удосконаленими та адаптованими до нових реалій [53]:

I. Профілактика онкологічних захворювань (адаптація для України Мобільного додатку ЄС з профілактики раку; покоління без тютюну; профілактика ожиріння (в т.ч. дитячого); скорочення впливу до небезпечних речовини і радіації)

II. Діагностика онкологічних захворювань на ранніх стадіях (скринінг раку молочної залози, колоректального раку та раку шийки матки; впровадження європейських рекомендацій з діагностики; карта персоналізованої профілактики / динамічного спостереження особи з групи ризику онкопатології)

III. Медичні послуги з діагностики та лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями (формування особистих електронних карток пацієнтів для покращення доступу до ліків від раку; експертиза раку та онкологічних станів у референс-центрах; цифрове картографування можливостей діагностики та лікування раку в Україні)

IV. Медичні послуги з діагностики та лікування злоякісних новоутворень у дітей (враховуючи особливості ВПО та дітей-сиріт): мережа молодих людей / дітей, які пережили рак

V. Якість життя пацієнтів та їхніх родин (надання пацієнтам послуг з паліативної медичної допомоги, соціально-психологічний супровід пацієнтів та членів їх родин)

VI. Дослідження, інновації та цифровізація (своєчасний збір та аналіз повних і достовірних даних, участь у міжнародних проєктах, доклінічні, клінічні, неінтервенційні та академічні дослідження в сфері онкології): модель віртуальних консультацій Європейських референтних мереж в межах транскордонної співпраці.

Завдяки такому підходу, який передбачає участь багатьох зацікавлених сторін, ця Оптимізована система надання онкологічної допомоги буде ефективною та приведе до збільшення частоти виявлення раку на ранніх стадіях, підвищення рівня загальної

виживаності у дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями й підвищення якості життя пацієнтів з цими захворюваннями.

Розглянемо детально кожний з кожний з 6 напрямків (векторів) Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги.

I. Профілактика онкологічних захворювань. Використовуючи загальносвітовий підхід щодо профілактики раку, основними елементами профілактики у Оптимізованій системі надання онкологічної допомоги є підвищення обізнаності та усунення ключових факторів ризику раку, таких як куріння, надмірне споживання алкоголю, недостатня фізична активність (і як наслідок – ожиріння), вплив екології (забруднення канцерогенними речовинами та радіація) (рис. 9.3).



Рис. 9.3. Пропоновані дії за вектором профілактики онкозахворювань Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги

Підвищення обізнаності населення щодо факторів ризику та інших проблем,

пов'язаних з виникненням онкопатології, є можливим за допомогою «Дорожньої карти з первинної профілактики раку», яка дозволить оперативно отримувати інформацію про те, як зменшити ризик раку і тим самим дасть можливість людям керувати власним здоров'ям. Наші підходи до посилення грамотності населення є дотичними до європейських. Так, у 2024 році у ЄС планується до запуску подібна Дорожня карта [218, 219].

Наступним кроком у профілактиці виникнення онкопатології є боротьба з курінням. Пропонуємо посилити оподаткування тютюну, яке є одним із найефективніших інструментів боротьби зі споживанням тютюну, особливо для стримування молодих людей від куріння, що паралельно з антитютюновим Законом [105] дозволить знизити рівень споживання тютюнових виробів.

Захворюваність на злоякісні новоутворення також суттєво зростає при вживанні алкоголю, особливо міцних напоїв. Оптимальним рішенням цієї проблеми, яка знизить рівень споживання алкогольних виробів, є обов'язкове зазначення списку інгредієнтів і поживної цінності на етикетках алкогольних напоїв, а також попередження про шкоду для здоров'я.

Нездорове харчування та відсутність фізичної активності має поєднаний вплив на виникнення ЗН [270]. Реальними діями по відношенню до цього вектору профілактики Системи є впровадження заходів щодо зменшення присутності канцерогенних забруднювачів у продуктах харчування та введення обов'язкового маркування поживних речовин на передній частині упаковки, що дозволить споживачам зробити поінформований, здоровий і екологічно чистий вибір продуктів харчування.

Окремою проблемою є ожиріння та діабет у дітей, яку можна вирішити за рахунок перегляду схем шкільного харчування з додаванням корисним низькокалорійних продуктів таких як фруктів, овочів і молока. Це дозволить зробити здорові продукти більш доступними для дітей і покращити їхнє розуміння переваг здорової їжі. Впровадження ефективної політики щодо зменшення маркетингу нездорових харчових продуктів та просування сільськогосподарської продукції з переходом до рослинної дієти з меншим споживанням червоного та обробленого

м'яса, яке пов'язане із ризиком раку, також будуть сприяти зміцненню здоров'я.

Екологічні причини також відіграють важливу роль у виникненні онкології, особливо шкідливо забруднення навколишнього середовища впливає на дітей раннього віку [242]. Воєнні дії в Україні спричиняють надлишковий вплив фізичних, хімічних та біологічних «канцерогенів воєнного часу», що збільшує ризик раку. Найбільший ризик для здоров'я населення після війни виникає через пошкодження ґрунту: канцерогенний перхлорат, що використовується для виробництва боєприпасів; оболонки боєприпасів виготовлені з чавунного сплаву, до якого крім заліза та вуглецю додають сірку та мідь; тисячі тон небезпечних відходів із знесених будівель, що містять азбест [59]. Саме тому в найближчі роки після закінчення війни в Україні очікується значне зростання захворюваності на рак легень, шлунка, яєчка, підшлункової залози, шийки матки, молочної залози, уротеліального раку та інших пухлин.

Пропонуємо привести у відповідність Стандарти якості повітря, ґрунтів, води України до Стандартів якості повітря ЄС та настанов ВООЗ [272]. Іншими пропонованими діями у цьому напрямку профілактики є запровадження чи посилення обмежень на концентрації певних забруднюючих речовин у поверхневих або ґрунтових водах та перегляд показників викидів CO₂ і запровадження стандартів для легкових автомобілів, мікроавтобусів, автобусів і вантажних автомобілів, а також пошук нових активних штамів бактерій та грибів для створення біологічного захисту ґрунту і впровадження їх у виробництво.

Профілактиці раку також значною мірою сприятиме зменшення впливу небезпечних речовин і радіації, тому запровадження нових норм професійного впливу для таких небезпечних речовин: акрилонітрилу, сполук нікелю, бензолу та азбесту дозволить зменшити їх вплив на працівників та захистить від ризику раку.

Таким чином, впровадження заходів з профілактики злоякісних новоутворень допоможе зекономити витрату бюджетних коштів за рахунок зниження числа занедбаних форм онкології, які є дорогівартісними у лікуванні. Проте, такі профілактичні заходи повинні бути обов'язковими для населення, щоб їх ефективність стала помітною.

II. Діагностика онкологічних захворювань на ранніх стадіях. Згідно з Додатком 2 Наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [112] в Україні проводять динамічне спостереження за 3 типами онкопатологій: раком молочної залози (за умови наявності факторів ризику (ФР) та віку 50-69 років), яке включає скерування на мамографію кожні 2 роки; за колоректальним раком (КРР) (при обтяженому анамнезі та віку 50-75 років) – тест калу на приховану кров кожні 2 роки або за наявності ФР – щороку; за раком передміхурової залози (РПЗ) (у 40-50 років в залежності від анамнезу та ФР) – тест на простат-специфічний антиген (ПСА) щороку або кожні 2 роки. Ці рекомендації по скринінгу не оновлювались вже більше 5 років (із 2018 року).

Враховуючи наведене, вважаємо необхідним розроблення та запровадження нової програми скринінгу на рак, зосереджуючись на вдосконаленні в трьох ключових сферах: доступу, якості і діагностиці, а саме пропонуємо додати до вже існуючих елементів динамічного спостереження за ЗН клінічно та економічно ефективну програму ранньої діагностики раку молочної залози і програму обов'язкової вакцинопрофілактики ВПЛ (вірусу папіломи людини) у дитячому віці (9-14 років) (входить в обов'язковий календар щеплень у всіх розвинутих країнах, у нас наразі носить рекомендаційний характер) та ВПЛ-скринінгу жінок віком 30-59 років (рис. 9.4).

Питання стосовно цих нововведень уже піднімались у Національній стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року [88]. Окрім того, доцільним буде розширити цільовий скринінг раку за межі наведених онкозахворювань, включивши інші поширені види раку, такі як рак легень і шлунка. Для покращення ефективності та охоплення скринінгом максимальної кількості населення вважаємо необхідним ввести «Електронну карту персоналізованої профілактики / динамічного спостереження особи з групи ризику онкопатології», яка буде містити всі наявні фактори ризику та дані обтяженого анамнезу і куди будуть заноситись всі проведені обстеження пацієнта. Доступ до цієї карти, за згодою пацієнта, будуть мати всі лікарі, які задіяні в процесі надання медичної допомоги цьому хворому, що дозволить оперативно приймати рішення щодо подальших дій діагностики чи лікування.

Особливо корисною ця карта буде для ВПО, які втратили дані усіх своїх попередніх досліджень.



Рис. 9.4. Пропоновані дії за вектором діагностики ЗП на ранніх стадіях Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги

III. Медичні послуги з діагностики та лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Одним із завдань медичної допомоги онкохворих, згідно Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року [88], є забезпечення «рівного доступу до основних сучасних методів радіологічної, ендоскопічної, патоморфологічної (цитологія, стандартні методи та базова імуногістохімія), лабораторної, в тому числі генетичної, діагностики шляхом удосконалення програми державних гарантій медичного обслуговування населення».

Для ефективного лікування раку необхідний індивідуальний підхід з урахуванням особливостей пацієнта та захворювання. Персоналізовані ліки від раку можуть значно удосконалити лікування пацієнтів, зменшити ризик побічних ефектів, запобігти рецидивам та покращити прогноз щодо виживаності. З метою оптимізації лікування раку та зменшення нерівного доступу до персоналізованої медицини в лікуванні раку формування особистих «Електронних карток пацієнтів» в Україні

допоможе покращити доступ до ліків від раку і відповідно принесе значну користь пацієнтам, особливо ВПО, які втратили контакти зі своїми лікарями (рис. 9.5).



Рис. 9.5. Пропоновані дії за вектором медичних послуг з діагностики та лікування пацієнтів з онкозахворюваннями Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги

Якісне лікування онкологічних захворювань також залежить від високоякісної робочої сили. Пацієнти заслуговують на найкращий догляд, а медичні працівники потребують підтримки, обміну інформацією та вдосконалення своїх навичок протягом професійного життя.

Саме тому підвищення ефективності онкологічного лікування в ЗОЗ має відбуватись за допомогою роботи мультидисциплінарної команди у референс-центрах, до якої мають входити, окрім клінічних онкологів, ще променеві терапевти, хірурги, патологоанатоми та інші необхідні спеціалісти. Це дозволить покращити діагностику та забезпечить комплексне лікування хворих на онкологічні захворювання навіть у віддалених районах, створюючи нові оптимальні клінічні маршрути пацієнтів, і, як наслідок: зростання оперативності надання необхідної онкологічної допомоги [88].

Також важливим елементом Системи у векторі медичних послуг щодо діагностичних та лікувальних заходів вважаємо транскордонну співпрацю України в межах європейського проекту «Цифрове картографування можливостей лікування раку в ЄС» [218, 219]. Ця покращить доступ пацієнтів до високоякісної діагностики та сучасних інноваційних методів лікування. Це також може допомогти з мобільністю пацієнтів, щоб забезпечити адекватне лікування пацієнтів зі складними захворюваннями.

IV. Медичні послуги з діагностики та лікування злоякісних новоутворень у дітей (враховуючи особливості ВПО та дітей-сиріт). Вважали необхідним окремими вектором Системи виділити організацію проведення медичної допомоги дітям з онкологічними захворюваннями, як найменш захищеній верстві населення, яка з початком повномасштабного вторгнення стала ще більш потребуною посиленої уваги. Одним із завдань цього вектору Системи є стандартизація медичних послуг онкохворим дітям, враховуючи міжнародні клінічні протоколи та настанови, що базуються на елементах доказової медицини, враховуючи особливості ВПО та дітей-сиріт (рис. 9.6).

Іншим завданням, яке є співзвучним з Національною стратегією контролю онкологічних захворювань до 2030 року, є забезпечення використання онкохворим дітям ЛЗ поза межами інструкції із застосування, за умови коли ці лікарські засоби відсутні в Україні, проте їх ефективність є доведена міжнародною практикою [88].

Важливим є також забезпечення наявності «у штаті кожного закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу дітям зі злоякісними новоутвореннями, дитячого лікаря-онколога/гематолога, дитячого лікаря-анестезіолога, педіатра та дієтолога, а також цілодобовий доступ до консультування інших дитячих лікарів-спеціалістів». Ці питання вже виносились на парламентських слуханнях "Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення" [114].

Ще одним нововведенням, яке полегшить життя дітей та молоді з раком є створення «Мережі молодих людей, які пережили рак», що об'єднає молодих людей, які пережили рак, та їхні родини, а також неофіційних і офіційних опікунів. Цю ідею ми запозичили з ЄС, де «Мережа ЄС молоді, яка пережила рак» працює з 2022 року

[218, 219] і вважаємо, що в Україні вона буде також дуже актуальною та допоможе посилити довгострокове спостереження за планами лікування раку на національному та регіональному рівнях.



Рис. 9.6 Пропоновані дії за вектором медичних послуг з діагностики та лікування онкологічних захворювань у дітей Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги

V. Якість життя пацієнтів та їхніх родин. Для покращення якості життя онкохворих важливим буде створення регіональних реабілітаційних центрів для онкохворих, в яких вони можуть проходити фізичну, психологічну та соціальну реабілітацію (рис. 9.7).



Рис. 9.7. Пропоновані дії за вектором якості життя пацієнтів та їх родин Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги

Слід відмітити необхідним також формування мобільних бригад з надання паліативної допомоги, які можуть базуватись в регіональних онкологічних центрах чи диспансерах і вирішувати проблему надання онкологічної допомоги пацієнтам у термінальній стадії хвороби без госпіталізації. Цю ідею ми обговорювали на парламентських слуханнях "Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення" [114].

Найпоширеніші проблеми, з якими стикаються онкохворі, виникають через недостатнє лікування пізніх і віддалених наслідків лікування, а також через погану координацію та відсутність комунікації між ЗОЗ різних рівнів. Пропонуємо впровадити «Смарт-картку для тих, хто пережив рак» (як мобільний додаток), яка власне і допоможе вирішити наведені проблеми онкохворих. Вона буде містити дані історії хвороби пацієнта та дозволить полегшити контроль за подальшим лікуванням. Також вона буде включати довгостроковий моніторинг результатів та потенційної токсичності лікування, реабілітацію, психологічну підтримку, зв'язок із медичним персоналом. Картка також допоможе адаптувати подальший догляд як за дорослими пацієнтами, так і за дітьми-пацієнтами за погодженням із сім'єю або опікунами.

Подібну смарт-картку планують впровадити у ЄС із 2024 року [219].

Також у межах цього вектору Системи вважаємо за необхідне розробити стандарти психологічної підтримки під час проходження всіх етапів лікування ЗН, про що нами вказувалось у Національній стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року [88], а також забезпечити фізичну та психосоціальну реабілітацію шляхом охорони психічного здоров'я хворих на ЗН та їхніх родичів чи близьких.

VI. Дослідження, інновації, цифровізація. З метою забезпечення доступу онкологічним хворим до новітніх технологій в сфері діагностики та лікування є необхідним збільшувати кількість клінічних, неінтервенційних і академічних досліджень у напрямку «Онкологія». Це дозволить в подальшому удосконалити контроль за злоякісними новоутвореннями [88].

Серед дослідницьких ініціатив, про що піднімалось питання у Національній стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року [88], слід відмітити «забезпечення інтеграції в міжнародні дослідницькі, наукові та освітні проєкти в сфері дорослої та дитячої онкології, співробітництво з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародним агентством з атомної енергії, Міжнародним товариством дитячої онкології, Міжнародним союзом по боротьбі з онкозахворюваннями, Глобальною програмою Дитячої науково-дослідницької лікарні Св. Юди (St Jude Global), іншими міжнародними організаціями, кооперативними групами, міжнародною професійною спільнотою та іноземними лікарнями з країн з високим рівнем доходу» (рис. 9.8).

Важливим також у цьому векторі Системи є завдання з уніфікації технічних моментів забору даних у ЗОЗ, що дозволить покращити обсяг та якість інформації стосовно всіх діагностичних та клінічних даних онкологічного захворювання. Окрім того, вагому роль відіграє удосконалення оцінки та аналізу показників рівня захворюваності та смертності, часток виживаності хворих (особливо одно- та п'ятирічної). Це можливе при своєчасному представленні всієї необхідної інформації про нові випадки захворювань та надання медичної допомоги при них до НКР.



Рис. 9.8. Пропоновані дії за вектором досліджень, інновацій та цифровізації Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги

Окрім наведеного, оцифрування усіх даних щодо профілактики та лікування раку також відіграє важливу роль. Електронні медичні записи стануть ключовими інструментами в профілактиці та лікуванні раку. Вони забезпечуватимуть ефективний обмін клінічною інформацією між онкологами, радіологами та хірургами із дотриманням безпеки даних та конфіденційності, підвищуючи шанси на лікування та виживання пацієнтів. Цифровізація також дозволить хворим на рак безпечно отримувати доступ до своїх даних про здоров'я.

Впровадження наведених шість напрямків завдань Оптимізованої системи надання онкологічної допомоги дозволить покращити раннє виявлення злоякісних нововтворень, збільшити рівень виживаності після захворювання як у дорослих, так і у дітей, що в кінцевому результаті приведе до покращення якості життя онкохворих.

Пропонована «Оптимізована система надання онкологічної допомоги» (далі

Система) населенню України сформована з включенням усіх елементів комплексу надання доступних високоякісних медичних послуг напрямку «Онкологія» в Україні із забезпеченням відповідної взаємодії лікувально-профілактичних закладів та впровадження системного підходу і сучасних принципів організації профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих на злоякісні новоутворення її модель представлено на рис. 9.9.

Наша запропонована «Оптимізована система надання онкологічної допомоги» складається із трьох основних компонентів:

1. Стандартизація документів на всіх рівнях системи, тобто на підставі яких нормативно- правових та технічних документів буде працювати ця система.

2. Мережа ЗОЗ та кадрів (усі учасники системи – від виконавців до контролюючих органів), а саме, хто і де буде здійснювати реалізацію запланованого у системі.

Основні напрямки роботи (завдання по кожному напрямку з очікуваними результатами).

Порівняльний аналіз характеристик діючих підходів в існуючій системі сестринської справи в Україні до удосконалення діяльності молодшого персоналу з медичною освітлю (у закладах охорони здоров'я, що надають третинну медичну допомогу) і функціонально-організаційної моделі системи сестринської справи в Україні та її структурного елементу Центру підвищення кваліфікації медичного персоналу дозволив виявити основні переваги моделі та представити їх у систематизованому вигляді у таблиці 9.2.

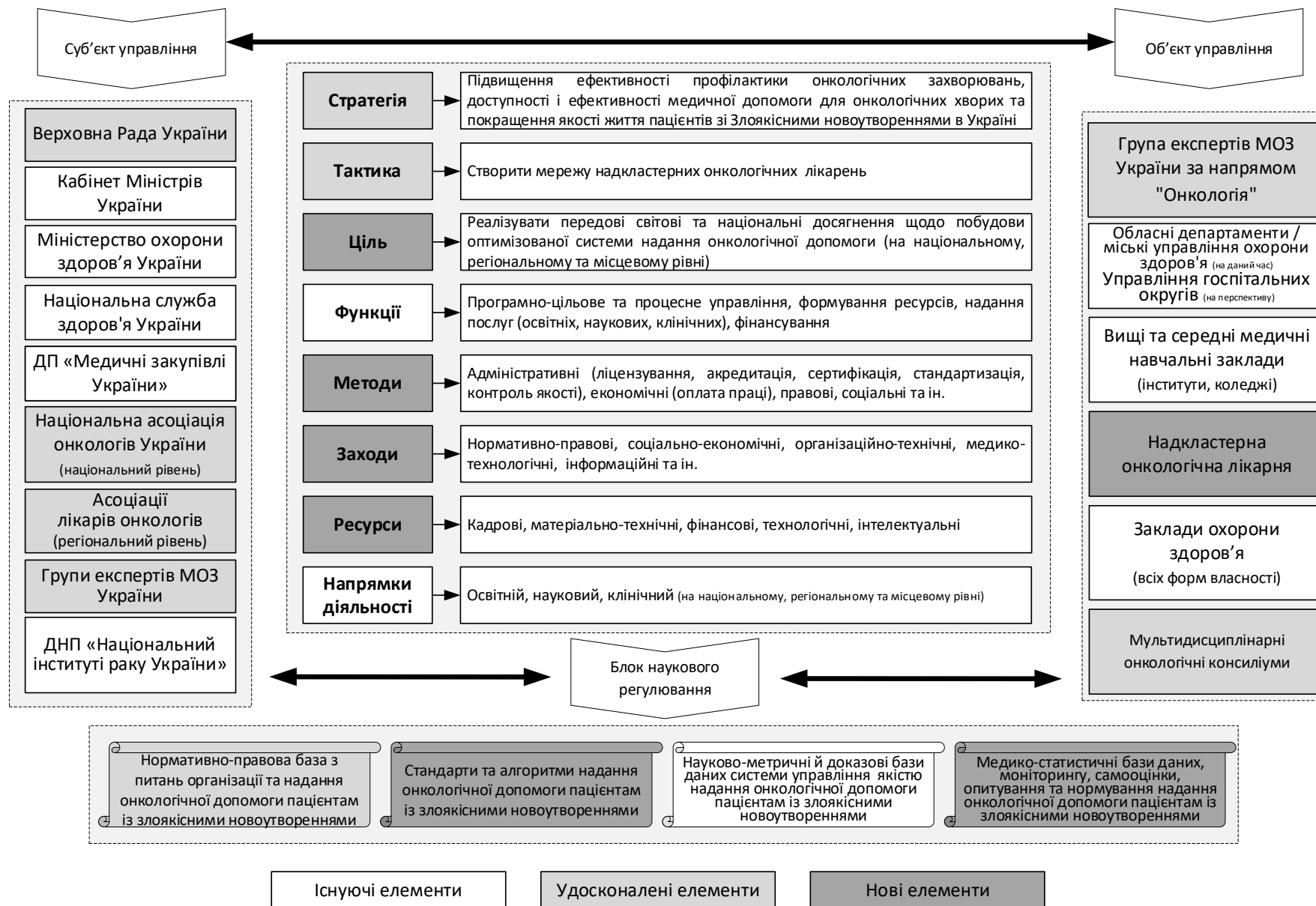


Рис. 9.9. Функціонально-організаційна модель оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України

**Переваги існуючої та функціонально-організаційної моделі системи
надання онкологічної допомоги населенню України**

Діюча модель	Запропонована функціонально-організаційна модель
1	2
Основні організаційно – правові елементи	
<p>Системи надання онкологічної допомоги населенню України є централізованою та не відповідає: реаліям реформування системи охорони здоров'я; очікуванням об'єднаних територіальних громад щодо децентралізації закладів охорони здоров'я та світовим і європейським вимогам, а також не містить документів концептуального та стратегічного характеру у питаннях розвитку.</p>	<p>Запропонована модель сприяє:</p> <ul style="list-style-type: none"> - розмежуванню інтересів суб'єктів та об'єктів управління, тобто переходу від принципу централізованого управління до принципу децентралізованого управління У той же час зберігається контроль держави над поточною діяльністю; - формуванню стратегії розвитку і діяльності системи надання онкологічної допомоги населенню України на середньо- та довгострокову перспективи. <p>Функціонально-організаційна модель системи надання онкологічної допомоги населенню України багатокomпонентний комплекс який в організаційній, юридичній, клінічній, експертній, науково-освітній і господарській площині взаємодіє з метою підвищення якості та безпеки медичної діяльності, збереження трудового потенціалу ЗОЗ, що надають онкологічну допомогу, а також впровадження у практичну діяльність перспективних технологій для лікування пацієнтів із ЗН</p>
Основні структурно – технологічні елементи	

1	2
<p>Структура діючих елементів системи надання онкологічної допомоги населенню України зорієнтована на нескоординовану нормативно врегульовану різновекторну діяльність.</p>	<p>Функціонально-організаційна модель системи надання онкологічної допомоги населенню України в ЗОЗ та її структурний елемент регіональний надкластерний онкологічний центр із референс-центром у ньому.</p> <p>Запропонована модель здатна задовольнити існуючі та очікувані потреби зовнішніх та внутрішніх споживачів у якісній та безпечній медичній допомозі що базується на забезпеченні відповідного клінічного та технологічного рівня.</p>
<p>У діючій системі відсутні сучасні механізми стандартизації та забезпечення професійного зростання та розвитку медичного персоналу</p>	<p>Для функціонально-організаційна моделі системи надання онкологічної допомоги населенню України притаманні механізми підвищення рівня стандартизації процесів надання медичної допомоги та забезпечення компетентності і професіоналізму кадрів, запровадження системи економічної мотивації персоналу, участі персоналу в управлінні якістю медичної допомоги.</p>

9.2 Експертна оцінка оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні

Аналіз отриманих результатів проведеної експертної оцінки щодо доцільності запровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги показав, що середній бал щодо важливості запровадження системи в запропонованих параметрах (1-10 балів) склав $9,74 \pm 0,51$ бали. При цьому максимальну оцінку (10 балів) поставили 77,14% експертів, яка водночас стала і найбільш поширенішою оцінкою, тоді як мінімальний критерій (8 балів) виставили лише 2,86% фахівців. Оцінка розбіжностей думок експертів стосовно

цього питання показує на високий рівень одностійності фахівців (коефіцієнт варіації є низький – 5,19%) [42].

Експерти висловили свою думку стосовно того наскільки запропонована система є пацієнт-орієнтованою і оцінили це питання в середньому на $9,54 \pm 0,85$ бали. Встановлено, що максимальні 10 балів поставили 71,4% опитуваних, а мінімальні 7 балів – 5,72% фахівців. Оцінка одностійності спеціалістів по цьому питанню за коефіцієнтом варіації становила 8,93%.

Оцінка результатів відповідей експертів щодо того, наскільки запропонована оптимізована система враховує співробітництво усіх рівнів надання медичної допомоги, в тому числі кластерного та надкластерного рівнів з метою профілактики, ранньої діагностики та ефективного лікування злоякісних новоутворів показала в середньому $9,80 \pm 0,47$ балів. Водночас оцінку 10 балів виставили більшість експертів (85,7%), тоді як мінімальний критерій (8 балів) виставили лише 2,86% фахівців. Оцінка розбіжностей думок спеціалістів свідчить про високий рівень одностійності, оскільки коефіцієнт варіації є низький та становить 4,82%.

Експерти високо оцінили рівень врахування труднощів надання онкологічної допомоги населенню в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема таких як пандемія Covid-19 та воєнний стан, запропонованою оптимізованою системою: в середньому на $9,49 \pm 0,82$ бали. Максимальний бал виставили 62,90% експертів, а мінімальний (7 балів) – 5,7%. Оцінка розбіжностей думок фахівців стосовно врахування цих складностей за коефіцієнтом варіації становила 8,62%.

При відповіді на питання наскільки запропонована оптимізована система дозволяє сформувати групи ризику розвитку злоякісних новоутворень та пропонує тактику їх подальшого ведення спеціалісти виставили в середньому $8,94 \pm 1,11$ бали, а розбіжність опитуваних по цьому питанню за коефіцієнтом варіації становила 12,41%, що свідчить про середній рівень одностійності. При цьому 10 балів поставили менше половини експертів (42,86%), а мінімальний 7 балів виставили 14,29% анкетованих.

Водночас досліджували думку фахівців щодо впровадження різних

стандартів в службі онкологічної допомоги. Аналіз отриманих результатів опитування експертів щодо доцільності впровадження стандартів на ресурси охорони здоров'я показав, що середній бал становив $9,74 \pm 0,44$ бали, а коефіцієнт варіації – 4,55%, що свідчить про високий рівень одноступенчості опитуваних стосовно впровадження цих стандартів. Питання доцільності впровадження стандартів організації медичних служб і закладів охорони здоров'я експерти оцінили в середньому на $9,80 \pm 0,41$ бали, окрім того встановлена висока одноступенчості фахівців (коефіцієнт варіації 4,14%). На думку експертів доцільність впровадження стандартів програм медичної допомоги та контролю її якості склала в середньому $9,83 \pm 0,38$ бали, при цьому коефіцієнт варіації становив 3,89%. Доцільність впровадження медико-економічних стандартів в службу онкологічною допомоги експерти підтримали в середньому на $9,71 \pm 0,46$ бали на фоні високого рівня одноступенчості (коефіцієнт варіації 4,72%). Встановлено, що таким питанням як доцільність впровадження стандартів на ресурси охорони здоров'я, стандартів організації медичних служб і закладів охорони здоров'я, програм медичної допомоги та контролю її якості, медико-економічних стандартів в службі онкологічної допомоги експерти дали максимальну оцінку від 9 до 10 балів. Стосовно доцільності впровадження інформаційних стандартів фахівці висловили свою думку в середньому на $9,09 \pm 1,04$ бали при середньому рівні одноступенчості (коефіцієнт варіації становив 11,4%). При цьому максимальні 10 балів поставили лише 40,0% експертів, а мінімальні 6 балів виставили 5,71% анкетованих.

В ході експертної оцінки встановлено, що $85,71 \pm 5,91\%$ опитуваних погоджуються з необхідністю запровадження окремого реєстру/розділу в ЕСОЗ щодо інформації про онкологічну допомогу пацієнтам із єдиною інформаційною системою бази онкологічних хворих, яка буде синхронізуватись з Національним канцер-реєстром України.

Опитування експертів виявило високий середній бал щодо доцільності створення референс-центрів в таких лікарнях, до складу яких будуть входити різнофахові спеціалісти і в складних випадках для постановки діагнозу чи вибору

тактики лікування формуватиметься мультидисциплінарний консиліум: $9,51 \pm 0,89$ бали. При цьому низький коефіцієнт варіації (9,32%) свідчить про високий рівень одноступенчості опитуваних. Водночас максимальні 10 балів на це питання поставили 65,7% експертів, мінімальний критерій (6 балів) – 2,86% фахівців.

Питання стосовно важливості значення лікаря первинного рівня охорони здоров'я для виявлення та формування груп ризику онкологічної патології фахівці підтримали в середньому на $9,71 \pm 0,46$ бали. Коефіцієнт варіації становив 4,72%, що свідчить про високий рівень одноступенчості експертів. На це питання експерти виставили тільки 9 та 10 балів, при цьому максимальну оцінку 10 балів поставили 68,57%, 9 балів – 31,43% спеціалістів.

Експертам також було запропоновано оцінити важливість шести тематичних напрямків основних завдань оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні: (1 бал – зовсім не важливо, 10 балів – максимально важливо). Встановлено, що важливість такого напрямку як якість життя пацієнтів та їх родин фахівці оцінили найвище – в середньому на $9,83 \pm 0,38$ бали, поставивши цьому напрямку максимальні 10 та 9 балів (рис. 9.10).

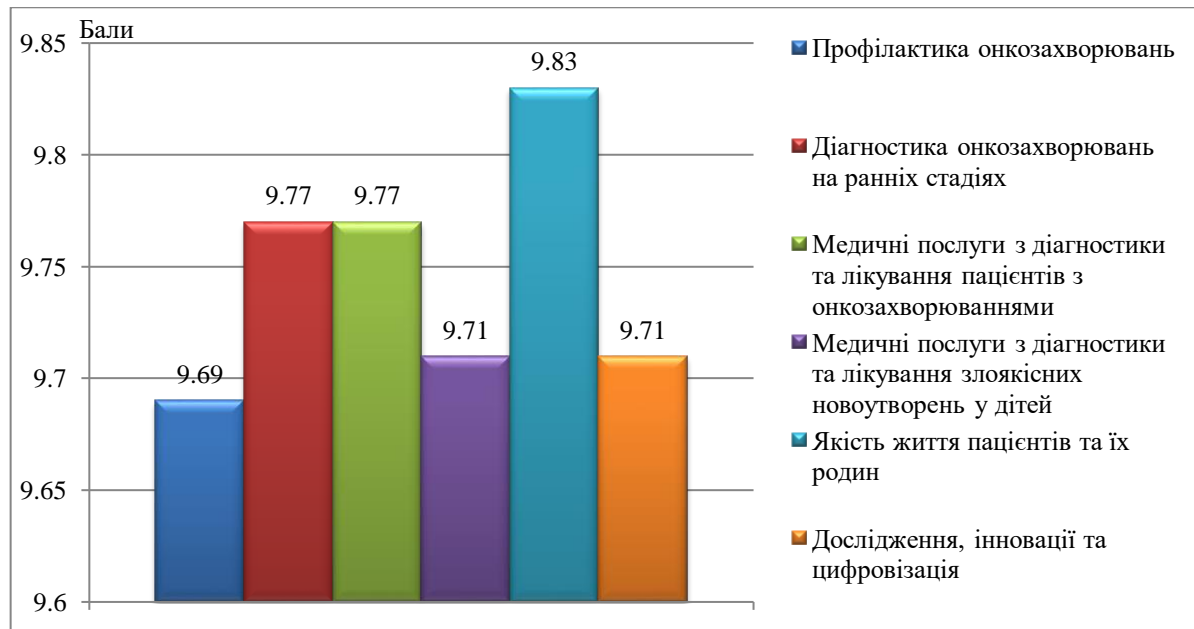


Рис. 9.10. Оцінка важливості експертами шести тематичних напрямків основних завдань оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні за середнім балом (від 1 до 10)

Таким напрямкам як діагностика онкозахворювань на ранніх стадіях й медичні послуги з діагностики та лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями експерти надали в середньому по $9,77 \pm 0,43$ бали, виставивши також найвищі 9 та 10 балів. Важливість медичних послуг з діагностики та лікування злоякісних новоутворень у дітей (оцінки у межах 7-10 балів) та дослідження, інновації та цифровізація (оцінено на 9 і 10 балів) отримали від фахівців середній бал $9,71 \pm 0,46$. Середнім балом $9,69 \pm 0,53$ (у межах від 8 балів до 10 балів) експерти оцінили важливість профілактики онкологічних захворювань. Оцінка розбіжностей думок експертів стосовно важливості вказаних шести тематичних напрямків показує на високий рівень одностійності фахівців (коефіцієнти варіації по всіх напрямках знаходяться в межах 3,89-6,40%).

В ході дослідження експертам було запропоновано виділити основні фактори, які можуть перешкоджати в подальшому впровадженню оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні. Встановлено, що практично всі експерти в якості перешкоджаючого фактора вибрали наявність воєнного стану ($97,14 \pm 2,82\%$). За недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я проголосували $94,29 \pm 3,92\%$ опитуваних; недосконалість нормативно-правової бази та погану поінформованість пацієнтів щодо чинників ризику розвитку злоякісних новоутворів – по $85,71 \pm 5,91\%$ фахівців; малу активність керівників охорони здоров'я щодо впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні – $80,0 \pm 6,76\%$ опитаних.

Серед очікуваних змін після впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні практично всі експерти виділили підвищення спроможності онкологічних закладів надавати медичну допомогу та можливість практичного використання сучасних діагностичних та лікувальних методів (по $94,29 \pm 3,92\%$) (рис. 9.11).

Після впровадження системи очікують підвищення доступності онкологічної допомоги для пацієнтів та покращення системи управління

онкологічними закладами $91,43 \pm 4,37\%$ експертів; на наявність своєчасної та оперативної інформації про кількість хворих на онкопатологію за нозологіями, стадією хвороби, місцем проживання – $88,57 \pm 5,38\%$ спеціалістів.

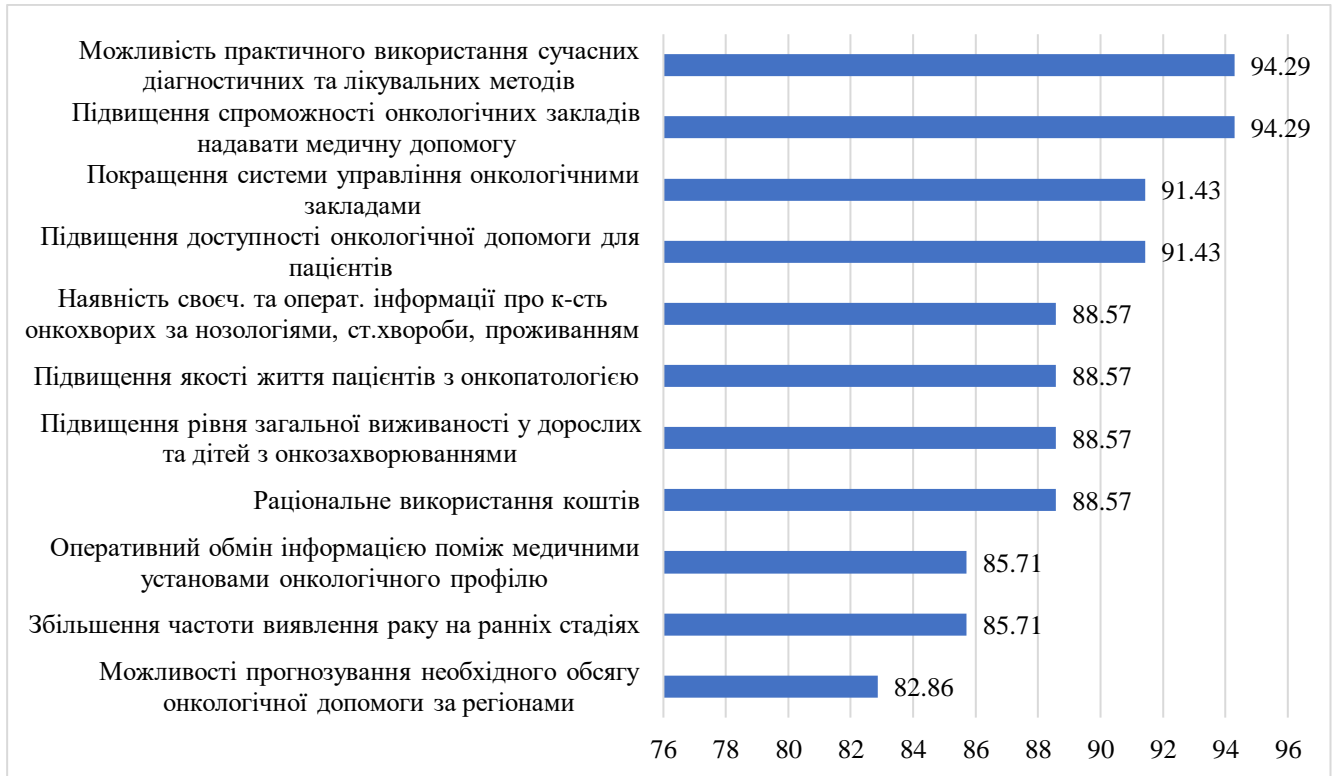


Рис. 9.11. Очікування експертів за результатами впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні (%)

Стільки ж фахівців очікують на підвищення якості життя пацієнтів з онкопатологією, підвищення рівня загальної виживаності у дорослих та дітей з онкозахворюваннями та раціональне використання коштів як результат впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги. По $85,71 \pm 5,91\%$ опитуваних серед очікуваних змін виділили оперативний обмін інформацією між медичними установами онкологічного профілю та збільшення частоти виявлення раку на ранніх стадіях. Можливості прогнозування необхідного обсягу онкологічної допомоги за регіонами після впровадження системи надання онкологічної допомоги очікують $82,86 \pm 6,37\%$ експертів [42].

На питання, чи запропонована оптимізована система надання онкологічної

допомоги в Україні покращить показники медичної ефективності ствердно відповіли 97,14±2,82% експертів. Водночас по 94,29±3,92% фахівців висловили свою думку, що ця система покращить критерії соціальної ефективності та індекс економічної ефективності.

Експертам було запропоновано оцінити показники передбачуваних змін при впровадженні оптимізованої системи надання онкологічної допомоги за інших незмінних умов в Україні у практичну охорону через 5, 10 та 15 років (від 1 балу – сильно зменшиться до 5 балів – сильно збільшиться) (табл. 9.3).

Таблиця 9.3

Динаміка зміни показників (середній бал від 1 до 5) при запровадженні оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в практичну охорону здоров'я України через 5, 10 та 15 років

Показники	Середній бал		
	через 5 років	через 10 років	через 15 років
Доступність онкологічної допомоги для пацієнтів	4,29±0,52	4,74±0,51	4,83±0,38
Рівень первинної та загальної онкологічної захворюваності	2,63±0,88	2,37±0,60	1,46±0,66
Рівень госпіталізації онкологічних хворих	2,00±0,42	2,00±0,42	1,66±0,64
Вживаність онкологічних хворих	3,54±0,56	3,91±0,28	4,80±0,41
Якість життя пацієнтів з онкопатологією	3,66±0,48	3,97±0,38	4,86±0,36
Рівень використання сучасних діагностичних та лікувальних методів	3,74±0,44	4,37±0,49	4,74±0,44
Укомплектованість онкологічних закладів охорони здоров'я	3,77±0,43	4,43±0,50	4,77±0,43
Ефективність застосування матеріально-технічної бази	3,69±0,47	4,29±0,46	4,86±0,36
Взаємодія усіх підрозділів ЗОЗ (діагностичних, лікувальних, реабілітаційних, допоміжних)	4,37±0,55	4,89±0,40	4,94±0,24

Отже фахівці спрогнозували, що через 5 років при впровадженні системи найбільше збільшиться взаємодія усіх підрозділів ЗОЗ (діагностичних, лікувальних, реабілітаційних, допоміжних) – середній бал відповідей

респондентів $4,37 \pm 0,55$ бали, а також доступність онкологічної допомоги для пацієнтів (середній бал $4,29 \pm 0,52$).

Зміни в сторону зниження будуть стосуватись рівня первинної та загальної онкозахворюваності (середній бал $2,63 \pm 0,88$) та рівня госпіталізації онкологічних хворих (середній бал $2,0 \pm 0,42$).

На думку експертів через 10 років після впровадження даної системи розподіл найбільш поширених ймовірних змін зберігся аналогічно 5-річному періоду, проте середні бали стали більш вираженими. А саме серед змін, які стосуються зростання: взаємодія усіх підрозділів ЗОЗ (діагностичних, лікувальних, реабілітаційних, допоміжних) – $4,89 \pm 0,40$ балів, доступність онкологічної допомоги для пацієнтів – $4,74 \pm 0,51$ балів. Ймовірні зміни в сторону зниження, на думку експертів, будуть стосуватись рівня первинної та загальної онкозахворюваності – $2,37 \pm 0,60$ бали, та рівня госпіталізації онкологічних хворих – $2,0 \pm 0,42$ бали, причому останній бал не змінився порівняно з таким після 5 років запровадження системи.

Ще суттєвіші зміни, на думку фахівців спостерігатимуться після запровадженні оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в практичну охорону здоров'я через 15 років. Насамперед значно збільшиться взаємодія лікувальних, діагностичних та допоміжних ЗОЗ (середній бал $4,94 \pm 0,24$), ефективність застосування матеріально-технічної бази (середній бал $4,86 \pm 0,36$), якість життя пацієнтів з онкопатологією (середній бал $4,86 \pm 0,36$) та доступність онкологічної допомоги для пацієнтів (середній бал $4,83 \pm 0,38$). Окрім того експерти зазначили, що через 15 років після запровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні в практичну охорону здоров'я значно зменшиться рівень первинної та загальної онкологічної захворюваності (середній бал $1,46 \pm 0,66$) та рівень госпіталізації онкологічних хворих (середній бал $1,66 \pm 0,64$) [42].

Таким чином, думка експертів доводить практичну значущість запропонованої оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні.

Висновки до розділу 9

1. Оптимізована система надання онкологічної допомоги сформована на підставі найкращих клінічних настанов, імплементованих з європейських та адаптованих до умов вітчизняної системи охорони здоров'я.

2. Формування надкластерних онкологічних центрів для надання допомоги дорослому населенню та створення міжрегіональних онкологічних центрів для надання допомоги дитячому населенню дозволить підвищити ефективність і оперативність надання медичної допомоги онкологічним пацієнтам, а також якісно розподіляти ресурси

3. Експертна оцінка фахівців показала доцільність запровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні в практичну охорону здоров'я. На думку експертів її впровадження зможе суттєво покращити якість надання медичної допомоги онкологічним хворим, зменшити рівень онкологічної захворюваності, збільшити виживаність онкологічних хворих.

Результати досліджень розділу 9 наведено в публікаціях:

1. Зуб В. О. Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. *Бюлетень Національного канцер-реєстру № 24 - "Рак в Україні, 2021-2022" – Монографія.* 2023. С. 2-9. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/PDF/02-09-thema_Zub.pdf

2. Зуб В.О., Котуза А.С. Експертна оцінка оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні. *Вісник соціальної гігієни та ООЗ України.* 2023. №2 (96). С. 94-99. DOI <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2.14040>

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальну науково-практичну проблему: обґрунтування, опрацювання, формування та апробація інноваційної оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. Встановлено недосконалість існуючого стану організації надання медичної допомоги онкологічним хворим та появу нових викликів у роботі онкологічної служби з причин подальшого зростання рівня захворюваності та високого рівня смертності з приводу ЗН в Україні, а також поширення пандемії COVID-19 і повномасштабного військового вторгнення росії.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та шляхи фактичного вирішення актуального науково-практичного завдання – обґрунтовано, сформовано та впроваджено оптимізовану систему надання онкологічної допомоги населенню України з врахуванням особливостей воєнного стану, в якій оновлено функціонально-організаційні підходи, що базуються на засадах системності, комплексності та застосування моніторингового супроводу референс-центрів, впровадження яких сприятиме зниженню захворюваності на ЗН та смертності хворих на рак, підвищенню медичної, соціальної та економічної ефективності існуючої системи ОЗ загалом.

1. Показано, що на сьогодні рак визнаний глобальною проблемою людства і спричиняє значні соціально-економічні втрати суспільства. Незважаючи на вагомі зусилля у боротьбі з поширеністю раку, щорічно спостерігається зростання захворюваності та смертності з приводу ЗН як в Україні, так і в світі. Діагноз ЗН було встановлено кожному четвертому чоловікові та кожній п'ятій жінці у світі, а кожен восьмий чоловік та кожна одинадцята жінка померли з приводу ЗН у 2020 р. В Україні ЗН входять до п'ятірки найвагоміших причин смертності (друге рангове місце), захворюваності та поширеності (п'яте рангове місце) захворювань серед всього населення.

2. Встановлено, що найвищий рівень онкозахворюваності спостерігається у п'яти областях України: Запорізькій, Кіровоградській, Миколаївській, Сумській та Черкаській. Кожен п'ятий випадок ЗН був виявлений у занедбаній (IV-й) стадії (вище загальноукраїнського показника мали Херсонська, Полтавська, Чернівецька, Чернігівська, Закарпатська області), а питома вага первинних хворих, що не прожили одного року з моменту виявлення ЗН, складала 27,1%. Протягом досліджуваного десятирічного періоду за рівнем захворюваності лідирує Кіровоградська область, а за рівнем смертності від злоякісних новоутворень – Запорізька, Кіровоградська та Дніпропетровська області.

3. Встановлено, що показник якості життя у пацієнтів з раком легень склав 49,12 балів за 100-бальною шкалою; у пацієнтів з раком шлунку – 51,80 балів; у пацієнток з раком молочної залози – 53,22 бали; у пацієнтів з раком простати – 52,31 бали.

4. Показано, що у всіх областях України мають місце проблеми з матеріально-технічним забезпечення, зокрема, служби променевої діагностики, а саме, відсутність працюючого медичного обладнання. Так, комп'ютерні томографи наявні в 22 адміністративних територіях, МРТ – у шести, апарати ядерної медицини – у 4, звертає увагу велика зношеність медичного обладнання та тривалість його експлуатації. У апаратів рентгеноскопії середній термін роботи становить $37,38 \pm 1,80$ років, у апаратів для дистанційної терапії – $25,86 \pm 1,46$ років, а у апаратів для внутрішньопорожнинної гаматерапії – $20,61 \pm 1,80$ років. Лише у двох територіальних одиницях України були всі апарати для діагностики та лікування онкопацієнтів: у Львівській області та м. Києві.

5. Виявлено негативні тенденції в організації надання онкологічної допомоги населенню України, особливо під час воєнного стану, зменшилась доступність для отримання спеціалізованої медичної допомоги. Так у березні 2022 р. кількість пацієнтів, які отримали спеціалізовану медичну допомогу в

умовах стаціонару скоротилась на 17,38%–26,56%, а в межах амбулаторного пакету – на 36,34%–46,46% у порівнянні з лютим 2022 р. до початку введення воєнного стану. Так само як і кількість послуг з раннього виявлення онкологічних захворювань у цей же період скоротилась на 34,04%–67,71%. Найсуттєвішим було скорочення кількості проведених мамографій (-67,71%).

6. Показано, що більшість (71,17% [62,43-79,18]) лікарів-онкологів керуються у своїй роботі чинними стандартами на засадах доказової медицини щодо діагностики та лікування онкологічних хворих, проте близько половини (55,86% [46,57-64,94]) відзначають необхідність їх перегляду та внесення змін, а міжнародні стандарти, на думку опитаних, потребують адаптації до можливостей надання онкологічної допомоги в Україні (65,77% [56,72-74,27] респондентів).

7. Встановлено основні недоліки та проблеми щодо надання медичної допомоги онкологічним хворим під час воєнного стану, на які вказали 73,87% [65,34-81,59] лікарів-онкологів, 49,55% [40,31-58,81] спеціалістів вказали на збільшення кількості пацієнтів, 64,86% [55,78-73,44] опитаних зазначили збільшення кількості пацієнтів із занедбанними стадіями захворювання, а третина (31,53% [23,26-40,44]) опитаних відмітили збільшення пацієнтів із важкими супутніми захворюваннями. Також після запровадження воєнного стану в Україні лікарі-онкологи стикнулися з низкою труднощів: недотримання термінів призначеного лікування (48,65% [39,43-57,92]); втрата інформації (26,13% [18,41-34,66]); зміна послідовності в етапах лікування пацієнтів (18,92% [12,21-26,7]); зростання самолікування серед пацієнтів (11,71% [6,42-18,32]).

8. Встановлено, що аналіз Програми медичних гарантій за напрямом «Онкологія» мають ряд недоліків, зокрема: нечіткі критерії віднесення випадку до Пакету, дублювання діагнозів в Пакетах, що сприяє подвійному/потрійному фінансуванню одного й того ж випадку, а також відсутність медичного та автоматичного моніторингу за правильністю кодування основного діагнозу.

9. Науково обґрунтована оптимізована система надання онкологічної допомоги населенню України, яка включає стратегічні підходи ВООЗ, до даної проблеми, міжнародний і вітчизняний досвід, результати власних досліджень, врахування соціально-економічного стану розвитку країни та військового стану. Інноваційними елементами (складовими) запропонованої системи слід вважати стандартизацію нормативних документів, ресурсів, кадрового забезпечення, мережі та структури закладів, особливостей фінансового забезпечення, контролю якості, цифровізацію.

10. Запропонована модель оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України високо оцінена висококваліфікованими незалежними експертами. Середній бал щодо важливості запровадження запропонованої системи за 10-ти бальною шкалою склав $9,74 \pm 0,51$. При цьому максимальну оцінку (10 балів) поставили 77,14% експертів, тоді як мінімальний критерій (8 балів) виставили лише 2,86% фахівців.

Експертна оцінка показала доцільність запровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні в практичну охорону здоров'я, що зможе суттєво покращити якість та доступність медичної допомоги, дозволить зменшити рівень онкологічних захворювань, збільшить тривалість життя.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Із метою удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах реформування галузі охорони здоров'я України рекомендовано до впровадження наступні заходи:

На рівні Міністерства охорони здоров'я України:

- забезпечити удосконалення нормативно-правової бази з питань надання медичної допомоги напрямку «Онкологія» із врахування пропонуваніх рекомендацій;
- внести зміни до ПМГ напрямку «Онкологія» та запровадження автоматичного медичного моніторингу ЕМЗ;
- врахувати запропоновані зміни щодо структури ЗОЗ онкологічного напрямку при проведенні реформуванні галузі (впровадження об'єднаних надкластерних лікарень та наявність у них референс-центрів);
- впровадити соціально-психологічний супровід (стандартизовану психологічну допомогу) пацієнтів з раком на всіх етапах діагностики, лікування та реабілітації в усіх закладах, які надають лікування онкопацієнтам;
- забезпечити перегляд та внесення запропонованих змін до навчальних програм на до- та післядипломному рівні навчання для здобувачів вищої медичної освіти напрямку «Онкологія»;
- забезпечити впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України на усіх її рівнях.

Департаментам охорони здоров'я обласних та міських державних адміністрацій:

- розробляти та впроваджувати регіональні програми з надання медичної допомоги онкологічним хворим із врахуванням компонентів оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Закладам вищої медичної / фармацевтичної освіти:

- забезпечити впровадження елементів оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України у навчальний процес;
- розробити та затвердити примірні програми спеціалізації окремо за кожною з спеціальностей: «Дитяча гематологія-онкологія», «Клінічна онкологія», «Онкогінекологія», «Онкоотоларингологія», «Онкохірургія», «Променева терапія», «Радіологія», «Радіонуклідна діагностика»;
- запровадити лікарську резидентуру за окремими онкологічними спеціальностями відповідно до європейських та світових стандартів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аймедов К. В., Друзь О. В., Кривоногова О. В. Паліативна та хоспісна допомога: монографія. Одеса: Астропринт, 2015. 104 с. Бібліогр.: с. 84-89.
2. Аналіз демографічної ситуації в Україні. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / Чепелевська Л. А., Дубініна В. Г., Рудницький О. П., Любінець О. В.; за ред. В. В. Шафранського; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2016. Р. І. С. 12-33.
3. Аналіз захворюваності на рак передміхурової залози та стан організації онкологічної допомоги хворим в Україні. / Зюзін В. О., Савельєв А. О., Тузова О. В., Фролов Ю. А., Мунтян Л. Я. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2022. Том 7, № 4 (38). С. 83-88. DOI: 10.26693/jmbs07.04.083
4. Аналітичний огляд регіональної розбудови системи охорони здоров'я / Слабкий Г.О., Москаленко В.Ф., Кульчицька Т.К., Курчатова Г.В. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні*. 2007 рік. К., 2008. С. 156-265.
5. Берзін В. І., Стелмахівська В. П. Методологічні аспекти вивчення впливу забруднення навколишнього середовища екзогенними хімічними речовинами на здоров'я, імунний статус і адаптаційні реакції організму дітей в умовах промислових міст. *Проблеми військової охорони здоров'я*. К.: Курсор, 2006. С. 289-295.
6. Бидучак А. С. Оптимизация профилактики поведенческих факторов риска. Вестник Алма-Атинского государственного университета усовершенствования врачей 2014. № 1, С. 95-97.
7. Біостатистика: підручник / [Грузєва Т. С., Лехан В. М., Огнєв В. А. та ін.] ; за заг. ред. Грузєвої Т. С. Вінниця : Нова Книга, 2020. 384 с.
8. Болтіна І.В. Вплив шкідливих чинників та хронічної патології на цитогенетичні показники лімфоцитів периферичної крові у людей різного віку. *Проблеми старіння і довголіття*. 2008. 18. №4. С. 433-441.

9. Бугро В. І., Горачук В. В. Вивчення потреби населення у вторинній медичній допомозі в стаціонарних умовах за критеріями екстреної госпіталізації. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2015. № 4. С. 9-11.

10. Варивончик Д. В. Критеріальні клініко-епідеміологічні підходи щодо експертного встановлення професійного генезу злоякісних новоутворень. *Український радіологічний журнал*. 2017. №4. С. 314-317.

11. Варивончик Д. В. Профілактика професійного раку в Україні: сучасний стан та перспективи. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО*. 2017. Т. 27. С. 395-409.

12. Вживаність хворих як індикатор якості організації онкологічної допомоги хворим на рак шийки матки. Рак в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З.П., Гайсенко А.В., Гулак Л.О. та ін. *Бюлетень Національного канцер-реєстру України* № 13. Київ, 2012. С. 72–87.

13. Воздействие на социальные детерминанты здоровья и сокращение разрывов по показателям здоровья через призму социальной справедливости в европейской политике и стратегии для XXI века: Здоровье 2020 / Слабкий Г. А., Знаменская М. А., Защик Н. С., Загородний С. М. *Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 25-27 черв. 2014 р. : тези доп. Херсон, 2014. С. 98-100.

14. Войтенко В.П., Кошель Н.М., Писарук А.В. Екологічна криза в Україні. К.: «Фенікс», 2010. 280 с.

15. Волков Т. О. Державне регулювання системи онкологічної допомоги в Україні: автореф. спец. 281 «Публічне управління та адміністрування». Житомир, 2020. 47 с.

16. Волошко Н. І. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. *Проблеми сучасної психології*. 2011. №. 11. С. 115–124.

17. Вороненко Ю.В., Лещук Н.М. Інформація та наукове забезпечення

охорони здоров'я. *Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002-2011 роки»*. К., 2006. С. 107-110.

18. Гайсенко А.В., Михайлович Ю.Й., Журбенко А.В. Вартість та ціноутворення в галузі онкології, сучасні тенденції. XII з'їзд онкологів України: (матеріали з'їзду) 20–22 вересня 2011 р., Судак, АР Крим. *Клінічна онкологія*. 2011. Спец. вып. 2. С. 11.

19. Грузева О.В. Поширеність куріння серед студентів вищих медичних навчальних закладів України і світу. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. №1(13). С. 27-31.

20. Гудзь А. С. Роль медико-соціальних факторів у детермінації рівнів захворюваності населення країн Європи на злоякісні новоутворення ока та придатків. *Україна: Здоров'я нації*. 2011. №3. С. 41-47.

21. Гусак Н., Зуб В., Котуза А. Надання онкологічної допомоги у рамках програми медичних гарантій Національної служби здоров'я за пакетом «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах». *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2023. №11(2). С. 184-193. [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(2\):184-193](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(2):184-193)

22. Гусак Н. Б., Зуб В. О., Котуза А. С. Порівняльний аналіз пакетів напрямку "Онкологія" програми медичних гарантій. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27. №2. С. 288-292. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-19

23. Гусак Н. Б., Котуза А. С., Зуб В. О. Аналіз наданих медичних послуг за пакетом програми медичних гарантій «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах». *Medical Science of Ukraine / Медична наука України*. 2023. Т. 19. № 2. С. 89-96. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2023.12>

24. Державне регулювання приватних онкологічних медичних закладів: сучасний стан та можливості удосконалення. / Криничко Л.Р., Крикун О.Д., Малігон Ю.М., Ватанов А.Р. *Публічне управління і адміністрування в Україні*.

2018. №4. С. 117-125.

25. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2021 р. № 133. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>

26. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1440. (Редакція від 01.07.2022 р.) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>

27. Динаміка здоров'я старших вікових груп / Курчатова Г.В., Москалець Г.М., Стародубцев О.І., Медведовська Н.В. *Україна. Здоров'я нації*. 2007. №2. С. 40-42.

28. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. Комплекс мер MPOWER. ВОЗ, 2008. 332 с.

29. Дузь О.М. Реалізація публічної політики щодо надання медичної допомоги при онкологічних захворюваннях в Україні: пошук моделі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. №18. С. 132-136.

30. Дяків І. Б. Етіопатогенетичні чинники передракових гінекологічних захворювань у хворих на рак молочної залози. *Галицький лікарський вісник*. 2016. № 1. С. 32-34.

31. Завадська Т., Бойко І.І., Бойко А.Г. Фотодинамічна терапія в онкології. *Онкологія*. 2021, т. 23, № 1-2. С. 53-54. DOI: 10.32471/oncology.2663-7928.t-23-1-2021-g.9411

32. Загальний огляд медико-демографічної ситуації та аналіз тенденцій у сфері охорони здоров'я за останні п'ять років (2002–2006 рр.) / Айстраханов Д. Д., Банчук М. В., Волинкін І. І. та ін. *Україна. Здоров'я нації*. 2007. № 3–4. С. 7-15.

33. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2007 році. Держкомстат України. К., 2008. 96 с.

34. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2009

році. Держкомстат України. К., 2010. 89 с.

35. Зарецкий М.М., Черникова Н.М., Лобачевская Т.В. Глобальные инициативы по борьбе с табакокурением. *Здоров'я України*. 2010. №6. С. 71-73.

36. Застосування популяційної виживаності як критерію оцінки онкологічної допомоги хворим на рак сечостатевої системи / Федоренко З.П., Гулак Л.О., Рижов А.Ю. та ін.. *Клінічна онкологія*. 2014. № 3. С. 11–14.

37. Захворюваність населення на найбільш поширені хвороби / Москалець Г. М., Медведовська Н. В., Кульчицька Т. К. та ін. *Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки*. К., 2006. С. 124-162.

38. Золотарева Т. А., Бабов К. Д. Медицинская реабилитация. К.: КИМ, 2012. 496 с.

39. Зуб В. Аналіз результативності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями в західних областях України. *Медична наука України*. 2022. Т. 18, № 4. С. 81-88. DOI: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.4.2022.12>

40. Зуб В. О. Дослідження нозологічних особливостей захворюваності та смертності населення України з причин злоякісних новоутворень. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2021. Т. 25, № 4. С. 635-639. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(4\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-22)

41. Зуб В. О., Котуза А. С. Аналіз надання допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями в умовах воєнного стану. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 3. С. 35–40. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.3.13434>

42. Зуб В. О., Котуза А. С. Експертна оцінка оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні. *Вісник соціальної гігієни та ООЗ України*. 2023. №2 (96). С. 94-99. DOI <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2.14040>

43. Зуб В. О., Котуза А. С. Організація надання медичної допомоги онкологічним хворим (за даними анкетування лікарів-онкологів). *Актуальні*

проблеми сучасної медицини. 2022. № 10. С. 11-18. DOI: <https://doi.org/10.26565/2617-409X-2022-10-02>

44. Зуб В. О., Котуза А. С. Рівень забезпечення апаратурою променевої діагностики в закладах, які надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 4. С. 56–61. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13683>

45. Зуб В. О., Котуза А. С. Стан надання онкологічної допомоги населенню України в умовах воєнного часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 4. С. 614-617. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-16](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-16)

46. Зуб В. О. Медико-статистична оцінка смертності від онкологічних захворювань в Україні. *Матеріали міжнародної наукової конференції «The globalization of scientific knowledge: theoretical and practical research»*. м. Рига, Латвія, 17-18 грудня 2021 року. Рига. 2021. С. 11-14. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-164-0-4>

47. Зуб В. О. Оцінка ефективності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями (на прикладі областей центру України). *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 3. С. 472-476. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(3\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(3)-22)

48. Зуб В. О. Оцінка якості життя пацієнтів з раком легень. *Матеріали XI міжнародної наукової конференції: «Scientific research: the paradigm of innovative development»*. м. Прага, Чехія, 30 серпня 2022 року. Прага. 2022. С. 62-64.

49. Зуб В. О. Оцінка якості життя пацієнок з раком молочної залози. *Матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції «International scientific innovations in human life»*. м. Манчестер, Великобританія. 4-6 серпня 2022 року. Манчестер. 2022. С. 37-40.

50. Зуб В. О. Порівняльний аналіз якості життя пацієнтів з раком легень, простати, молочної залози та шлунку в Україні згідно опитувальника EORTC QLQ-C30. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 2(24). С. 45-54. DOI:

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.07](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.07)

51. Зуб В. О. Проблеми комунікації «лікар-пацієнт» в онкологічній практиці. *Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення»*. м. Харків, 28 жовтня 2022 року. Харків. 2022. С. 136-137.

52. Зуб В. О. Стан захворюваності населення України на злоякісні новоутворення. *Матеріали міжнародної наукової конференції «Modern medicine: the use of creative industries in the healthcare system»*. м. Люблін, Республіка Польща, 28–29 грудня 2021 року. Люблін. 2021. С. 163-166. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-182-4-44>

53. Зуб В. О. Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. *Бюлетень Національного канцер-реєстру № 24 - "Рак в Україні, 2021-2022" – Монографія*. 2023. С. 2-9. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/PDF/02-09-thema_Zub.pdf

54. Зуб В. О. «Ціна раку»: економічні втрати, спричинені онкологічними захворюваннями. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №1 (71). С. 41-45. DOI <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/07>

55. Клініко-економічний аналіз методів діагностики рецидивів диференційованого тироїдного раку / Луховицька Н. І., Бездітко Н. В., Васильєв Л. Я., Підченко Н. С. *Український радіологічний журнал*. 2015. Т. 23, № 3. С. 120-123.

56. Ключов О. М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги. *Онкологія*. 2017. Т. 19, № 4. С. 275-281.

57. Ключко О. М. Наукові основи створення технічних біоінформаційних систем екологічного моніторингу: біофізичний підхід : автореф. дис. ... д-ратехн. наук : 21.06.01; Держ. екол. акад, післядиплом. освіти та упр. Київ, 2015. 39 с.

58. Коблянська А. В., Скляренко К. А. Впровадження у державну політику з охорони довкілля та здоров'я України Європейських стратегій щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями. *Довкілля та здоров'я*. 2015. №4. С.4-9.

59. Ковальов О.О., Ковальов К.О. Атмосферні канцерогени та рак під час війни в Україні *Здоров'я України. Охорона здоров'я*. 2023. №2 (81). С. 2–3.
60. Короткий О. В. Аналіз стану здоров'я населення та функціонування системи надання первинної медичної допомоги у 2011-2015 рр. (на прикладі міста Києва). *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 140-147.
61. Крохмалюк Л. В., Лисенко П. М. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я в системі МОЗ України. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4 (40). С. 132-141.
62. Кульчицька Т. К., Кульчицька Н. О. Висвітлення регіональних аспектів стану здоров'я населення України в науковій літературі. *Україна. Здоров'я нації*. 2007. № 3–4. С. 178-184.
63. Кульчицька Т. К. Сучасні закономірності стану здоров'я населення України. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. К., 2007. С. 56-65.
64. Кундієв Ю. І., Нагорна А. М., Варивончик Д. В. Професійний рак: епідеміологія та профілактика. Київ : Наукова думка, 2008. 336 с.
65. Курение и рак легких / Редакційна стаття. *Здоров'я України*. 2010. № 15-16. С. 81-82.
66. Литвинова Л. О., Захарова Н. М. Проблеми постаріння населення на фоні урбанізації. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2010. № 1 (9). С. 175-176.
67. Максимюк І. В. Генезис системи надання онкологічної допомоги населенню України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 9-10. С. 116-121. DOI: 10.32702/2306-6814.2022.9-10.116.
68. Марзеєва О. М., Сердюк О. М. Медико-екологічні передумови демографічної кризи в Україні та шляхи їх подолання. *Журнал АМН України*. 2007. Т. 13, № 3. С. 486-487.
69. Мартиненко Л. В. Нові підходи до стандартів якості надання медичної допомоги: терміни, тлумачення, можливі юридично-правові наслідки. *Жіночий лікар*. 2017. № 4. С. 8-13.

70. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги» (м. Тернопіль, 6 жовтня 2016 року). *Здобутки клінічної і експериментальної медицини. Achievements of Clinical and Experimental Medicine*. 2016. № 4 (28). С. 146-184.

71. Матюха Л. Ф., Медведовська Н. В., Барінов Ю. В. Обґрунтування індикаторів оцінки кращої лікарської практики при наданні первинної медичної допомоги. *Сучасні медичні технології*. 2017. № 1. С. 28-34.

72. Матюха Л. Ф., Медведовська Н. В. Підходи до оцінки ефективності лікарської практики з надання первинної медичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 2. С. 140-142.

73. Медико-соціальна експертиза при онкологічних захворюваннях : навчальний посібник / Бондаренко І. М. та ін. ; Дніпропетр. мед. акад. МОЗ України. Дніпро : Ліра, 2016. 422 с.

74. Методи фармакоекономічного аналізу медикаментозного лікування онкологічних захворювань / Мендрік О.А., Гайсенко А.В., Михайлович Ю.Й. та ін. *Клінічна онкологія*. № 4 (4). 2011. С. 4–7.

75. Михайлович Ю.Й., Гайсенко А.В. Європейська перспектива оцінки витрат та рентабельності лікування раку в Україні. *Клінічна онкологія*. 2011. № 2 (2). С. 5–9.

76. Михайлович Ю. Й., Журбенко А. В. Методологія та критерії оцінки ефективності бюджетних онкологічних програм. *Клінічна онкологія*. 2016. №3. С.6-10.

77. Михайлович Ю. Й., Журбенко А. В. Проблема вирішення ранньої діагностики. Соціально-економічне обґрунтування популяційного скринінгу раку шийки матки в умовах сьогодення. *Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України: II міжнар. мед. конгрес*, 16–19 квітня 2013 р., м. Київ. К., 2013. С. 36.

78. Михайлович Ю. Й. Прикладні аспекти соціально-економічних проблем протиракової боротьби в Україні. *Український медичний часопис*. 2011. № 4 (84).

С. 27–30.

79. Михайлович Ю. Й., Федоренко З. П., Журбенко А. В. Оцінка якості та ефективності виконання державних програм з онкології. Погляд на проблему. *Клінічна онкологія*. 2014. №3. С. 9–10.

80. Михайлович Ю. Й., Федоренко З. П., Журбенко А. В. Соціально-економічні аспекти доцільності проведення скринінгу раку шийки матки в Україні. *Нові аспекти в організації і проведенні цитологічної діагностики злоякісних пухлин*: матеріали науково-практичного семінару 4 листопада 2013 р. Київ. Клиническая онкология. 2013. 4(12). С. 118-119.

81. Місяк С. А. Методологія проведення індивідуальної програми реабілітації пацієнта з інвалідністю внаслідок онкологічного захворювання в умовах реабілітаційного центру. *Онкологія*. 2015. Т. 17, № 4. С. 292-295.

82. Місяк С. А. Необхідність реабілітаційних заходів для дорослого населення працездатного віку з первинною інвалідністю, зумовленою новоутвореннями, у регіонах України за 2001–2011 роки. *Онкологія*. 2016. Т. 18, № 3. С. 233-237.

83. Місяк С. А., Скорина О. О. Створення законодавчо-нормативного поля для проведення реабілітації онкологічних хворих/інвалідів в Україні. *Сімейна медицина*. 2016. № 3. С.47-50

84. Москаленко В. Ф. Сучасні ризики для здоров'я в ХХІ ст. *Охорона здоров'я України*. 2008. №4. С. 5-7.

85. Нагорна А. М., Кононова І. Г. Недогляди в медоглядах. *Охорона праці*. 2018. №1. С. 40-42.

86. Національна служба здоров'я України. Порядок реалізації Програми медичних гарантій у 2021 році. 2 березня 2021 року. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/poryadok-realizaciyi-programi-medichnih-garantij-u-2021-roci-488>

87. Національна служба здоров'я України. Бюджет Програми медичних гарантій у 2022 році. 20 жовтня 2021 року. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/byudzhhet-programi-medichnih-garantij-u-2022-roci-maye->

zrosti-656

88. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року. Проект Постанови Кабінету Міністрів України від 28.01.2021 року. URL: <https://moz.gov.ua/article/public-discussions-archive/proekt-postanovi-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-zatverdzhennja-nacionalnoi-strategii-kontrolju-onkologichnih-zahvorjuvan-do-2030-roku>

89. Національний Канцер-реєстр. URL: <https://unci.org.ua/natsionalnyj-kantser-reyestr/>

90. Нові підходи до оцінки стану онкологічної допомоги населенню / Федоренко З. П., Гулак Л. О., Горох Є. Л., та ін. *Клінічна онкологія*. 2015. № 3. С. 3-6.

91. Онкозахворюваність в Україні та заходи щодо вирішення проблем у межах Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» / Пономаренко В. М., Медведовська Н. В., Москалець Г. М., та ін. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2005. №2. С.9-18.

92. Організаційні аспекти співучасті населення Житомирської області у фінансуванні медичної допомоги / Толстанов О. К., Парій В. Д., Мишківський В. С. та ін. *Актуальні питання сімейної медицини: матеріали VI міжрегіональної науково-практичної конференції*. Житомир, 2008. С. 27-39.

93. Особливості стану здоров'я людей похилого віку і основні завдання організації медико-соціальної допомоги / Пономаренко В. М., Медведовська Н. В., Курчатова Г. В., Кульчицька Т. К. *Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки – крок до реформування галузі: Матер. конф. УОЗ Закарпатської облдержадміністрації*. К., 2006. С. 134-137.

94. Оцінка показника виживання, як індикатора якості надання спеціалізованої медичної допомоги хворим онкологічного профілю / Гайсенко А. В., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О., Журбенко А. В. *Онкологія*. 2010. Т. 12, 1(43). С. 97–101.

95. Оцінка стану здоров'я різних груп населення України та заходи щодо його поліпшення / Слабкий Г. О., Медведовська Н. В., Курчатова Г. В. та ін.

Збірник наукових праць до 10 річчя УІГЗ. К., 2007. Вип. 1. С. 266-280.

96. Оцінка стану організації онкологічної допомоги населенню за даними Національного канцер реєстру України / Федоренко З. П., Гулак Л. О., Михайлович Ю. Й. та ін. *Клінічна онкологія*. 2015. № 3(19). С. 7-12.

97. Пак С. Я. Організаційно-правові засади інституційного розвитку державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні. *Аналітика і влада*. 2011. № 4. С. 153-160.

98. Палієнко О. А. Вплив еколого-економічних факторів на стан здоров'я населення України. *Young Scientist*. 2017. №9.1 (36.1). С. 127-129.

99. Підсумки роботи галузі в 2007 році та пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я, гарантування прав громадян і національної безпеки держави. К. : МОЗ України, 2008. 84 с.

100. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки). URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20НС%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf

101. Пономаренко В. М., Медведовська Н. В., Курчатова В. Г. Результати оперативного моніторингу ефективності діагностики онкопатології в розрізі регіонів України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2006. №2. С. 49-52.

102. Порівняльна характеристика обсягів і структури радикального протипухлинного лікування в медичних закладах різних типів / Лехан В. М., Зюков О. Л., Губар І. О. та ін. *Україна. Здоров'я нації*. 2007. № 1. С. 67 -71.

103. Поширеність тютюнопаління серед населення України (12 років і старше) в 2000–2007 рр. / Держкомстат України. К.: Консультант, 2008. 572 с.

104. Проблема онкологічної допомоги в умовах пандемії коронавірусу / А. І. Шевченко, О. П. Колеснік, А. В. Каджоян, В. О. Кузьменко, Д. Є. Чернявський. *Український медичний часопис*. 2020. Т. 2, № 3(137). С. 3-4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.137.177618

105. Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну. Закон України № 1978-IX від 16 грудня 2021 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1978-20#Text>

106. Про внесення змін до Національного переліку основних лікарських засобів. Постанова Кабінету міністрів України від 23 грудня 2021 р. № 1431. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1431-2021-%D0%BF#n8?fbclid=IwAR1jJa9Mq9FqpJbJ44FmLB0eQf_Xa8P6JbDeHP1iHkj-qdSzmuIK1_jRLhU

107. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf

108. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19/ed20220101#Text>

109. Про затвердження Державної програми «Дитяча онкологія» на 2006-2010 роки. Постанова Кабінету Міністрів України № 983 від 19.07.2006. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2006-%D0%BF#Text>

110. Про затвердження Державної програми «Онкологія» на 2002-2006 роки. Постанова Кабінету Міністрів України № 392 від 29.02.2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392-2002-%D0%BF#Text>

111. Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року. Закон України № 1794-VI від 23.12.2009. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1794-17#Text>

112. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Наказ МОЗ України № 504 від 19.03.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

113. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія». Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України № 554 від 17.09.2007. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0554282-07#Text>

114. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Організація

протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення». Постанова Верховної Ради України від 2 вересня 2020 року № 862-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-IX#Text>

115. Про розвиток напрямів онкологічної допомоги у ПМГ – на Конгресі онкологів. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/daily-news/pro-rozvitok-napryamiv-onkologichnoyi-dopomogi-u-pmg-na-kong-221>

116. Про систему онкологічної допомоги населенню України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 845 від 01.10.2013. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0077-14#Text>

117. Про створення Національного канцер-реєстру України. Наказ МОЗ України від 22.01.1996 р. № 10. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0010282-96#Text>

118. Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань удосконалення та розвитку онкологічної допомоги. Наказ МОЗ України від 13.09.2022 № 1658. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1658282-22#Text>

119. Пушкар Л. О. Злоякісні новоутворення у дітей: динаміка захворюваності та особливості статистичного обліку в Україні. *Україна. Здоров'я нації* 2007. №1. С. 50-59.

120. Рак в Україні, 2006-2007. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюлетень Національного канцер-реєстру України* № 9. К., 2006. С. 7.

121. Рак в Україні, 2007-2008. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. *Бюлетень Національного канцер-реєстру* № 10. К., 2009. 104 с.

122. Рак в Україні 2008-2009. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. *Бюлетень Національного канцер-реєстру України* № 11. К., 2010. 112 с.

123. Рак в Україні 2009-2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л.

- О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 12. К., 2011. 116 с.
124. Рак в Україні 2010-2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 13. К., 2012. 94 с.
125. Рак в Україні 2011-2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 14. К., 2013. 120 с.
126. Рак в Україні 2012-2013. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 15. К., 2014. 124 с.
127. Рак в Україні 2013-2014. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 16. К., 2015. 106 с.
128. Рак в Україні, 2014-2015. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. *Бюлетень Національного канцер-реєстру України* № 17. К., 2016. 146 с.
129. Рак в Україні, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 18. К., 2017. 125 с.
130. Рак в Україні, 2016–2017. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 19. К., 2018. 138 с.
131. Рак в Україні, 2017–2018. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 20. К., 2019. 104 с.
132. Рак в Україні, 2018–2019. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 21. К., 2020. 147 с.
133. Рак в Україні, 2019–2020. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л.

- О. та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 22. К., 2021. 120 с.
134. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: ВОЗ, 2005. 40 с.
135. Ременник О. І. Ризики виникнення раку бронхів та легень серед працівників, експонованих канцерогенними речовинами на робочому місці. *Україна: Здоров'я нації*. 2010. №4. С. 18-25.
136. Рибін А. І. Сучасні аспекти управління якістю спеціалізованої онкологічної допомоги: нова платформа в онкологічному сервісі. *Клінічна онкологія*. 2018. Т. 8, № 4. С. 251-253.
137. Ривак Т. Б., Зіменковський А. Б. Оцінка думки населення щодо якості медикаментозного лікування. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2012. №3. С. 9-15.
138. Рингач Н. О. Мельник У. І., Примак С. В. SWOT-аналіз процесу надання онкогематологічної допомоги в умовах російської агресії в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 3. С. 22-28.
139. Романів М. П. Медико-статистична оцінка статево-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні. *Вісник наукових досліджень*. 2017. №1. С. 85-90.
140. Романів М. П., Теренда Н. О. Надання онкогінекологічної допомоги жінкам в Україні в умовах надзвичайних ситуацій. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 1 (95). С. 59-65. DOI 10.11603/1681-2786.2023.1.13861
141. Сайт приватної онкологічної клініки «Lisod». URL: <https://www.lissod.com.ua/>
142. Салюков А. О., Варивончик Д. В. Оцінка виробничої канцерогенної небезпеки, спричиненої природним ультрафіолетовим випромінюванням. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2012. №1. С. 8-20.
143. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2016 році (за даними вибіркового опитування

домогосподарств у жовтні 2015 року). Київ : Державна служба статистики України, 2017. 149 с.

144. Сенюта І. Я. Дефекти надання медичної допомоги: поняття і види. *Медичне право*. 2017. № 1. С. 55-66.

145. Слабкий Г. О., Будяк Н. Ю., Черемухіна О. М. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Дніпропетровська область: монографія; ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2016. 64 с.

146. Слабкий Г. О., Векинець Ю. В., Скрип В. В. Компетенції організаторів охорони здоров'я в умовах автономізації закладів охорони здоров'я та шляхи їх формування. *Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України* : матеріали щорічної Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 23 березня 2017 р. Київ, 2017, С. 148-151.

147. Слабкий Г. О., Защик Н. С. До питання смертності населення в результаті саморуйнівної поведінки. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. №3 (69). С. 27-30.

148. Слабкий Г. О., Качала Л. А. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2016. № 3. С. 48-62.

149. Слабкий Г. О., Ринда Ф. П. Нормативно-правова база України щодо контролю над тютюном та шляхи подальшого її удосконалення. *Україна. Здоров'я нації*. 2007. № 3-4. С. 151-163.

150. Слободян А. І., Паламар Б. І. Сучасний стан нормативно-правового забезпечення в Україні та організація медичної допомоги при онкологічних захворюваннях грудної залози (аналітичний огляд літератури). *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 3(21). С. 84-94. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.3\(21\).2022.12](https://doi.org/10.31612/2616-4868.3(21).2022.12)

151. Стан онкологічної захворюваності та організація медичної допомоги онкологічним хворим в Україні і особливості її надання на регіональному рівні / Гойда Н. Г., Мельниченко А. Ю., Бодюл С. М., Горбунова Ж. К. *Охорона здоров'я України*. 2005. №1-2 (16-17). С. 73-75.

152. Старенький В. П., Сухіна О. М., Стадник Л. Л., Авер'янова Л. О. Аналіз стану радіотерапевтичної допомоги населенню України. Частина 1. Аналіз захворюваності та технічного забезпечення променевої терапії в Україні. Український радіологічний та онкологічний журнал. 2020. Т. XXVIII. № 4. С. 337–352. DOI: <https://doi.org/10.46879/ukroj.4.2020.337-352>
153. Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в Україні / Сердюк А. М., Кундієв Ю. І., Нагорна А. М., Широбоков В. П. *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2012. Т. 18, №3. С. 358-371.
154. Сучасні та прогнозні тенденції смертності населення України: монографія / Слабкий Г. О., Орда О. М., Чепелевська Л. А., Любінець О. В. К., 2010. 178 с.
155. Теорія і практика медичної реабілітації / Хвисюк М. І., Хвисюк О. М., Марченко В. Г. та ін. Х.: Майдан, 2012. 360 с.
156. Терміни в системі громадського здоров'я. Термінологічний словник. Перша частина. Колектив авторів. Ужгород, 2020-149 с.
157. Титаренко О. О. Курение среди женщин: опасность, которая угрожает нашему будущему. *Здоров'я України*. 2010. № 11-12. С. 50-51.
158. Толстанов О. К., Дідик І. В. Поширеність новоутворень та сучасні вітчизняні засади надання медичної допомоги хворим онкологічного профілю (огляд літератури). *Український медичний часопис*. 2016. № 2 (112). С. 88-92.
159. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людей. *Світовий банк*. 2010. 16 с.
160. Трохимчук В. В., Беяєва О. І., Унгурян Л. М. Організація надання медичної допомоги дітям в Україні (огляд літератури). *Фармацевтичний журнал*. 2017. № 1. С. 20-29.
161. У Програмі медичних гарантій-2021 підвищили тарифи за лікування онкохворих пацієнтів. Національна служба здоров'я України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-programi-medichnih-garantij-2021-pidvishchili-tarifi-za-likuvannya-onkohvorih-paciyentiv>
162. Характеристика распространенности заболеваний среди населения

старших возрастных групп Украины / Слабкий Г. А., Миронюк И. С., Дудник С. В., та ін. Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии : материалы науч.-практ. конф, с междунар. участием, г. Самарканд, 3-4 ноября 2016 г. *Проблемы биологии и медицины*. 2016. № 3, 1 (89). С. 110.

163. Хрипункова А. Реабилитация онкологических больных. ЗаДонбасс, 4 апреля 2008. URL: <https://cancer-rehabilitation.blogspot.com/>

164. Центр громадського здоров'я МОЗ України. У 2019 році новоутворення стали другою найчастішою причиною смерті українців. Висновки з дослідження глобального тягара хвороб. URL: <https://phc.org.ua/news/u-2019-roci-novoutvorennya-stali-drugoyu-naychastishoyu-prichinoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z>

165. Цілі сталого розвитку 2015-2030. URL: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/sustainable-development-goals.html>

166. Чепелевська Л. А., Любінець О. В. Сучасні проблеми медико-демографічної ситуації в Україні. *Охорона здоров'я України*. 2008. № 1. С. 249-250.

167. Чепелевська Л. А., Любінець О. В. Тенденції смертності населення України за окремими класами хвороб та нозологіями: регіональний аспект. *Україна. Здоров'я нації*. 2008. № 1. С. 40-43.

168. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П. Роль профілактики хронічних неінфекційних захворювань в покращенні медико-демографічної ситуації. *Стратегічні напрямки реалізації Європейської стратегії «Здоров'я-2020» в Україні*: Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 28-30 травня 2014 р.: тези доп. Полтава, 2014, С. 102-103.

169. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П. Середня очікувана тривалість життя як критерій медико-демографічної ситуації в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 2 (56). С. 39-44.

170. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П. Сучасні медико-демографічні проблеми в Україні та шляхи їх подолання. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3

(35). С. 39-43.

171. Чиж М. О., Гладких Ф. В. Кріохірургія і фізичні методи в лікуванні онкологічних захворювань. *Український радіологічний та онкологічний журнал*. 2021. Т. 29. № 2. С. 127-149. URL: https://www.researchgate.net/publication/353315212_Ukrainskij_radiologicnij_ta_onkologicznij_zurnal_2021_T_29_No_2_S_127-149_Ukrainian_journal_of_radiology_and_oncology

172. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Основи Європейської політики і стратегія для ХХІ століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 2 (4). С. 72-75.

173. Щиріна К. В., Толстанов О. К. Криза багатопрофільного закладу охорони здоров'я під час пандемії COVID-19. *Укр. Мед. Часопис*. 2023. № 2 (154). Том III/IV. С. 1-4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.154.239787

174. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.

175. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 р. К., 2007. 398 с.

176. Alon S. Psychosocial challenges of elderly patients coping with cancer. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011 Oct; Vol. 33 Suppl 2: P. 112-114.

177. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2011. Atlanta: ACS, 2011. 24 p.

178. Analysis of the implementation of telehealth visits for care of patients with cancer in houston during the COVID-19 pandemic / J. G. Darcourt, K. Aparicio, P. M. Dorsey et al. *JCO Oncol. Pract*. 2021. Vol. 17 (1).

179. An analysis of whether higher health care spending in the United States versus Europe is 'worth it' in the case of cancer / Philipson T., Eber M., Lakdawalla D. N., et al. *Health Aff (Millwood)*. 2012. Vol. 31(4). P. 667-675.

180. An examination of cancer patients' monthly 'out-of-pocket' costs in Ontario, Canada. / Longo C. J., Deber R., Fitch M., et al. *Eur J Cancer Care (Engl)*.

2007. Vol. 16(6). P. 500-507.

181. A qualitative analysis of smokers' perceptions about lung cancer screening. / Gressard L., DeGroff A. S., Richards T. B., et al. *BMC Public Health*. 2017. Vol. 17(1). P. 589.

182. A quality improvement pathway to rapidly increase telemedicine services in a gynecologic oncology clinic during the COVID-19 pandemic with patient satisfaction scores and environmental impact / R. P. Mojdehbakhsh, S. Rose, M. Peterson et al. *Gynecol. Oncol. Rep.* 2021. Vol. 36. P. 100708.

183. Atlas of health in Europe / 2th edition 2008. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 2008.126 p.

184. Beliefs and Intentions to Undergo Lung Cancer Screening among Korean Males. / Bui N. C., Lee Y. Y., Suh M., et al. *Cancer Res Treat.* 2018. Vol. 50(4). P. 1096-1105.

185. Boutayeb A. The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2006. Vol. 100(3). P. 191-199.

186. Boyle P., Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol.* 2005. Vol. 16(3). P. 481-488.

187. Cairns C.P., Viswanath K. Communication and colorectal cancer screening among the uninsured: data from the Health Information National Trends Survey (United States). *Cancer Causes Control.* 2006. Vol. 17(9). P. 1115-1125.

188. Cancer costs and outcomes in the Finnish population 2004-2014 / Torkki P., Leskelä R.L., Linna M., et al. *Acta Oncol.* 2018. Vol. 57(2). P. 297-303.

189. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012 / Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J., et al. *Eur J Cancer.* 2013. Vol. 49(6). P. 1374-1403.

190. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018 / Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., et al. *Eur J Cancer.* 2018. Vol. 103. P. 356-387.

191. Cancer mortality-to-incidence ratio as an indicator of cancer management

outcomes in Organization for Economic Cooperation and Development countries / Choi E., Lee S., Nhung B.C., et al. *Epidemiol Health*. 2017. Vol. 39. P. e2017006.

192. Cancer trends and incidence and mortality patterns in Turkey / Yilmaz H.H., Yazihan N., Tunca D., et al. *Jpn J Clin Oncol*. 2011. Vol. 41(1). P. 10-16.

193. Cancer Trends Report. Stage at Diagnosis. / National Cancer Institute. July 2021. URL: <https://progressreport.cancer.gov/diagnosis/stage>

194. Carcaise-Edinboro P., Bradley C. J. Influence of patient-provider communication on colorectal cancer screening. *Med Care*. 2008. Vol. 46(7). P. 738-745.

195. Cavaliere A., De Marchi E., Banterle A. Exploring the Adherence to the Mediterranean Diet and Its Relationship with Individual Lifestyle: The Role of Healthy Behaviors, Pro-Environmental Behaviors, Income, and Education. *Nutrients*. 2018. Vol. 10(2). P. 141.

196. Characterisation of the natural environment: quantitative indicators across Europe. / Smith G., Cirach M., Swart W., et al. *Int J Health Geogr*. 2017. Vol. 16(1). P. 16.

197. Characteristics and care pathways of advanced cancer patients in a palliative-supportive care unit and an oncological ward. / Mercadante S., Marchetti P., Adile C., et al. *Support Care Cancer*. 2018. Vol. 26(6). P. 1961-1966.

198. Cigarette smoking is associated with adverse survival among women with ovarian cancer: Results from a pooled analysis of 19 studies. / Praestegaard C., Jensen A., Jensen S. M. et al. *Ovarian Cancer Association Consortium.; Int J Cancer*. 2017. Vol. 140(11). P. 2422-2435.

199. Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU / Kane-Gill S. L., Dasta J. F., Buckley M. S., et al. *Crit. Care Med*. 2017. Vol. 45(9). P. e877-e915.

200. Communicating with Daughters About Familial Risk of Breast Cancer: Individual, Family, and Provider Influences on Women's Knowledge of Cancer Risk. / Peipins L. A., Rodriguez J. L., Hawkins N. A., et al. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018. Vol. 27(5). P. 630-639.

201. Comparator report on cancer in Europe 2019 – disease burden, costs and

access to medicines / Hofmarcher T., Brådvik G., Svedman C., et al. *Lund: IHE*; 2019. IHE Report 2019:7.

202. CONCORD Working Group. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) / Allemani C., Weir H. K., Carreira H. et al. *Lancet*. 2015. Vol. 385(9972). P. 977-1010.

203. CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries / Allemani C., Matsuda T., Di Carlo V. et al. *Lancet*. 2018. Vol. 391(10125). P. 1023-1075.

204. Convergence of decreasing male and increasing female incidence rates in major tobacco-related cancers in Europe in 1988-2010 / Lortet-Tieulent J., Renteria E., Sharp L. et al. *Eur J Cancer*. 2015. Vol. 51(9). P. 1144-1163.

205. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data / Mathers C .D., Fat D. M., Inoue M., et al. *Bull World Health Organ*. 2005. Vol. 83(3). P. 171-177.

206. Counting the dead and what they died of / Johansson L. A., Pavillon G., Anderson R., et al. *Bull World Health Organ*. 2006. Vol. 84(3). P. 254.

207. Delayed diagnosis of cancer: Thematic review / National Patient Safety Agency. London. 2010.

208. Diagnosis and treatment of melanoma: European consensus-based interdisciplinary guideline / Garbe C., Peris K., Hauschild A. et al. *Eur J Cancer*. 2010. Vol. 46(2). P. 270-283.

209. Disparities in colorectal cancer screening: a guideline-based analysis of adherence / James T. M., Greiner K. A., Ellerbeck E. F., et al. *Ethn Dis*. 2006. Vol. 16(1). P. 228-233.

210. Documenting the symptom experience of cancer patients. / Deshields T. L., Potter P., Olsen S., et al. *J Support Oncol*. 2011. Vol. 9(6). P. 216-223.

211. Effectiveness of cervical screening after age 60 years according to

screening history: Nationwide cohort study in Sweden. / Wang J., Andrae B., Sundström K., et al. *PLoS Med.* 2017. Vol. 14(10). P. e1002414.

212. Efficacy of Complementary Therapies in the Quality of Life of Breast Cancer Survivors / Zaidi S., Hussain S., Verma S. et al. *Front Oncol.* 2018. Vol. 7. P. 326.

213. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual / Fayers P. M., Aaronson N. K., Bjordal K., et al. *Brussels : European Organisation for Research and Treatment of Cancer*, 2001. 86 p.

214. EORTC Quality of life. Communication. URL: <https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-comu26/>

215. Estimated Number of New Cancer Cases by World Area, 2007 / Garcia M., Jemal A., Ward E., et al. *Global cancer Facts and Figures.-Atlanta, GA: American Cancer Society*, 2007. P. 16-18.

216. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995 / Bray F., Sankila R., Ferlay J., Parkin D.M. *Eur J Cancer.* 2002. Vol. 38(1). P. 99-166.

217. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006 / Ferlay J., Autier P., Boniol M., et al. *Ann Oncol.* 2007. Vol. 18(3). P. 581-592.

218. Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the commission to the European parliament and the council empty. Brussels, 3.2.2021. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2021%3A44%3AFIN>

219. Europe's Beating Cancer Plan: Implementation Roadmap. Health and Food Safety Directorate General. 2021. URL: <https://ec.europa.eu/newsroom/sante/newsletter-archives/35593>

220. Factors associated with late stage at diagnosis among Puerto Rico's government health plan colorectal cancer patients: a cross-sectional study / Ortiz-Ortiz K. J., Ríos-Motta R., Marín-Centeno H. et al. *BMC Health Serv Res.* 2016. Vol. 16(a). P. 344.

221. Factors influencing risk-based care of the childhood cancer survivor in the 21st century. / Dixon S. B., Bjornard K. L., Alberts N. M. et al. *CA Cancer J Clin.* 2018. Vol. 68(2). P. 133-152.

222. Familial pancreatic cancer: Concept, management and issues / Matsubayashi H., Takaori K., Morizane C. et al. *World J Gastroenterol*. 2017. Vol. 23(6). P. 935-948.

223. Ferlay J., Parkin D. M., Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer*. 2010. Vol. 46(4). P. 765-781.

224. Global Burden of Disease Cancer Collaboration / Fitzmaurice C., Abate D., Abbasi N. et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol*. 2019. Vol. 5(12). P. 1749-1768.

225. Global Burden of Disease Cancer Collaboration / Fitzmaurice C., Dicker D., Pain A. et al. The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol*. 2015. Vol. 1(4). P. 505-527.

226. Global Cancer Facts and Figures 2008 / Jemai A., Siegel R., Ward E. et al. *CA Cancer J Clin*. 2008. Vol. 58. P. 76.

227. Global health data exchange. DALYs for 2019 with trends since 1990. URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/cb9881cf2238f2ae3e406b4dd3456e1f>

228. Global health data exchange. YLLs for 2019 with trends since 1990. URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/683d2fc16e4d6a459f74ef883f85f71d>

229. Global oncology trends 2019-therapeutics, clinical development and health system implications. / IQVIA Institute for Human Data Science. Parsippany, NJ: IQVIA; 2019. URL: <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/global-oncology-trends-2019>

230. GLOBOCAN 2020. Cancer today. Cancer fact sheets. All cancers. URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

231. GLOBOCAN 2020. Cancer today. Population fact sheets. Ukraine. URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/804-ukraine-fact-sheets.pdf>

232. GLOBOCAN 2020. Global Cancer Burden in 2020. URL: <https://infogram.com/globocan-2020-1h9j6qg7xdp8v4g?live>
233. Gunnarsson H., Ekholm A., Olsson L. I. Emergency presentation and socioeconomic status in colon cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2013. Vol. 39(8). P. 831-836.
234. Implementation and outcomes of virtual care across a tertiary cancer center during COVID-19 / A. Berlin, M. Lovas, T. Truong et al. *JAMA Oncol.* 2021. Vol. 7 (4). P. 597.
235. Ko C. W., Kreuter W., Baldwin L. M. Persistent demographic differences in colorectal cancer screening utilization despite Medicare reimbursement. *BMC Gastroenterol.* 2005. Vol. 5. P. 10.
236. Mandelblatt J., Yabroff K. R., Kerner J. Access to quality cancer care: evaluating and ensuring equitable services, quality of life and survival. *Washingt. DC Natl: Cancer Policy Board;* 1998.
237. Mandelblatt J. S., Yabroff K. R., Kerner J. F. Equitable access to cancer services. *Cancer Wiley Online Library.* 1999. Vol. 86. P. 2378–2390.
238. Mathers C. D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006. Vol. 3(11). P. e442.
239. Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries. / Graham W. J., Ahmed S., Stanton C., et al. *BMC Med.* 2008. Vol. 6. P. 12.
240. Merino Bonilla J. A., Torres Tabanera M., Ros Mendoza L. H. Breast cancer in the 21st century: from early detection to new therapies. *Radiologia.* 2017. Vol. 59(5). P. 368-379.
241. Methodology for survival assessment of cancer patients using population-based cancer registration data / Tang H., Jiang X., Lou J., Chen T. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2018. Vol. 47(1). P. 104-109.
242. Mortality data for the year 2012 and the WHO European Region high income group of countries. 2012. URL: <https://www.eea.europa.eu/publications/healthy-environment-healthy-lives>
243. Mortality Risk Along the Frailty Spectrum: Data from the National Health

and Nutrition Examination Survey 1999 to 2004 / Crow R. S., Lohman M. C., Titus A. J., et al. *J Am Geriatr Soc.* 2018. Vol. 66(3). P. 496-502.

244. Mouli S., Baker J. C., Brown D. B. Interventional Oncology Service Development. *Semin Intervent Radiol.* 2017. Vol. 34(2). P. 182-186.

245. National Cancer Data Base. URL: https://reportsncdb.facs.org/BMPub/BMR_report_1st2.cfm?CFID=26323&CFTOKEN=15297e6e3ad26d2f-BDCB0667-C140-E4D5-FA58381292F8B7EC

246. Pain and quality of life in breast cancer patients. / Costa W. A., Monteiro M. N., Queiroz J. F., Gonçalves A. K. *Clinics (Sao Paulo).* 2017. Vol. 72(12). P. 758-763.

247. Pike J., Grosse S. D. Friction Cost Estimates of Productivity Costs in Cost-of-Illness Studies in Comparison with Human Capital Estimates: A Review. *Appl Health Econ Health Policy.* 2018. Vol. 16(6). P. 765-778.

248. Preventing Chronic Diseases: A vital investment. Geneva: WHO, 2005. P. 12-35.

249. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? / Strong K., Mathers C., Leeder S., Beaglehole R. *Lancet.* 2005. Vol. 366(9496). P. 1578-1582.

250. Preventive care for low-income women in massachusetts post-health reform / Clark C. R., Soukup J., Riden H. et al. *J Womens Health (Larchmt).* 2014. Vol. 23(6). P. 493-498.

251. Pricing in the Market for Anticancer Drugs / Howard D. H., Bach P. B., Berndt E. R., Conti R. M. *J Econ Perspect.* 2015. Vol. 29(1). P. 139-162.

252. RARECARE working group. Rare cancers are not so rare: the rare cancer burden in Europe. / Gatta G., van der Zwan J.M., Casali P. G. et al. *Eur J Cancer.* 2011. Vol. 47(17). P. 2493-2511.

253. Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review / Hui D., Meng Y. C., Bruera S. et al. *Oncologist.* 2016. Vol. 21(7). P. 895-901.

254. Reid B. M., Permuth J. B., Sellers T. A. Epidemiology of ovarian cancer: a review. *Cancer Biol Med.* 2017. Vol. 14(1). P. 9-32.

255. Reporting of health-related quality of life in randomized controlled trials involving palliative systemic therapy for esophagogastric cancer: a systematic review. / Ter Veer E., van Kleef J. J., Sprangers MAG, et al. *Gastric Cancer*. 2018. Vol. 21(2). P. 183-195.

256. Rick O., Dauelsberg T., Kalusche-Bontemps E. M. Oncological Rehabilitation. *Oncol Res Treat*. 2017. Vol. 40(12). P. 772-777.

257. Ryzhov A., Fedorenko Z., Gorokh E. The use of hospital-based cancer registries as a source for National Cancer registry of Ukraine. 35th Int Ass Cancer Registries Conf, Buenos Aires, Argentina, 22–24 October 2013: 47.

258. Slabkiy G. O., Znamenska M. A Approaches to prophylactic activity on the level of primary medical-and-sanitary aid on the base of family medicine *I The Unity of Science-International scientific periodical journ*. Vienna, Austria, August 2015. P. 162-167.

259. Sharma R. Breast cancer incidence, mortality and mortality-to-incidence ratio (MIR) are associated with human development, 1990-2016: Evidence from Global Burden of Disease Study 2016. *Breast Cancer*. 2019. Vol. 26(4). P. 428-445.

260. Siegel R. L., Miller K. D., Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*. 2019. Vol. 69(1). P. 7-34.

261. Smoking and Lung Cancer: A Geo-Regional Perspective. / Rahal Z., El Nemr S., Sinjab A., et al. *Front Oncol*. 2017. Vol. 7. P. 194.

262. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda / Niessen L. W., Mohan D., Akuoku J. K. et al. *Lancet*. 2018. Vol. 391(10134). P. 2036-2046.

263. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries / Abegunde D. O., Mathers C. D., Adam T., et al. *Lancet*. 2007. Vol. 370(9603). P. 1929-1938.

264. The cost of cancer. A comparative analysis of the direct medical costs of cancer and other major chronic diseases in Europe / Schlueter M., Chan K., Lasry R., Price M. *PLoS One*. 2020. Vol. 15(11). P. e0241354.

265. The cost of cancer in Europe 2018 / Hofmarcher T., Lindgren P., Wilking N., Jönsson B. *Eur J Cancer*. 2020. Vol. 129. P. 41-49.

266. The importance of good death components among cancer patients, the general population, oncologists, and oncology nurses in Japan: patients prefer «fighting against cancer». / Miyashita M., Kawakami S., Kato D., et al. *Support Care Cancer*. 2015. Vol. 23(1). P. 103-110.

267. Trends in the incidence of cancer in Qidong, China, 1978-2002 / Chen J. G., Zhu J., Parkin D .M., et al. *Int J Cancer*. 2006. Vol. 119(6). P. 1447-1454.

268. Understanding why cancer patients accept or turn down psycho-oncological support: a prospective observational study including patients' and clinicians' perspectives on communication about distress. / Zwahlen D., Tondorf T., Rothschild S., et al. *BMC Cancer*. 2017. Vol. 17(1). P. 385.

269. Update in palliative medicine / Fromme E. K., Smith A. K., Hughes M. T. et al. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010. Vol. 27(6). P. 420-427.

270. Wild C. P., Weiderpass E., Stewart B. W. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention, Lyon, France: *International Agency for Research on Cancer*. 2020. URL: <http://publications.iarc.fr/586>

271. Woloshin S., Schwartz L. M. How a charity oversells mammography. *BMJ*. 2012. Vol. 345. P. e5132.

272. World Health Organization, Regional Office for Europe, 18.02.2020 at <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2020/2/tobacco-use-causes-almost-one-third-of-cancer-deaths-in-the-who-european-region>

273. World health statistics 2010. Geneva : WHO, 2010. 177 p.

274. World health statistics 2012 / World Health Organization. Geneva: WHO, 2012. 175 p.

275. World health statistics 2013 / World Health Organization. Geneva: WHO, 2013. 168 p.

276. World health statistics 2014 / World Health Organization. Geneva: WHO, 2014. 178 p.

277. Zub V. Analysis of incidence and mortality of gastrointestinal malignant tumors in Ukraine and worldwide. *Acta Medica Leopoliensia*. 2022. T. 28, № 3-4. P. 22-33. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2022.3-4.022>

278. Zub V. Cancer epidemiology in Ukraine: analysis for the past decade. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. T. 27, № 3-4. P. 126-142. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.126>

279. Zub V. O., Kotuza A. S., Tolstanov O. K. Communication of oncological patients with oncologists: main problems and problem-solving strategies. *International Journal of Medicine and Medical Research*. 2022. T. 8, № 2. P. 74–82. DOI: <https://doi.org/10.11603/ijmmr.2413-6077.2022.2.13594>

280. Zub V., Manzhaliy E. Assessment of quality of life in patients with gastric cancer in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2023. Vol. 76(5 pt 1). P. 956-963. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202305111>

281. Zub V. O. Medico-social substantiation of the issue of quality of life in patients with breast cancer and finding ways to improve it. *Medicni perspektivi*. 2023. T. 28, № 1. P. 188-193. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276216>

282. Zub V., Semenova Y., Tolstanov O., Kotuza A., Gutor T., Matsyura O., Lysiuk R., Bjørklund G. Provision of medical care to cancer patients in Ukraine during Russo-Ukrainian war: A survey of oncologists' perceptions. *International Journal of Healthcare Management*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/20479700.2023.2261697>

283. Zub V., Tolstanov O., Kotuza A., Manzhaliy E. Quality of life of lung cancer patients. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*. 2023. Vol.36. №3. P.145-150. <https://doi.org/10.2478/cipms-2023-0025>.

284. Zub V., Tolstanov O. Medical and social substantiation of the problem of quality of life of patients with prostate cancer. *Proceeding of The Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences*. 2022. T. 69, № 2. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2022.02.11>

ДОДАТОК А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Zub V., Tolstanov O. Medical and social substantiation of the problem of quality of life of patients with prostate cancer. *Proceeding of The Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences.* 2022. Т. 69, № 2. DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2022.02.11> (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів)
2. Zub V.O. Medico-social substantiation of the issue of quality of life in patients with breast cancer and finding ways to improve it. *Medicni perspektivi.* 2023. Т. 28, № 1. P. 188-193. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276216>
3. Zub V., Manzhaliy E. Assessment of quality of life in patients with gastric cancer in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie.* 2023. Vol. 76(5 pt 1). P. 956-963. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202305111> (Дисертантом здійснено збір, обробку матеріалів, узагальнено отримані результати)
4. Zub V., Tolstanov O., Kotuza A., Manzhaliy E. Quality of life of lung cancer patients. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences.* 2023. Vol.36. №3. P.145-150. <https://doi.org/10.2478/cipms-2023-0025> (Дисертантом здійснено збір, обробку матеріалів, узагальнено отримані результати).
5. Zub V., Semenova Y., Tolstanov O., Kotuza A., Gutor T., Matsyura O., Lysiuk R., Bjørklund G. Provision of medical care to cancer patients in Ukraine during Russo-Ukrainian war: A survey of oncologists' perceptions. *International Journal of Healthcare Management.* 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/20479700.2023.2261697> (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).
6. Zub V. Cancer epidemiology in Ukraine: analysis for the past decade. *Acta Medica Leopoliensia.* 2021. Т. 27, № 3-4. P. 126-142. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.126>
7. Зуб В. О. Дослідження нозологічних особливостей захворюваності

та смертності населення України з причин злоякісних новоутворень. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2021. Т. 25, № 4. С. 635-639. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(4\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-22)

8. Zub V. O., Kotuza A. S., Tolstanov O. K. Communication of oncological patients with oncologists: main problems and problem-solving strategies. *International Journal of Medicine and Medical Research*. 2022. Т. 8, № 2. Р. 74–82. DOI: <https://doi.org/10.11603/ijmmr.2413-6077.2022.2.13594> (Дисертант брав участь в обробці матеріалів, аналізі та узагальненні результатів, оформленні та наданні матеріалів публікації)

9. Зуб В. О., Котуза А. С. Аналіз надання допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями в умовах воєнного стану. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 3. С. 35–40. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.3.13434> (Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)

10. Зуб В. О. Оцінка ефективності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями (на прикладі областей центру України). *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 3. С. 472-476. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(3\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(3)-22)

11. Zub V. Analysis of incidence and mortality of gastrointestinal malignant tumors in Ukraine and worldwide. *Acta Medica Leopoliensia*. 2022. Т. 28, № 3-4. Р. 22-33. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2022.3-4.022>

12. Зуб В. Аналіз результативності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями в західних областях України. *Медична наука України*. 2022. Т. 18, № 4. С. 81-88. DOI: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.4.2022.12>

13. Зуб В. О., Котуза А. С. Стан надання онкологічної допомоги населенню України в умовах воєнного часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 4. С. 614-617. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-16](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-16) (Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків)

14. Зуб В. О., Котуза А. С. Рівень забезпечення апаратурою променевої діагностики в закладах, які надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 4. С. 56–61. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13683> (Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків)

15. Зуб В. О., Котуза А. С. Організація надання медичної допомоги онкологічним хворим (за даними анкетування лікарів-онкологів). *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2022. № 10. С. 11-18. DOI: <https://doi.org/10.26565/2617-409X-2022-10-02> (Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків)

16. Зуб В. О. Порівняльний аналіз якості життя пацієнтів з раком легень, простати, молочної залози та шлунку в Україні згідно опитувальника EORTC QLQ-C30. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 2(24). С. 45-54. DOI: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.07](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.07)

17. Гусак Н., Зуб В., Котуза А. Надання онкологічної допомоги у рамках програми медичних гарантій Національної служби здоров'я за пакетом «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах». *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2023. №11(2). С. 184-193. [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(2\):184-193](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(2):184-193) (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів)

18. Гусак Н. Б., Зуб В. О., Котуза А. С. Порівняльний аналіз пакетів напрямку "Онкологія" програми медичних гарантій. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27. №2. С. 288-292. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-19 (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).

19. Гусак Н. Б., Котуза А. С., Зуб В. О. Аналіз наданих медичних послуг за пакетом програми медичних гарантій «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та

стаціонарних умовах». *Medical Science of Ukraine / Медична наука України*. 2023. Т. 19. № 2. С. 89-96. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2023.12> (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).

20. Зуб В. О. Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. *Бюлетень Національного канцер-реєстру № 24 - "Рак в Україні, 2021-2022" – Монографія*. 2023. С. 2-9. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/PDF/02-09-thema_Zub.pdf

21. Зуб В. О., Котуза А. С. Експертна оцінка оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні. *Вісник соціальної гігієни та ООЗ України*. 2023. №2 (96). С. 94-99. DOI <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2.14040> (Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).

22. Зуб В. О. «Ціна раку»: економічні втрати, спричинені онкологічними захворюваннями. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №1 (71). С. 41-45. DOI <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/07>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

23. Зуб В. О. Медико-статистична оцінка смертності від онкологічних захворювань в Україні. *Матеріали міжнародної наукової конференції «The globalization of scientific knowledge: theoretical and practical research»*. м. Рига, Латвія, 17-18 грудня 2021 року. Рига. 2021. С. 11-14. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-164-0-4>

24. Зуб В. О. Стан захворюваності населення України на злоякісні новоутворення. *Матеріали міжнародної наукової конференції «Modern medicine: the use of creative industries in the healthcare system»*. м. Люблін, Республіка Польща, 28–29 грудня 2021 року. Люблін. 2021. С. 163-166. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-182-4-44>

25. Зуб В. О. Оцінка якості життя пацієнток з раком молочної залози. *Матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції «International*

scientific innovations in human life». м. Манчестер, Великобританія. 4-6 серпня 2022 року. Манчестер. 2022. С. 37-40.

26. Зуб В. О. Оцінка якості життя пацієнтів з раком легень. *Матеріали XI міжнародної наукової конференції: «Scientific research: the paradigm of innovative development»*. м. Прага, Чехія, 30 серпня 2022 року. Прага. 2022. С. 62-64.

27. Зуб В. О. Проблеми комунікації «лікар-пацієнт» в онкологічній практиці. *Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення»*. м. Харків, 28 жовтня 2022 року. Харків. 2022. С. 136-137.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

28. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року. Проект Постанови Кабінету Міністрів України від 28.01.2021 року. URL: <https://moz.gov.ua/article/public-discussions-archive/proekt-postanovi-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-zatverdzhennja-nacionalnoi-strategii-kontrolju-onkologichnih-zahvorjuvan-do-2030-roku> (Автор очолював структуру-розробник Національної стратегії як голова підкомітету з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; йому належить ідея розробки стратегії, написання початкового проекту, відповідальність за ведення і керівництво процесом розробки стратегії, адміністрування проекту).

29. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: "Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення". Постанова Верховної Ради України від 2 вересня 2020 року № 862-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-IX#Text> (Автор брав участь у парламентських слуханнях як Народний депутат України та як голова підкомітету з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; автор брав участь у написанні основних положень Постанови)

30. Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань удосконалення та розвитку онкологічної допомоги. Наказ МОЗ України від 13.09.2022 № 1658. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1658282-22#Text> (Автор входить в склад робочої групи з питань удосконалення та розвитку онкологічної допомоги як голова підкомітету з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування)

ДОДАТОК Б

Акти впровадження

АКТ

впровадження результатів дисертаційного дослідження Зуба В.О. у практичну та освітню діяльність у сфері охорони здоров'я

Комісія у складі:

Убогов С.Г., начальник Управління медичних кадрів, освіти і науки МОЗ України, Никончук О.В., завідувач сектору з медичної науки Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Бомко М.О., головний спеціаліст відділу з координації медичних кадрів Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Щербина Л.В., головний спеціаліст відділу з розвитку медичної освіти Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Олексіна Н.В., головний спеціаліст відділу з розвитку медичної освіти Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Жмакова О.Л., головний спеціаліст відділу з розвитку медичної освіти Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Підгорний Б.М., головний спеціаліст сектору з медичної науки Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України

склала цей акт з приводу того, що комісією 10 липня 2023 року розглянуто результати дисертаційного дослідження Зуба Валерія Олексійовича на тему «Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України», поданого на здобуття ступеня доктора наук за спеціальністю 222 «Медицина» галузі знань 22 «Охорона здоров'я».

Комісія вважає, що представлені автором пропозиції, отримані на основі проведеного комплексного дисертаційного дослідження, зокрема щодо вивчення нозологічних особливостей захворюваності та смертності населення з причин злоякісних новоутворень, мають високу теоретичну і практичну цінність та можуть бути використані під час розробки нормативно-правових актів з метою вдосконалення системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Результати дисертаційного дослідження також можуть використовуватися в освітньому процесі на циклах спеціалізації за спеціальностями онкологічного профілю, спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», а також магістерських програмах за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у навчальних модулях та дисциплінах, присвячених вивченню питань соціальної медицини та організації онкологічної допомоги населенню.

Начальник Управління
медичних кадрів, освіти і науки
Міністерства охорони здоров'я України



Сергій УБОГОВ



Затверджую

Перший проректор з науково-педагогічної роботи
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького
доцент С. М. Солонинко

2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

РЕЗУЛЬТАТІВ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

1. **Назва пропозиції:** Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України.
2. **Назва установи розробника, автор.** Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Зуб В. О.
3. **Джерела інформації, вид інновації:** Зуб В. О. Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 24 - "Рак в Україні, 2021-2022" – 2023. С. 2-9. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/PDF/02-09-thema_Zub.pdf
Зуб В. О. Дослідження нозологічних особливостей захворюваності та смертності населення України з причин злоякісних новоутворень. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2021. Т. 25, № 4. С. 635-639. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(4\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-22)
Zub V. Cancer epidemiology in Ukraine: analysis for the past decade. Acta Medica Leopoliensia. 2021. Т. 27, № 3-4. Р. 126-142. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.126>
4. **Місце впровадження:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
5. **Назва структурного підрозділу:** кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я
6. **Термін впровадження:** січень - червень 2023 р.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предмету «Соціальна медицина, громадське здоров'я» для студентів IV та VI-ого курсів медичних факультетів №1 та №2.
8. **Ефективність впровадження:** підвищення рівня знань здобувачів освіти щодо сучасної системи надання онкологічної допомоги населенню України та перспектив її оптимізації.
9. **Зауваження і пропозиції:** оптимізована система надання онкологічної допомоги населенню України є актуальною темою та рекомендується до впровадження в навчальний процес дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» для студентів IV та VI-ого курсів.

Результати впровадження пропозиції в навчальний процес підготовки студентів при викладанні навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» було обговорено і схвалено на засіданні кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я, протокол № 1 від 29.08 2023 р.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри соціальної медицини,
економіки та організації охорони здоров'я
к. мед. н., доцент

Гуттор Т. Г.

ЗАТВЕРДЖУЮ



Проректор з наукової роботи та інновацій
 Національного медичного університету
 імені П.Л. Шуплика, професор
 С.В. Земсков

09 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

1. Назва пропозиції: Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України.
 2. Назва установи розробника, автор. Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шуплика, Зуб В. О.
 3. Джерела інформації, вид інновації: Зуб В. О. Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 24 - "Рак в Україні, 2021-2022" – 2023. С. 2-9. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/PDF/02-09-thema_Zub.pdf
 - Зуб В. О. Дослідження нозологічних особливостей захворюваності та смертності населення України з причин злоякісних новоутворень. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2021. Т. 25, № 4. С. 635-639. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(4\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-22)
 - Zub V. Cancer epidemiology in Ukraine: analysis for the past decade. Acta Medica Leopoliensia. 2021. Т. 27, № 3-4. Р. 126-142. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.126>
 4. Місце впровадження: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
 5. Назва структурного підрозділу: кафедра громадського здоров'я
 6. Термін впровадження: січень - червень 2023 р.
 7. Форма впровадження: у навчальний процес при викладанні предмету «Соціальна медицина, громадське здоров'я та економіка охорони здоров'я» для студентів VI-го курсу медичних факультетів №1 та №2.
 8. Ефективність впровадження: підвищення рівня знань здобувачів освіти щодо сучасної системи надання онкологічної допомоги населенню України та перспектив її оптимізації.
 8. Зауваження і пропозиції: питання формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України є актуальним, розробка рекомендується до впровадження в навчальний процес при викладанні дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я та економіка охорони здоров'я» для студентів VI-го курсу.
- Результати впровадження пропозиції в навчальний процес підготовки студентів при викладанні навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я та економіка охорони здоров'я» було обговорено і схвалено на засіданні кафедри громадського здоров'я, протокол № 2/23 від 13.09.2023 р.

Відповідальний за впровадження:
 завідувач кафедри громадського здоров'я
 доктор медичних наук, професор

Т.С. Грузва

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор Комунального
некомерційного підприємства Київської обласної
ради «Київський обласний онкологічний
диспансер»

Арешкович А.О.

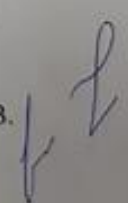
« _____ 2023 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
РЕЗУЛЬТАТІВ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

1. **Назва пропозиції:** Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України.
2. **Назва установи розробника, автор.** Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Зуб В. О.
3. **Джерела інформації, вид інновації:** Зуб В. О. Формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 24 - "Рак в Україні, 2021-2022" – 2023. С. 2-9. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/PDF/02-09-thema_Zub.pdf.
Zub V.O. Medico-social substantiation of the issue of quality of life in patients with breast cancer and finding ways to improve it. *Medicini perspektivi*. 2023. Т. 28, № 1. Р. 188-193. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276216>.
Зуб В. О. Дослідження нозологічних особливостей захворюваності та смертності населення України з причин злоякісних новоутворень. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2021. Т. 25, № 4. С. 635-639. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(4\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-22).
4. **Місце впровадження:** Хіміотерапевтичне відділення з ліжками денного перебування
5. **Термін впровадження:** січень - червень 2023 р.
6. **Форма впровадження:** при аналізі діяльності відділення та розробці шляхів оптимізації його роботи.
7. **Ефективність впровадження:** можливість надання онкологічної допомоги на сучасному організаційному рівні, аналіз якості життя пацієнтів та розробка шляхів оптимізації роботи відділення на найближчу перспективу.
8. **Зауваження і пропозиції:** оптимізована система надання онкологічної допомоги населенню України є актуальною та рекомендується до впровадження в закладах охорони здоров'я.

Відповідальний за впровадження:

завідувач Хіміотерапевтичного відділення з ліжками денного перебування Невестюк С.В.



ДОДАТОК В

Опитувальник якості життя пацієнтів з раком легень

Просимо Вас взяти участь у даному соціологічному дослідженні. Нас цікавить інформація, що стосується Вас і Вашого здоров'я. Будь ласка, самостійно дайте відповіді на всі запитання, обвівши кружечком номер, який найкраще відображає Вашу ситуацію. Немає «правильних» або «неправильних» відповідей. Інформація, яку Ви надаєте, залишиться суворо конфіденційною.

Дослідження проводиться у відповідності до міжнародних стандартів EORTC Quality of Life Group. Отримані результати будуть використані у наукових роботах щодо оптимізації системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Будь ласка, впишіть Ваші ініціали: _____

Ваша дата народження (день, місяць, рік): _____

Сьогоднішня дата (день, місяць, рік): _____

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
1. Чи важко Вам виконувати напружену фізичну роботу, наприклад, нести важку торбу чи валізу?	1	2	3	4
2. Чи важкі для Вас <u>довгі</u> прогулянки пішки?	1	2	3	4
3. Чи важкі для Вас <u>короткі</u> прогулянки надворі?	1	2	3	4
4. Чи доводиться Вам залишатися в ліжку або кріслі протягом дня?	1	2	3	4
5. Чи потребуєте Ви допомоги під час їжі, одягання, миття чи користування туалетом?	1	2	3	4
Протягом минулого тижня:				
	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
6. Чи були Ви обмежені у виконанні своєї роботи або інших повсякденних справ?	1	2	3	4
7. Чи були Ви обмежені у зайняттях своїми хобі чи іншими видами дозвілля?	1	2	3	4
8. Чи була у Вас задишка?	1	2	3	4
9. Чи бували у Вас болі?	1	2	3	4
10. Чи потребували Ви відпочинку?	1	2	3	4
11. Чи бували у Вас проблеми зі сном?	1	2	3	4
12. Чи відчували Ви слабкість?	1	2	3	4
13. Чи бракувало Вам апетиту?	1	2	3	4
14. Чи відчували Ви нудоту?	1	2	3	4
15. Чи бувала у Вас блювота?	1	2	3	4
16. Чи бували у Вас запори?	1	2	3	4
17. Чи бувала у Вас діарея?	1	2	3	4
18. Чи були Ви стомленими?	1	2	3	4
19. Чи заважав Вам біль займатися повсякденними справами?	1	2	3	4

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
20. Чи бувало Вам важко зосередитися на таких речах, як читання газети або перегляд телепередачі?	1	2	3	4
21. Чи відчували Ви себе напружено?	1	2	3	4
22. Чи тривожилися Ви?	1	2	3	4
23. Чи відчували Ви роздратування?	1	2	3	4
24. Чи відчували Ви себе пригніченим (-ою)?	1	2	3	4
25. Чи було Вам важко запам'ятовувати речі?	1	2	3	4
26. Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому родинному життю?	1	2	3	4
27. Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому спілкуванню з людьми?	1	2	3	4
28. Чи Ваш фізичний стан або лікування спричинили фінансові труднощі?	1	2	3	4

У наступних запитаннях просимо обвести кружечком той номер від 1 до 7, який найкраще відображає Вашу ситуацію.

29. Як би Ви оцінили свій загальний стан здоров'я протягом минулого тижня?	1	2	3	4	5	6	7
	Дуже погано			Відмінно			

30. Як би Ви в цілому оцінили якість свого життя протягом минулого тижня?	1	2	3	4	5	6	7
	Дуже погано			Відмінно			

Пацієнти іноді розповідають, що вони мають наступні симптоми чи проблеми. Будь ласка, вкажіть, наскільки сильними були ці симптоми або проблеми протягом останніх семи днів.

Протягом минулого тижня:		Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже часто
31.	Чи часто Ви кашляли?	1	2	3	4
32.	Чи відхаркувалася з кашлем кров?	1	2	3	4
33.	Чи була у Вас задишка в стані спокою?	1	2	3	4
34.	Чи була у Вас задишка під час ходьби?	1	2	3	4
35.	Чи була у Вас задишка під час підйому сходами?	1	2	3	4
36.	Чи боліла у Вас ротова порожнина або язик?	1	2	3	4
37.	Чи Вам було важко ковтати?	1	2	3	4
38.	Чи Ви відчували поколювання в кистях рук або стопах?	1	2	3	4
Протягом минулого тижня:		Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже часто
39.	Чи випадало у Вас волосся?	1	2	3	4
40.	Чи боліло в грудях?	1	2	3	4
41.	Чи боліла у Вас рука або плече?	1	2	3	4
42.	Чи боліли у Вас інші частини тіла? Якщо так, які саме: _____	1	2	3	4

43.	Чи були у Вас алергічні реакції?	1	2	3	4
44.	Чи відчували Ви печію або біль в очах?	1	2	3	4
45.	Чи у Вас були запаморочення ?	1	2	3	4
46.	Чи у Вас були тріщини (розшарування) нігтів на руках або ногах?	1	2	3	4
47.	Чи у Вас були проблеми зі шкірою (наприклад, свербіж, сухість)?	1	2	3	4
48.	Чи у Вас були проблеми з мовленням?	1	2	3	4
49.	Чи Ви боїтеся прогресування росту пухлини?	1	2	3	4
50.	Чи у Вас було тонке або ослаблене волосся внаслідок вашого захворювання чи лікування?	1	2	3	4
51.	Чи Ви хвилювалися про своє здоров'я в майбутньому?	1	2	3	4
52.	Чи у Вас був сухий кашель?	1	2	3	4
53.	Чи Ви відчували зниження своїх фізичних можливостей?	1	2	3	4
54.	Чи схуднення було для вас проблемою?	1	2	3	4

Будь ласка, дайте відповіді на наступні запитання, лише якщо у Вас була операція з причини раку легень:

		Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже часто
55.	Чи відчували Ви біль у ділянці операції?	1	2	3	4
56.	Чи було місце рани надмірно чутливим?	1	2	3	4
57.	Чи мала операція негативний вплив на Вашу щоденну діяльність?	1	2	3	4
58.	Чи були у вас труднощі з використанням руки або плеча зі сторони операції на грудній клітці?	1	2	3	4
59.	Ваш біль у місці рубця заважав вашій повсякденній діяльності?	1	2	3	4
60.	Чи Ви приймали якісь знеболювальні засоби? 1 Ні 2 Так				
61.	Якщо так, то наскільки це допомогло?	1	2	3	4

ДОДАТОК Г

Опитувальник якості життя пацієнтів з раком шлунку

Просимо Вас взяти участь у даному соціологічному дослідженні. Нас цікавить інформація, що стосується Вас і Вашого здоров'я. Будь ласка, самостійно дайте відповіді на всі запитання, обвівши кружечком номер, який найкраще відображає Вашу ситуацію. Немає «правильних» або «неправильних» відповідей. Інформація, яку Ви надаєте, залишиться суворо конфіденційною.

Дослідження проводиться у відповідності до міжнародних стандартів EORTC Quality of Life Group. Отримані результати будуть використані у наукових роботах щодо оптимізації системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Будь ласка, впишіть Ваші ініціали: _____

Ваша дата народження (день, місяць, рік): _____

Сьогоднішня дата (день, місяць, рік): _____

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
1. Чи важко Вам виконувати напружену фізичну роботу, наприклад, нести важку торбу чи валізу?	1	2	3	4
2. Чи важкі для Вас <u>довгі</u> прогулянки пішки?	1	2	3	4
3. Чи важкі для Вас <u>короткі</u> прогулянки надворі?	1	2	3	4
4. Чи доводиться Вам залишатися в ліжку або кріслі протягом дня?	1	2	3	4
5. Чи потребуєте Ви допомоги під час їжі, одягання, миття чи користування туалетом?	1	2	3	4
Протягом минулого тижня:				
	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
6. Чи були Ви обмежені у виконанні своєї роботи або інших повсякденних справ?	1	2	3	4
7. Чи були Ви обмежені у зайняттях своїми хобі чи іншими видами дозвілля?	1	2	3	4
8. Чи була у Вас задишка?	1	2	3	4
9. Чи бували у Вас болі?	1	2	3	4
10. Чи потребували Ви відпочинку?	1	2	3	4
11. Чи бували у Вас проблеми зі сном?	1	2	3	4
12. Чи відчували Ви слабкість?	1	2	3	4
13. Чи бракувало Вам апетиту?	1	2	3	4
14. Чи відчували Ви нудоту?	1	2	3	4
15. Чи бувала у Вас блювота?	1	2	3	4
16. Чи бували у Вас запори?	1	2	3	4
17. Чи бувала у Вас діарея?	1	2	3	4

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
18. Чи були Ви стомленими?	1	2	3	4
19. Чи заважав Вам біль займатися повсякденними справами?	1	2	3	4
20. Чи бувало Вам важко зосередитися на таких речах, як читання газети або перегляд телепередачі?	1	2	3	4
21. Чи відчували Ви себе напружено?	1	2	3	4
22. Чи тривожилися Ви?	1	2	3	4
23. Чи відчували Ви роздратування?	1	2	3	4
24. Чи відчували Ви себе пригніченим (-ою)?	1	2	3	4
25. Чи було Вам важко запам'ятовувати речі?	1	2	3	4
26. Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому родинному життю?	1	2	3	4
27. Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому спілкуванню з людьми?	1	2	3	4
28. Чи Ваш фізичний стан або лікування спричинили фінансові труднощі?	1	2	3	4

У наступних запитаннях просимо обвести кружечком той номер від 1 до 7, який найкраще відображає Вашу ситуацію.

29. Як би Ви оцінили свій загальний стан здоров'я протягом минулого тижня?
- | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|----------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Дуже погано | | | | | Відмінно | |
30. Як би Ви в цілому оцінили якість свого життя протягом минулого тижня?
- | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|----------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Дуже погано | | | | | Відмінно | |

Пацієнти іноді розповідають, що вони мають наступні симптоми чи проблеми. Будь ласка, вкажіть, наскільки сильними були ці симптоми або проблеми протягом останніх семи днів.

	Протягом минулого тижня:	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
31.	Чи було Вам важко їсти тверду їжу?	1	2	3	4
32.	Чи було Вам важко їсти протерту або м'яку їжу?	1	2	3	4

		Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
33.	Чи було Вам важко пити рідини?	1	2	3	4
34.	Чи були у Вас неприємні відчуття під час їди?	1	2	3	4
35.	Чи боліло Вас у верхній частині живота?	1	2	3	4
36.	Чи мали Ви неприємні відчуття у верхній частині живота?	1	2	3	4
37.	Чи мали Ви відчуття здуття живота?	1	2	3	4
38.	Чи турбувала Вас кислота або жовч, що підіймалася знизу до рота?	1	2	3	4
39.	Чи була у Вас печія?	1	2	3	4
40.	Чи турбувала Вас відрижка?	1	2	3	4
41.	Чи виникало відчуття наповненості шлунка надто швидко після початку їди?	1	2	3	4
42.	Чи важко Вам було отримувати задоволення від їжі?	1	2	3	4
43.	Вам було потрібно багато часу, щоб поїсти?	1	2	3	4
44.	Чи відчували Ви сухість у роті?	1	2	3	4
45.	Чи відчували Ви смак їжі та напоїв по-іншому, не так як зазвичай?	1	2	3	4
46.	Чи було Вам важко їсти в присутності інших людей?	1	2	3	4
47.	Чи думали Ви про Вашу хворобу?	1	2	3	4
48.	Чи непокоїло Вас те, що Ви маєте надто малу вагу тіла?	1	2	3	4
49.	Чи почувалися Ви фізично менш привабливим(-ою) внаслідок Вашого захворювання чи лікування?	1	2	3	4
50.	Чи хвилювалися Ви за Ваш майбутній стан здоров'я?	1	2	3	4
51.	Чи випадало у Вас волосся?	1	2	3	4
52.	Дайте відповідь на це запитання, тільки якщо у Вас випадало волосся: Чи були Ви засмучені випадінням волосся?	1	2	3	4

ДОДАТОК Д

Опитувальник якості життя пацієнтів з раком молочної залози

Просимо Вас взяти участь у даному соціологічному дослідженні. Нас цікавить інформація, що стосується Вас і Вашого здоров'я. Будь ласка, самостійно дайте відповіді на всі запитання, обвівши кружечком номер, який найкраще відображає Вашу ситуацію. Немає «правильних» або «неправильних» відповідей. Інформація, яку Ви надаєте, залишиться суворо конфіденційною.

Дослідження проводиться у відповідності до міжнародних стандартів EORTC Quality of Life Group. Отримані результати будуть використані у наукових роботах щодо оптимізації системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Будь ласка, впишіть Ваші ініціали: _____

Ваша дата народження (день, місяць, рік): _____

Сьогоднішня дата (день, місяць, рік): _____

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
1. Чи важко Вам виконувати напружену фізичну роботу, наприклад, нести важку торбу чи валізу?	1	2	3	4
2. Чи важкі для Вас <u>довгі</u> прогулянки пішки?	1	2	3	4
3. Чи важкі для Вас <u>короткі</u> прогулянки надворі?	1	2	3	4
4. Чи доводиться Вам залишатися в ліжку або кріслі протягом дня?	1	2	3	4
5. Чи потребуєте Ви допомоги під час їжі, одягання, миття чи користування туалетом?	1	2	3	4
Протягом минулого тижня:				
6. Чи були Ви обмежені у виконанні своєї роботи або інших повсякденних справ?	1	2	3	4
7. Чи були Ви обмежені у зайняттях своїми хобі чи іншими видами дозвілля?	1	2	3	4
8. Чи була у Вас задишка?	1	2	3	4
9. Чи бували у Вас болі?	1	2	3	4
10. Чи потребували Ви відпочинку?	1	2	3	4
11. Чи бували у Вас проблеми зі сном?	1	2	3	4
12. Чи відчували Ви слабкість?	1	2	3	4
13. Чи бракувало Вам апетиту?	1	2	3	4
14. Чи відчували Ви нудоту?	1	2	3	4
15. Чи бувала у Вас блювота?	1	2	3	4
16. Чи бували у Вас запори?	1	2	3	4
17. Чи бувала у Вас діарея?	1	2	3	4
18. Чи були Ви стомленими?	1	2	3	4
19. Чи заважав Вам біль займатися повсякденними справами?	1	2	3	4

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
20. Чи бувало Вам важко зосередитися на таких речах, як читання газети або перегляд телепередачі?	1	2	3	4
21. Чи відчували Ви себе напружено?	1	2	3	4
22. Чи тривожилися Ви?	1	2	3	4
23. Чи відчували Ви роздратування?	1	2	3	4
24. Чи відчували Ви себе пригніченою?	1	2	3	4
25. Чи було Вам важко запам'ятовувати речі?	1	2	3	4
26. Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому <u>родинному</u> життю?	1	2	3	4
27. Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому <u>спілкуванню з людьми</u> ?	1	2	3	4
28. Чи Ваш фізичний стан або лікування спричинили фінансові труднощі?	1	2	3	4

У наступних запитаннях просимо обвести кружечком той номер від 1 до 7, який найкраще відображає Вашу ситуацію.

29. Як би Ви оцінили свій загальний стан здоров'я протягом минулого тижня?
- | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Дуже погано | | | | | | Відмінно |
30. Як би Ви в цілому оцінили якість свого життя протягом минулого тижня?
- | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Дуже погано | | | | | | Відмінно |

Пацієнти іноді розповідають, що вони мають наступні симптоми чи проблеми. Будь ласка, вкажіть, наскільки сильними були ці симптоми або проблеми протягом останніх семи днів.

Протягом минулого тижня:	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
31. Чи відчували Ви сухість у роті?	1	2	3	4
32. Чи смакували їжа та напої інакше, ніж звичайно?	1	2	3	4
33. Чи були у Вас біль, подразнення чи слъозливість очей?	1	2	3	4
34. Чи мало місце випадіння волосся?	1	2	3	4
35. Дайте відповідь на це запитання, тільки якщо у Вас випадало волосся: Чи були Ви засмучені випадінням волосся?	1	2	3	4
36. Чи почувалися Ви хворою або недужою?	1	2	3	4
37. Чи відчували Ви приливи жару?	1	2	3	4

Протягом минулого тижня:		Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
38.	Чи мали Ви головні болі?	1	2	3	4
39.	Чи почувалися Ви фізично менш привабливою внаслідок Вашого захворювання чи лікування?	1	2	3	4
40.	Чи почувалися Ви менш жіночною внаслідок Вашого захворювання чи лікування?	1	2	3	4
41.	Чи було важко для Вас дивитися на себе оголену?	1	2	3	4
42.	Чи були Ви незадоволені своїм тілом?	1	2	3	4
43.	Чи хвилювалися Ви за Ваш майбутній стан здоров'я?	1	2	3	4

Протягом останніх <u>чотирьох</u> тижнів:		Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
44.	В якій мірі Вас цікавив секс?	1	2	3	4
45.	В якій мірі Ви були сексуально активною? (зі статевим актом або без нього)	1	2	3	4
46.	В якій мірі Ви отримали задоволення від сексу?	1	2	3	4

Протягом <u>минулого тижня</u>:		Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
47.	Чи відчували Ви біль у руці або плечі?	1	2	3	4
48.	Чи набрякала Ваша рука або кисть?	1	2	3	4
49.	Чи було Вам важко піднімати руку або рухати нею убік?	1	2	3	4
50.	Чи відчували Ви біль в ділянці хворої молочної залози?	1	2	3	4
51.	Чи мали Ви будь-яку припухлість в ділянці хворої молочної залози?	1	2	3	4
52.	Чи була ділянка Вашої хворої молочної залози надчутливою?	1	2	3	4
53.	Чи були у Вас проблеми зі шкірою у ділянці хворої молочної залози або навколо неї (свербіння, сухість, лущення тощо)?	1	2	3	4
54.	Чи Ви надмірно потіли?	1	2	3	4
55.	Чи були у Вас зміни настрою?	1	2	3	4
56.	Чи у Вас паморочилася голова?	1	2	3	4
57.	Чи у Вас була болючість у роті?	1	2	3	4
58.	Чи було у Вас почервоніння у роті?	1	2	3	4
59.	Чи у Вас були болі в руках або ногах?	1	2	3	4
60.	Чи було у Вас почервоніння на руках або ногах?	1	2	3	4
61.	Чи у Вас було поколювання в пальцях рук або ніг?	1	2	3	4
62.	Чи були у Вас оніміння пальців рук або ніг?	1	2	3	4
63.	Чи були у Вас проблеми з суглобами?	1	2	3	4

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
64. Чи була у Вас скутість суглобів?	1	2	3	4
65. Чи у Вас були болі в суглобах?	1	2	3	4
66. Чи були у Вас болі в кістках?	1	2	3	4
67. Чи були у Вас болі в м'язах?	1	2	3	4
68. Чи Ви набрали вагу?	1	2	3	4
69. Чи було для Вас проблемою збільшення ваги?	1	2	3	4

Протягом останніх чотирьох тижнів:

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
70. Чи відчували Ви сухість піхви?	1	2	3	4
71. Чи був у вас дискомфорт у піхві?	1	2	3	4

Будь ласка, дайте відповідь на наступні два запитання, лише якщо Ви були сексуально активними:

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
72. Чи був у вас біль у піхві під час статевого акту?	1	2	3	4
73. Чи відчували ви сухість піхви під час статевого акту?	1	2	3	4

Протягом минулого тижня:

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
74. Чи Ви залишилися задоволені косметичним результатом операції?	1	2	3	4
75. Чи задоволені Ви виглядом шкіри ураженої молочної залози (грудної області)?	1	2	3	4

ДОДАТОК Е

Опитувальник якості життя пацієнтів з раком простати

Просимо Вас взяти участь у даному соціологічному дослідженні. Нас цікавить інформація, що стосується Вас і Вашого здоров'я. Будь ласка, самостійно дайте відповіді на всі запитання, обвісиви кружечком номер, який найкраще відображає Вашу ситуацію. Немає «правильних» або «неправильних» відповідей. Інформація, яку Ви надаєте, залишиться суворо конфіденційною.

Дослідження проводиться у відповідності до міжнародних стандартів EORTC Quality of Life Group. Отримані результати будуть використані у наукових роботах щодо оптимізації системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Будь ласка, впишіть Ваші ініціали: _____

Ваша дата народження (день, місяць, рік): _____

Сьогоднішня дата (день, місяць, рік): _____

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
1. Чи важко Вам виконувати напружену фізичну роботу, наприклад, нести важку торбу чи валізу?	1	2	3	4
2. Чи важкі для Вас <u>довгі</u> прогулянки пішки?	1	2	3	4
3. Чи важкі для Вас <u>короткі</u> прогулянки надворі?	1	2	3	4
4. Чи доводиться Вам залишатися в ліжку або кріслі протягом дня?	1	2	3	4
5. Чи потребуєте Ви допомоги під час їжі, одягання, миття чи користування туалетом?	1	2	3	4
Протягом минулого тижня:				
	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
6. Чи були Ви обмежені у виконанні своєї роботи або інших повсякденних справ?	1	2	3	4
7. Чи були Ви обмежені у зайняттях своїми хобі чи іншими видами дозвілля?	1	2	3	4
8. Чи була у Вас задишка?	1	2	3	4
9. Чи бували у Вас болі?	1	2	3	4
10. Чи потребували Ви відпочинку?	1	2	3	4
11. Чи бували у Вас проблеми зі сном?	1	2	3	4
12. Чи відчували Ви слабкість?	1	2	3	4
13. Чи бракувало Вам апетиту?	1	2	3	4
14. Чи відчували Ви нудоту?	1	2	3	4
15. Чи бувала у Вас блювота?	1	2	3	4
16. Чи бували у Вас запори?	1	2	3	4
17. Чи бувала у Вас діарея?	1	2	3	4
18. Чи були Ви стомленим?	1	2	3	4
19. Чи заважав Вам біль займатися повсякденними справами?	1	2	3	4

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
20. Чи бувало Вам важко зосередитися на таких речах, як читання газети або перегляд телепередачі?	1	2	3	4
21. Чи відчували Ви себе напружено?	1	2	3	4
22. Чи тривожилися Ви?	1	2	3	4
23. Чи відчували Ви роздратування?	1	2	3	4
24. Чи відчували Ви себе пригніченим?	1	2	3	4
25. Чи було Вам важко запам'ятовувати речі?	1	2	3	4
26. Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому родинному життю?	1	2	3	4
27. Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому спілкуванню з людьми?	1	2	3	4
28. Чи Ваш фізичний стан або лікування спричинили фінансові труднощі?	1	2	3	4

У наступних запитаннях просимо обвести кружечком той номер від 1 до 7, який найкраще відображає Вашу ситуацію.

29. Як би Ви оцінили свій загальний стан здоров'я протягом минулого тижня?
- | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Дуже погано | | | | | | Відмінно |
30. Як би Ви в цілому оцінили якість свого життя протягом минулого тижня?
- | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Дуже погано | | | | | | Відмінно |

Пацієнти іноді розповідають, що вони мають наступні симптоми чи проблеми. Будь ласка, вкажіть, наскільки сильними були ці симптоми або проблеми протягом останніх семи днів.

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
Протягом минулого тижня:				
31. Чи частими були сечовипускання протягом дня?	1	2	3	4
32. Чи частими були сечовипускання вночі?	1	2	3	4
33. Коли Ви відчували потребу сечовипускання, чи доводилося Вам поспішати до туалету?	1	2	3	4
34. Чи було Вам важко виспатися, оскільки вночі доводилося часто вставати з метою сечовипускання?	1	2	3	4
35. Чи бувало Вам складно вийти з дому, оскільки Ви відчували потребу бути поблизу туалету?	1	2	3	4

Протягом останніх 4 тижнів:		Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
36.	Чи траплялося у Вас мимовільне сечовипускання ?	1	2	3	4
37.	Чи відчували Ви біль при сечовипусканні?	1	2	3	4
38.	<i>Відповідайте на це запитання, тільки якщо носите сечоприймач</i> Чи мали Ви проблеми через носіння сечоприймача?	1	2	3	4
39.	Чи обмежували урологічні проблеми Вашу повсякденну діяльність?	1	2	3	4
40.	Чи обмежували проблеми з кишечником Вашу повсякденну діяльність?	1	2	3	4
41.	Чи траплялося у Вас мимовільне випорожнення кишечника?	1	2	3	4
42.	Чи була у Ваших випорожненнях кров?	1	2	3	4
43.	Чи відчували Ви здуття живота?	1	2	3	4
44.	Чи мали Ви приливи жару?	1	2	3	4
45.	Чи були у Вас болючі або збільшені соски чи груди?	1	2	3	4
46.	Чи було у Вас опухання ніг чи щиколоток?	1	2	3	4
47.	Чи була для Вас проблемою втрата ваги?	1	2	3	4
48.	Чи було для Вас проблемою збільшення ваги?	1	2	3	4
49.	Чи відчували Ви себе менш мужнім через Вашу хворобу або лікування?	1	2	3	4
50.	Наскільки Вас цікавив секс?	1	2	3	4
51.	Наскільки Ви були сексуально активними (зі статевим актом або без нього)?	1	2	3	4

Будь ласка, відповідайте на наступні чотири запитання лише якщо Ви були сексуально активними протягом останніх 4 тижнів:

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже	
52.	Наскільки приємним був для Вас секс?	1	2	3	4
53.	Чи були у Вас труднощі з досягненням або підтриманням ерекції?	1	2	3	4
54.	Чи мали Ви проблеми із еякуляцією (наприклад, суха еякуляція)?	1	2	3	4
55.	Чи почувалися Ви незручно з приводу статевої близькості?	1	2	3	4

ДОДАТОК Ж

Опитувальник комунікації пацієнтів з медичним персоналом

Просимо Вас взяти участь у даному соціологічному дослідженні, яке проводиться у відповідності до міжнародних стандартів EORTC Quality of Life Group. Отримані результати будуть використані у наукових роботах щодо оптимізації системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Нас цікавить Ваше спілкування з фахівцем, який Вас лікує. Будь-ласка, відмітьте одного із переліку фахівців:

- лікар(і)
- медсестра(и)
- психолог(и)
- спеціаліст(и) із променевої терапії
- хіміотерапевт(и)
- інше (уточніть, хто саме _____).

Будь-ласка, відмітьте один із періодів, який Ви оцінюєте. Зверніть увагу, відмічати треба тільки один період. Під час:

- постановки діагнозу
- лікування
- після лікування

Будь-ласка, згадайте Ваше спілкування з цим фахівцем під час зазначеного періоду та дайте відповіді на ВСІ запитання самостійно, обвівши кружечком номер, який найкраще підходить. Тут немає «правильних» чи «неправильних» відповідей. Вся інформація, яку Ви надаєте, залишиться суворо конфіденційною.

	Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
1. Чи мали Ви достатньо можливостей спілкуватися із Вашим фахівцем?	1	2	3	4
2. Чи відчували Ви, що могли вільно задавати запитання?	1	2	3	4
3. Чи мали Ви можливість проявляти свої емоції?	1	2	3	4
4. Чи відчували Ви, що Ви та Ваш фахівець маєте спільне розуміння Вашої хвороби та її лікування?	1	2	3	4
5. Чи була взаємна довіра між Вами та Вашим фахівцем?	1	2	3	4
6. Чи достатньо часу Ваш фахівець приділяв спілкуванню з Вами?	1	2	3	4
7. Чи ставився Ваш фахівець до Вас, як до рівного собі?	1	2	3	4
8. Чи Ваш фахівець демонстрував щирість?	1	2	3	4
9. Чи могли Ви легко та відкрито обговорювати зі своїм фахівцем ті проблеми, які Вас турбують?	1	2	3	4
10. Чи Ваш фахівець ставився до Вас із повагою?	1	2	3	4

	Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
11. Чи Ваш фахівець сприймав Ваші проблеми серйозно?	1	2	3	4
12. Чи Ваш фахівець використовував мову, яку Ви розуміли (унікаючи медичної термінології, використовував зрозумілі терміни)?	1	2	3	4
13. Чи Ваш фахівець відповідав на Ваші запитання відкрито?	1	2	3	4
14. Чи Ваш фахівець дивився на Вас під час розмови?	1	2	3	4
15. Чи Ваш фахівець застосовував спокійний голос?	1	2	3	4
16. Чи Ваш фахівець намагався зрозуміти Вашу теперішню ситуацію?	1	2	3	4
17. Чи Ваш фахівець слухав Вас, коли Ви демонстрували свої емоції?	1	2	3	4
18. Чи Ваш фахівець допомагав Вам опанувати Ваші емоції: для прикладу, смуток, гнів, страх, тривогу та інші?	1	2	3	4
19. Чи Ваш фахівець брав до уваги спосіб отримання інформації, якому Ви надаєте перевагу?	1	2	3	4
20. Чи Ваш фахівець переконувався, що Ви розумієте все щодо Вашого захворювання, перед тим як дати Вам будь-яку нову інформацію?	1	2	3	4
21. Чи Ваш фахівець уточнював, чи Ви розумієте інформацію, яку щойно отримали?	1	2	3	4
22. Якщо Ви не розуміли отриманої інформації, чи Ваш фахівець пояснював її знову іншим способом? <i>(якщо такого не було, то можна не давати відповіді на це запитання)</i>	1	2	3	4
23. Чи Ваш фахівець відповідав на складні запитання (наприклад, занепокоєння стосовно Вашого майбутнього) таким чином, що Вас ця відповідь задовільнила?	1	2	3	4
24. Чи Ваш фахівець пояснював Вам цілі лікування (наприклад, контроль симптомів) таким чином, що Ви відчували повноту відповіді?	1	2	3	4
25. Чи була достатньо приватною конфіденційна розмова із Вашим фахівцем?	1	2	3	4
26. Чи були Ви задоволені спілкуванням із Вашим фахівцем?	1	2	3	4

ДОДАТОК И

КАРТА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ

НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Шановний колего! Враховуючи рівень Вашої професійної підготовки, Ви вибрані експертом щодо оцінки надання спеціалізованої онкологічної допомоги. Отримані результати будуть сприяти впровадженню заходів, спрямованих на удосконалення та покращення організації надання онкологічної допомоги. Прохання надати максимально відверті та об'єктивні відповіді на наступні запитання. Дякуємо!

1. Ваша стать: чоловіча жіноча
2. Ваш вік (повних років) _____
3. Ваш стаж роботи за спеціальністю: _____ років
4. Ваша кваліфікаційна категорія _____
5. Заклад, у якому Ви працюєте _____
6. Чи проходили Ви навчання, стажування або працювали у закладах вищої освіти, наукових установах чи медичних закладах поза межами України?
 ні так (країна _____)
7. Скількох пацієнтів Ви лікуєте в середньому за місяць? _____
8. Чи змінилась кількість пацієнтів, яких Ви в середньому лікуєте, із запровадженням воєнного стану в Україні?
 Так, збільшилась
 Так, зменшилась
 Ні, залишилась незмінною
 Не звертав(-ла) уваги
9. Чи змінилась структура/контингент пацієнтів, яких Ви лікуєте, із запровадженням воєнного стану в Україні (можна обрати декілька варіантів відповіді)?
 Ні, не змінилась
 Так, змінилась, а саме:
 Більше пацієнтів із занедбаними стадіями захворювання
 Менше пацієнтів із занедбаними стадіями захворювання
 Більше пацієнтів із (важкими) супутніми захворюваннями
 Менше пацієнтів із (важкими) супутніми захворюваннями
 У структурі пацієнтів стало більше внутрішньо переміщених осіб
 У структурі пацієнтів стало менше внутрішньо переміщених осіб
 У відділенні виділено певну кількість ліжок для надання допомоги військовослужбовцям
 Не звертав(-ла) уваги
10. Чи Ви керуєтесь у своїх клінічній практиці засадами доказової медицини?
 Завжди
 Частіше так, ніж ні
 Частіше ні, ніж так
 Не керуюсь
 Недостатньо знайомий/-а із поняттям доказової медицини
 Керуюсь власним досвідом та знаннями, порадами колег

11. Із якими із нижчеперелічених стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань **Ви ознайомлені?** (можна обрати декілька варіантів відповіді)

- Протоколами надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» (Наказ МОЗ України № 554 від 17.09.2007)
- Адаптованою клінічною настановою, заснованою на доказах «Контроль болю» (рекомендована Наказом МОЗ України № 311 від 25.04.2012)
- Уніфікованим клінічним протоколом паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі (Наказ МОЗ № 311 від 25.04.2012)
- Керівництвами та клінічними рекомендаціями Європейського товариства медичної онкології (European Society for Medical Oncology, ESMO)
- Клінічними керівництвами Національної Загальної Онкологічної Мережі (National Comprehensive Cancer Network, NCCN)
- Керівництвами Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великобританії (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)
- Не ознайомлений/-а із жодним із вищенаведених документів

Ваш варіант _____

12. Якими стандартами діагностики та лікування онкологічних захворювань **Ви керуєтесь у своїй практиці на регулярних засадах** (можна обрати декілька варіантів відповіді)?

- Протоколами надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» (Наказ МОЗ України № 554 від 17.09.2007)
- Адаптованою клінічною настановою, заснованою на доказах «Контроль болю» (рекомендована Наказом МОЗ України № 311 від 25.04.2012)
- Уніфікованим клінічним протоколом паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі (Наказ МОЗ № 311 від 25.04.2012)
- Керівництвами та клінічними рекомендаціями Європейського товариства медичної онкології (European Society for Medical Oncology, ESMO)
- Клінічними керівництвами Національної Загальної Онкологічної Мережі (National Comprehensive Cancer Network, NCCN)
- Керівництвами Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великобританії (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)
- Не користуюсь стандартами у своїй практиці; призначаю лікування на основі свого досвіду та знань у залежності від клінічної ситуації

Ваш варіант _____

13. Якщо Ви керуєтесь у своїй практиці одним чи декількома стандартами діагностики та лікування онкологічних захворювань із перелічених у попередньому запитанні, у якій мірі Ви слідуєте рекомендаціям?

- Повністю дотримуюсь рекомендацій
- Частіше дотримуюсь рекомендацій, ніж не дотримуюсь
- Частіше не дотримуюсь рекомендацій, ніж дотримуюсь

14. Як Ви оцінюєте **чинні** стандарти діагностики та лікування онкологічних захворювань **в Україні?** (можна обрати декілька варіантів відповіді)

- Інформативні та цінні в умовах клінічної практики
- Необхідний інструмент у виборі тактики ведення пацієнта
- Їх використання підвищує якість надання медичної допомоги
- Мають клінічну цінність, проте потребують перегляду та внесення змін
- Не несуть клінічної цінності, застарілі

Не відповідають засадам доказової медицини

Ваш варіант _____

15. Як Ви оцінюєте можливість використання **міжнародних** стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань у Вашій клінічній практиці (можна обрати декілька варіантів відповіді)?

- Цінний інструмент у виборі тактики лікування пацієнта
- Їх використання підвищує якість надання медичної допомоги
- Мають більшу інформативну цінність, аніж прикладну
- Потребують адаптації до можливостей надання онкологічної допомоги в Україні
- Не несуть жодної цінності
- Не бачу можливостей застосування у своїй клінічній практиці
- Не мають юридичної сили

Ваш варіант _____

16. Чи Ви вносите у медичну документацію, у тому числі в електронній системі охорони здоров'я (медичну карту стаціонарного хворого, листок призначень), інформацію про призначене лікування у **повному обсязі**?

- Так, завжди
- Швидше так, ніж ні
- Швидше ні, ніж так
- Ні

17. Чи визначаєте Ви найбільш відповідну тактику лікування пацієнтів за допомогою мультидисциплінарного онкологічного консилиуму лікарів?

- Так, завжди
- Швидше так, ніж ні
- Швидше ні, ніж так
- Ні

18. Чи з'явилися проблеми після запровадження воєнного стану щодо реалізації заключень мультидисциплінарного онкологічного консилиуму лікарів?

- Втрата інформації
- Зміна послідовності в етапах лікування
- Недотримання терміну призначеного лікування
- Зростання самолікування
- Не використовуємо заключення мультидисциплінарного онкологічного консилиуму

Ваш варіант _____

19. Оцініть, наскільки Ви задоволені матеріально-технічним забезпеченням відділення:

- Повністю задоволений/-а
- Задоволений/-а
- Швидше не задоволений/-а, ніж задоволений/-а
- Повністю не задоволений/-а

20. Чи змінилось матеріально-технічне забезпечення відділення із запровадженням воєнного стану в Україні?

- Так, погіршилось
- Так, покращилось
- Ні, залишилось незмінним
- Не звертав(-ла) уваги

21. На Вашу думку наявне матеріально-технічне забезпечення відділення (можна обрати декілька варіантів відповіді):

До воєнного стану	Під час воєнного стану
<input type="checkbox"/> дозволяло надавати якісну медичну допомогу <input type="checkbox"/> полегшувало надання якісної медичної допомоги <input type="checkbox"/> ускладнювало надання якісної медичної допомоги <input type="checkbox"/> було належної якості, проте потребувало доукомплектування <input type="checkbox"/> було застаріле, потребувало заміни <input type="checkbox"/> потребувало закупівлі сучасного медичного обладнання та розхідних матеріалів Інше _____	<input type="checkbox"/> дозволяє надавати якісну медичну допомогу <input type="checkbox"/> полегшує надання якісної медичної допомоги <input type="checkbox"/> ускладнює надання якісної медичної допомоги <input type="checkbox"/> є належної якості, проте потребує доукомплектування <input type="checkbox"/> є застаріле, потребує заміни <input type="checkbox"/> потребує закупівлі сучасного медичного обладнання та розхідних матеріалів Інше _____

22. Чим із нижченаведеного відділення забезпечене у достатній кількості (можна обрати декілька варіантів відповіді)?

До воєнного стану	Під час воєнного стану
<input type="checkbox"/> медикаменти <input type="checkbox"/> розхідні матеріали (шприци, перев'язувальний матеріал, рукавички) <input type="checkbox"/> розхідні матеріали, пов'язані із проведенням оперативного втручання <input type="checkbox"/> нічим із наведеного вище	<input type="checkbox"/> медикаменти <input type="checkbox"/> розхідні матеріали (шприци, перев'язувальний матеріал, рукавички) <input type="checkbox"/> розхідні матеріали, пов'язані із проведенням оперативного втручання <input type="checkbox"/> нічим із наведеного вище

23. Чи доводилось Вам придбати за власний кошт (самостійно чи спільно із колегами) будь-що із нижченаведеного для забезпечення лікування пацієнта (можна обрати декілька варіантів відповіді)?

До воєнного стану	Під час воєнного стану
<input type="checkbox"/> медикаменти <input type="checkbox"/> розхідні матеріали (шприци, перев'язувальний матеріал, рукавички) <input type="checkbox"/> розхідні матеріали, пов'язані з проведенням оперативного втручання <input type="checkbox"/> медичне обладнання <input type="checkbox"/> ніколи не доводилось	<input type="checkbox"/> медикаменти <input type="checkbox"/> розхідні матеріали (шприци, перев'язувальний матеріал, рукавички) <input type="checkbox"/> розхідні матеріали, пов'язані з проведенням оперативного втручання <input type="checkbox"/> медичне обладнання <input type="checkbox"/> ніколи не доводилось

24. Що, на Вашу думку, могло би покращити якість надання медичних послуг у Вашому відділенні? (можна обрати декілька варіантів відповіді)

- організація виїзних майстер-класів провідних спеціалістів галузі
- організація стажувань для лікарів
- інформаційне забезпечення: можливість ознайомлення з національними та міжнародними стандартами діагностики та лікування онкологічних захворювань
- дотримання національних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань
- дотримання міжнародних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань
- значиме підвищення рівня заробітної плати

- закупівля медичного обладнання (для ендоскопічних/малоінвазивних втручань, деструкції з використанням різних видів енергії і т. п.)
- ширша імплементація реконструктивних оперативних втручань
- доукомплектування штату середнім медичним персоналом
- доукомплектування штату лікарями
- облаштування додаткової операційної
- участь персоналу відділення у клінічних дослідженнях (випробуваннях)
- забезпечення відділення достатньою кількістю комп'ютерного обладнання та ведення електронної документації
- запровадження належного соціально-психологічного супроводу онкохворих та членів їх родин
- розробка та запровадження стандартизованої психологічної допомоги на всіх етапах діагностики, лікування та реабілітації онкологічних пацієнтів
- запровадження національної стратегії з контролю за онкологічними захворюваннями
- імплементація мультидисциплінарного командного підходу (створення референс-центрів із можливістю консультування, надання експертних лікарських заключень, методичної допомоги, проведення едукативних заходів для спеціалістів тощо)
- запровадження обов'язкового мультидисциплінарного онкологічного консилиуму лікарів
- впровадження рутинної оцінки якості послуг із діагностики та лікування онкологічних хворих із регулярним аудитом медичних закладів
- запровадження системи збору, аналізу та контролю достовірності та повноти внесення даних у медичну документацію, у тому числі в електронній системі охорони здоров'я
- розширення діагностичних можливостей локальних лабораторій закладів охорони здоров'я (впровадження генетичного тестування, широкого спектру імуногістохімічних досліджень тощо)
- удосконалення та розширення заходів, спрямованих на первинну профілактику та ранню діагностику онкологічних захворювань
- впровадження заходів для покращення і підвищення охоплення інформуванням про чинники ризику, профілактичні медичні огляди, скринінг та ранню діагностику онкологічних захворювань
- використання можливостей інформаційних технологій: ведення блогу закладу (відділення) у соціальних мережах (Facebook, Instagram) із доступним висвітленням як типових, так і нетипових клінічних випадків, маршруту пацієнта, впровадження регулярних онлайн сесій запитань-відповідей («Запитай у лікаря»)
- нічого із вищенаведеного

Якщо у Вас є коментарі до даної тематики, просимо їх вписати:

Дата “___” _____ 202__ р.

Підпис _____

Дякуємо за щирі відповіді!

ДОДАТОК К

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКАКАРТА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ
ДОЦІЛЬНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ
ОПТИМІЗОВАНОЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ
ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Шановний колего! Враховуючи рівень Вашої професійної підготовки та посаду Ви вибрані експертом щодо питання доцільності впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні.

Вам необхідно погодитися чи заперечити варіанти запропонованих відповідей на поставлене запитання (підкресливши/обвівши при цьому “ні – 0” або “так – 1” чи відмітити бал від 1 до 10) або ж вписати свою думку.

Одержаний науковий матеріал є фрагментом виконання ініціативно-пошукової НДР «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я», № державної реєстрації 0120U101680.

ПРОСИМО ВАС ЗАПОВНИТИ КАРТКУ ЕКСПЕРТА

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Стать	чоловік – 1, жінка – 2
Вік, повних років	
Займана посада на даний момент часу	
Місце праці	
Стаж роботи на займаній посаді	до 5 років – 1; від 6 до 10 років – 2; 11-15 років – 3; 16-20 років – 4; 21-25 років – 5; 26 і більше – 6.
Стаж роботи в медицині	до 5 років – 1; від 6 до 10 років – 2; 11-15 років – 3; 16-20 років – 4; 21-25 років – 5; 26 і більше – 6.
Кваліфікаційна категорія за спеціальністю «Організація і управління ОЗ»	без категорії – 1; друга – 2; перша – 3; вища – 4.
Науковий ступінь	доктор наук – 1; кандидат наук – 2.
Вчене звання	професор – 1; доцент – 2.

1. Чи підтримуєте Ви думку щодо потреби запровадження в Україні оптимізованої системи надання онкологічної допомоги? (1 бал – зовсім не підтримую; 10 балів – підтримую повністю)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Наскільки запропонована оптимізована система надання онкологічної допомоги в Україні є пацієнт-орієнтованою? (1 бал – зовсім; 10 балів – максимально пацієнт-орієнтована)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Наскільки запропонована оптимізована система надання онкологічної допомоги в Україні враховує співпрацю первинного, спеціалізованого рівнів охорони здоров'я; кластерного та надкластерного рівнів задля профілактики, раннього виявлення та оптимального лікування злоякісних новоутворів? (1 бал – зовсім; 10 балів – максимально)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Наскільки запропонована оптимізована система надання онкологічної допомоги в Україні враховує складнощі надання медичної допомоги населенню України в умовах надзвичайних ситуацій (пандемія COVID-19, воєнний стан)? (1 бал – зовсім; 10 балів – максимально)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Наскільки запропонована оптимізована система надання онкологічної допомоги в Україні дозволяє сформуванню групи ризику розвитку злоякісних новоутворень та пропонує тактику їх подальшого ведення? (1 бал – зовсім; 10 балів – максимально)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Наскільки доцільним є впровадження наступних стандартів в службі онкологічної допомоги? (1 бал – зовсім не доцільно; 10 балів – максимально доцільно)

1.	Стандарти на ресурси охорони здоров'я	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
2.	Стандарти організації медичних служб і ЗОЗ	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
3.	Стандарти програм медичної допомоги та контролю її якості	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
4.	Медико-економічні стандарти	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
5.	Інформаційні стандарти	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

7. Чи погоджуєтесь Ви з необхідністю запровадження окремого реєстру / розділу в ЕСОЗ щодо інформації про онкологічну допомогу пацієнтам із єдиною інформаційною системою бази онкологічних хворих, яка буде синхронізуватись з Національним канцер-реєстром України?

Ні – 0 Так – 1

Інша думка _____

8. Чи підтримуєте Ви думку щодо створення міжрегіональних онкодиспансерів або об'єднань районних та міських онколікарень з обласними в єдину надкластерну лікарню? (1 бал – зовсім не підтримую; 10 балів – підтримую повністю)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Чи доцільно створювати референс-центри в таких лікарнях, до складу яких будуть входити різнофахові спеціалісти і в складних випадках для постановки діагнозу чи вибору тактики лікування формуватиметься мультидисциплінарний консиліум? (1 бал – зовсім не доцільно; 10 балів – повністю доцільно)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Чи підтримуєте Ви думку щодо заміни традиційних кабінетів лікарів-онкологів у амбулаторно-поліклінічних закладах на денні стаціонари чи кабінети онкологічної допомоги при АПЗ? (1 бал – зовсім не підтримую; 10 балів – підтримую повністю)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. Чи підтримуєте Ви думку відносно важливості ролі лікаря первинної ланки медичної допомоги у визначенні та формуванні груп ризику розвитку онкологічної патології? (1 бал – зовсім не підтримую; 10 балів – підтримую повністю)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. Оцініть важливість шести тематичних напрямків основних завдань оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні: (1 бал – зовсім не важливо; 10 балів – максимально важливо)

1.	Профілактика онкозахворювань	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
2.	Діагностика онкозахворювань на ранніх стадіях	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
3.	Медичні послуги з діагностики та лікування пацієнтів з онкозахворюваннями	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
4.	Медичні послуги з діагностики та лікування злоякісних новоутворень у дітей	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
5.	Якість життя пацієнтів та їх родин	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
6.	Дослідження, інновації та цифровізація	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

13. Які, на Вашу думку, фактори можуть перешкоджати в подальшому впровадженню оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні?

Недосконалість нормативно-правової бази	ні – 0, так – 1
Недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я	ні – 0, так – 1
Воєнний стан	ні – 0, так – 1
Погана поінформованість пацієнтів щодо чинників ризику розвитку злоякісних новоутворів	ні – 0, так – 1
Мала активність керівників охорони здоров'я щодо впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні	ні – 0, так – 1
Інше (прошу вписати)	

14. Що варто очікувати за результатами впровадження оптимізованої системи надання онкологічної допомоги в Україні?

1	Наявність своєчасної та оперативної інформації про кількість хворих на онкопатологію за нозологіями, стадією хвороби, місцем проживання	ні – 0, так – 1
2	Оперативний обмін інформацією поміж медичними установами онкологічного профілю	ні – 0, так – 1
3	Можливості прогнозування необхідного обсягу онкологічної допомоги за регіонами	ні – 0, так – 1
4	Збільшення частоти виявлення раку на ранніх стадіях	ні – 0, так – 1
5	Підвищення рівня загальної виживаності у дорослих та дітей з онкозахворюваннями	ні – 0, так – 1

6	Підвищення якості життя пацієнтів з онкопатологією	ні – 0, так – 1
7	Підвищення доступності онкологічної допомоги для пацієнтів	ні – 0, так – 1
8	Покращення системи управління онкологічними закладами	ні – 0, так – 1
9	Підвищення спроможності онкологічних закладів надавати медичну допомогу	ні – 0, так – 1
10	Раціональне використання коштів	ні – 0, так – 1
11	Можливість практичного використання сучасних діагностичних та лікувальних методів	ні – 0, так – 1
	Інше (прошу вписати) _____	

15. Чи погоджуєтесь Ви з тим, що запропонована оптимізована система надання онкологічної допомоги в Україні покращить:

1.	Показники медичної ефективності	ні – 0, так – 1
2.	Критерії соціальної ефективності	ні – 0, так – 1
3.	Індекс економічної ефективності	ні – 0, так – 1
4.	Інше (прошу вписати) _____	

16. Яким чином зміняться показники при запровадженні даної системи в практичну охорону здоров'я за інших незмінних умов? (сильно зменшиться – 1, незначно зменшиться – 2, без змін – 3, незначно збільшиться – 4, сильно збільшиться – 5)

Назва показника	Імовірні зміни показника		
	через 5 років	через 10 років	через 15 років
Доступність онкологічної допомоги для пацієнтів			
Рівень первинної та загальної онкозахворюваності			
Рівень госпіталізації онкологічних хворих			
Вживаність онкологічних хворих			
Якість життя пацієнтів з онкопатологією			
Рівень використання сучасних діагностичних та лікувальних методів			
Укомплектованість онкологічних ЗОЗ			
Ефективність використання матеріально-технічної бази			
Взаємодія лікувальних, діагностичних та допоміжних підрозділів закладів охорони здоров'я			
Інше (прошу вписати)			

Дата _____ 2023 р.

Підпис _____

ДЯКУЄМО ЗА ЩІРІ ВІДПОВІДІ!

ДОДАТОК Л

ЗН, оцінені за абсолютною кількістю втрачених років життя (YLL) серед обох статей за період з 2007 по 2017 рік* [224]

Рангове місце		Нозологічна одиниця	Зміни абсолютного показника YLL, % (95% ІН)	Зміни рівня YLL, стандартизованого за віком, % (95% ІН)
2007	2017			
1	1	Рак трахеї, бронхів та легень	24,8 (21,7 - 27,6)	-4,1 (-6,5 - -2,0)
2	3	Рак шлунку	4,8 (2,4 - 7,4)	-18,6 (-20,5 - -16,6)
3	2	Рак печінки	21,2 (17,0 - 27,4)	-4,6 (-8,0 - 0,1)
4	4	Колоректальний рак	23,8 (19,2 - 27,6)	-4,5 (-8,0 - -1,7)
5	5	Рак грудної залози	23,9 (17,3 - 28,7)	-1,7 (-6,8 - 2,1)
6	6	Рак стравоходу	8,9 (5,8 - 12,2)	-16,2 (-18,6 - -13,7)
7	8	Рак головного мозку та ЦНС	18,4 (11,9 - 24,6)	0 (-5,6 - 5,3)
8	9	Рак шийки матки	15,1 (9,4 - 19,1)	-7,2 (-11,8 - -3,9)
9	7	Рак підшлункової залози	35,8 (32,5 - 38,6)	4,0 (1,5 - 6,1)
10	10	Неходжкінські лімфоми	22,1 (15,6 - 26,9)	0,2 (-5,2 - 4,3)
11	13	Інші лейкемії	-8,1 (-14,6 - -1,8)	-20,8 (-26,5 - -15,4)
12	11	Рак простати	28,3 (24,9 - 34,5)	-3,6 (-6,2 - 1,2)
13	12	Рак губи та ротової порожнини	30,5 (23,8 - 36,4)	3,0 (-2,3 - 7,6)
14	14	Рак яєчників	29,1 (24,8 - 33,1)	1,1 (-2,2 - 4,2)
15	15	Рак жовчного міхура та жовчевивідних шляхів	21,8 (17,8 - 26,3)	-6,8 (-9,9 - -3,5)
16	18	Гостра мієлоїдна лейкемія	16,2 (4,4 - 24,6)	-1,4 (-11,3 - 5,8)
17	16	Рак сечового міхура	22,6 (19,9 - 25,3)	-6,9 (-8,9 - -4,8)
18	19	Рак гортані	17,3 (13,9 - 20,9)	-9,1 (-11,7 - -6,4)
19	20	Рак нирки	23,1 (18,5 - 27,3)	-3,3 (-6,9 - 0)
20	21	Гостра лімфоїдна лейкемія	5,3 (-8,6 - 15,4)	-4,7 (-17,6 - 4,7)
21	17	Інший рак глотки	36,0 (25,4 - 44,2)	6,5 (-1,7 - 12,8)
22	23	Рак носоглотки	18,3 (13,9 - 23,1)	-5,0 (-8,5 - -1,3)
23	22	Множинна мієлома	30,4 (25,6 - 34,4)	0,3 (-3,3 - 3,4)
24	24	Рак матки	14,8 (11,6 - 19,0)	-11,2 (-13,7 - -8,0)
25	26	Лімфома Ходжкіна	-5,2 (-8,6 - -1,8)	-17,1 (-20,1 - -13,9)

Рангове місце		Нозологічна одиниця	Зміни абсолютного показника YLL, % (95% ІН)	Зміни рівня YLL, стандартизованого за віком, % (95% ІН)
2007	2017			
26	25	Меланома шкіри	16,1 (12,7 - 20,0)	-7,2 (-9,8 - -3,8)
27	27	Немеланомний рак шкіри	30,0 (26,2 - 32,7)	0,5 (-2,3 - 2,6)
28	28	Рак щитоподібної залози	22,1 (16,7 - 28,0)	-2,3 (-6,6 - 2,4)
29	30	Хронічна мієлоїдна лейкемія	-1,7 (-5,2 - 1,5)	-19,7 (-22,4 - -17,1)
30	29	Мезотеліома	21,0 (13,8 - 27,3)	-5,4 (-10,8 - -0,8)
31	31	Хронічна лімфоїдна лейкемія	18,3 (14,2 - 22,4)	-9,2 (-12,3 - -6,1)
32	32	Рак яєчка	0,9 (-3,3 - 6,3)	-10,8 (-14,5 - -6,1)

Примітки. ІН – інтервал невизначеності (Uncertainty interval, UI)

Сірим кольором позначено нозологічні одиниці, рангове місце яких у 2017 р. у порівнянні із 2007 р. залишилось незмінним, зеленим – рангове місце нижче, оранжевим – рангове місце вище

*За виключенням іншого раку

ДОДАТОК М

Загальні витрати на ЗН (у млн. євро) у Європі у 2018 році, за країною та компонентом [265]

Країна	Прямі витрати			Витрати на неформальну опіку	Непрямі витрати		Загальні витрати
	Витрати на лікування ЗН	Частка у загальних витратах на ОЗ	Протипухлинні препарати*		Втрата продуктивності, спричинена передчасною смертністю	Втрата продуктивності, спричинена захворюваністю	
Австрія	2,553	6.4%**	952	398	1,080	281	4,312
Бельгія	3,240	6.9%**	1,024	693	1,406	1,244	6,583
Болгарія	320	7.1%**	216	43	174	49	587
Великобританія	11,691	5.0%	3,249	3,213	6,633	1,465	23,002
Греція	942	6.5%	44	314	607	159	2,022
Данія	1,499	4.8%	513	764	946	726	3,934
Естонія	96	5.8%	5	24	61	75	255
Ірландія	1,139	5.0%**	308	180	526	113	1,957
Ісландія	69	3.8%	21	20	44	40	173
Іспанія	5,245	4.9%	2,841	2,529	3,440	950	12,164
Італія	10,374	6.7%	4,517	5,165	4,924	284	20,748
Кіпр	90	6.3%	-	24	40	9	163
Латвія	111	6.4%**	26	33	92	39	274
Литва	196	6.4%**	55	34	113	82	426

Країна	Прямі витрати			Витрати на неформальну опіку	Непрямі витрати		Загальні витрати
	Витрати на лікування ЗН	Частка у загальних витратах на ОЗ	Протипухлинні препарати*		Втрата продуктивності, спричинена передчасною смертністю	Втрата продуктивності, спричинена захворюваністю	
Люксембург	221	6.9%**	7	33	90	37	380
Мальта	74	6.5%**	-	12	26	2	114
Нідерланди	5,309	6.9%	1,072	982	2,485	1,387	10,163
Німеччина	25,537	6.8%	7,584	5,141	11,516	4,370	46,564
Норвегія	1,575	4.2%	366	362	609	666	3,212
Польща	2,185	7.0%	583	582	1,775	784	5,327
Португалія	991	5.4%	404	371	655	192	2,208
Румунія	712	7.1%**	351	159	598	160	1,629
Словаччина	428	7.1%**	166	72	257	173	930
Словенія	234	6.4%	105	77	166	139	616
Угорщина	618	7.1%	388	167	497	91	1,372
Фінляндія	844	4.0%	331	337	559	154	1,895
Франція	18,707	7.1%	5,184	3,288	7,116	4,542	33,652
Хорватія	249	6.8%**	149	94	200	427	969
Чехія	1,084	7.0%	174	192	436	341	2,053
Швейцарія	4,366	6.0%	801	597	1,716	477	7,157

Країна	Прямі витрати			Витрати на неформальну опіку	Непрямі витрати		Загальні витрати
	Витрати на лікування ЗН	Частка у загальних витратах на ОЗ	Протипухлинні препарати*		Втрата продуктивності, спричинена передчасною смертністю	Втрата продуктивності, спричинена захворюваністю	
Швеція	1,907	3.7%	572	491	830	960	4,189
Європа	102,607	6.2%	32,008	26,389	49,615	20,418	199,029

Примітки. Підсумкові значення по Європі та витрати не відповідають сумам витрат у зв'язку із заокругленням показників. Корекція з огляду на різницю цін не виконувалась. Витрати на протипухлинні препарати не враховують можливі знижки, дані про які є конфіденційними. Дані про протипухлинні препарати для Кіпру та Мальти отримати не вдалося, а для Естонії, Греції та Люксембургу вони включають лише роздрібні продажі, але не продажі в лікарнях

*Витрати на протипухлинні препарати – це частина витрат ОЗ на лікування ЗН

**Розрахункова частка на основі даних аналогічних країн [201]

ДОДАТОК Н

Порівняння українських та австралійських ДСГ за напрямком «Онкологія»

Австралія		Україна			Вартість за пакетом
ДСГ, назва	Коефіцієнт	ДСГ, назва	Коефіцієнт	Вартість за ДСГ	
<i>Хірургічні ДСГ</i>					
R05 Аллогенна трансплантація кісткового мозку	18,29	відсутня	-	-	-
R05A вік <=16 років або Висока складність	22,60	відсутня	-	-	-
R05 B вік >=17 років та Низька складність	13,99	відсутня	-	-	-
R06 Аутологічна трансплантація кісткового мозку	7,57	відсутня	-	-	-
R06 A Висока складність	9,66	відсутня	-	-	-
R06 B Низька складність	5,49	відсутня	-	-	-
R01 Лімфома та лейкоїмія із значними загальними втручаннями	6,89	R01 Лімфома та лейкоїмія із значними загальними втручаннями	3,479	26 113	Хірургічні ДСГ
R01A – складність висока	9,17	відсутня	-	-	
R01B – складність помірна	4,61	відсутня	-	-	
R02 Інші неопластичні захворювання із значними загальними втручаннями	4,23	R02 Інші неопластичні захворювання із значними загальними втручаннями	1,778	13 346	Хірургічні ДСГ
R02A – складність висока	6,87	відсутня	-	-	
R02B – складність помірна	4,0	відсутня	-	-	
R02C – складність низька	1,83	відсутня	-	-	

R03 Лімфома та лейкоїмія з іншими загальними втручаннями	6,55	R03 Лімфома та лейкоїмія з іншими загальними втручаннями	3,258	24 455	Хірургічні ДСГ
R03A – складність висока	12,66	відсутня			
R03B – складність помірна	5,03	відсутня			
R03C – складність низька	1,94	відсутня			
R04 Інші неопластичні захворювання з іншими загальними втручаннями	2,76	R04 Інші неопластичні захворювання з іншими загальними втручаннями	0,837	6 283	Хірургічні ДСГ
R04A – складність висока	3,85	відсутня			
R04B – складність помірна	1,67	відсутня			
Терапевтичні ДСГ					
R60 Гостра лейкоїмія	4,21	R60 Гостра лейкоїмія	2,69	20 191	74429 гривень
R60A – складність висока	8,42	відсутня			Коеф. 3,008
R60B – складність помірна	2,68	відсутня			– для дітей;
R60C – складність помірна	1,52	відсутня			Коеф. 0,824 – для дорослих
R61 Лімфома і хронічна лейкоїмія	1,85	R61 Лімфома і хронічна лейкоїмія	1,185	8 895	74429 гривень
R61A – складність висока	3,17	відсутня			Коеф. 3,008
R61B – складність помірна	1,61	відсутня			– для дітей;
R61C – складність помірна	0,78	відсутня			Коеф. 0,824 – для дорослих
R62 Інші неопластичні захворювання	1,69	R62 Інші неопластичні захворювання	1,083	8 129	36807 гривень
R62A – складність висока	3,04				Коеф. 3,55 – для дітей;

R62B – складність помірна	1,35				Коеф. 0,97
R62C – складність помірна	0,69				– для дорослих
R63 Хіміотерапія	0,33	R63 Хіміостаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,21	1 576	36807 гривень Коеф. 3,55 – для дітей; Коеф. 0,97 – для дорослих