

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

ЗУБ ВАЛЕРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ



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

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

Реферат дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук
в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина
(наукова спеціальність 14.02.03 Соціальна медицина)

Робота виконана в Національному університеті охорони здоров'я України імені
П. Л. Шупика, МОЗ України

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **СЛАБКИЙ Геннадій Олексійович**, завідувач
кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет», МОН
України;

доктор медичних наук, професор **ГРУЗЄВА Тетяна Степанівна**, завідувачка
кафедри громадського здоров'я Національного медичного університету імені
О. О. Богомольця;

доктор медичних наук, професор **ГОЛОВАНОВА Ірина Анатоліївна**, завідувачка
кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського
державного медичного університету.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

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

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

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

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. 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. 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.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У першому розділі «Існуюча система надання онкологічної допомоги населенню в Україні та в світі» проведено аналітичний огляд зарубіжних та вітчизняних джерел наукової літератури з питань організації надання онкологічної допомоги в Україні та світі. Встановлено, 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. 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. Інформація про хворих на ЗН на території України відображається у Національному канцер-реєстрі. Онкологічна допомога пацієнтам надається у рамках Програми медичних гарантій Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Однак з огляду на те, що фінансування державних програм спрямоване переважно на закупівлю лікарських засобів, обладнання та витратних матеріалів, значна кількість їх завдань, зокрема пов'язаних з первинною та вторинною профілактикою ЗН, науковим забезпеченням онкологічної допомоги, її інформаційно-аналітичним забезпеченням, соціальною, трудовою та психологічною реабілітацією хворих на рак та осіб, які отримали інвалідність внаслідок онкологічних захворювань, та інші важливі заходи так і не були реалізовані належним чином. Водночас 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. Таким чином, що обрана проблематика залишається актуальною для України, що і визначило доцільність проведення подальших наукових досліджень у даному напрямку.

У другому розділі «Програма, матеріали та методи 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. 1).

На першому етапі було проведено теоретичний аналіз організації надання онкологічної допомоги в Україні та світі. Проаналізовано 284 наукових джерела (175 кирилицею та 109 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.

На третьому етапі проводилось дослідження онкоепідеміологічної ситуації в Україні впродовж десятирічного періоду: з 2010 до 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.

П'ять анкетувань було проведено з використанням опитувальників, які були розроблені Європейською організацією дослідження та лікування раку – European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

I етап	Вивчення вітчизняного та міжнародного досвіду щодо організації надання онкологічної допомоги в Україні та світі (використано джерел – 232, з них латиною – 98)	
II етап	Вибір напрямків дослідження, формування мети та основних завдань, обґрунтування методів та обсягу досліджень	9 етапів 9 методів
III етап	Аналіз онкоепідеміологічної ситуації в Україні у доповідний період дані Національного канцер-реєстру України Десятирічний період дослідження (2010-2019 рр.)	
IV етап	Оцінка якості життя пацієнтів з найпоширенішими формами злоякісних новоутворень опитувальник Європейської організації дослідження та лікування раку EORTC якість життя пацієнтів з раком легень (n=41) якість життя пацієнтів з раком шлунку (n=40) якість життя пацієнок з раком молочної залози (n=400) якість життя пацієнтів з раком простати (n=408) оцінка комунікації онкологічно хворих пацієнтів з лікарями-онкологами (n=419)	
V етап	Стан діяльності онкологічної служби в Україні, в тому числі під час пандемії COVID-19 Результативність регіональних програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями Забезпеченість закладів охорони здоров'я апаратурою променевої діагностики Стратегія розвитку онкологічної служби України, розроблені в період пандемії COVID-19	Стан надання онкологічної допомоги населенню України в умовах воєнного стану січень - травень 2022 року Динаміка кількості пацієнтів з онкологічними захворюваннями, які отримали медичну допомогу в межах ПМГ Динаміка кількості пацієнтів з раком простати (n=408) якість життя пацієнтів з раком простати (n=408) оцінка комунікації онкологічно хворих пацієнтів з лікарями-онкологами (n=419)
VI етап	Опитування лікарів-онкологів щодо особливостей організації та надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах воєнного стану експертне опитування 111 лікарів-онкологів вищої (n=82) та першої (n=29) кваліфікаційної категорії Використання сучасних стандартів лікування онкологічних захворювань в Україні Оцінка спеціалістів щодо оцінки цінних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань в Україні	Рівень госпіталізації та ліжковий фонд провайдерів послуг з лікування онкологічних захворювань у розрізі областей Оцінка спеціалістами використання міжнародних стандартів діагностики та лікування онкологічних захворювань
VII етап	Зміни кількості онкологічних пацієнтів у розрізі областей Зміни у структурі / контингенті онкологічних пацієнтів Заходи щодо покращення якості надання медичних послуг	Зміни матеріально-технічного забезпечення відділень ЗОЗ
VIII етап	Оцінка надання медичної допомоги у рамках Програми медичних гарантій Національної служби здоров'я за напрямком «Онкологія» Хімотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах Аналіз критеріїв для входження ЕМЗ в пакет з точки зору австралійських стандартів кодування та клінічних підходів Відповідність тарифу наданням медичним послугам	Радіологічне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах
IX етап	накластерний онкологічний центр для надання допомоги дорослому населенню діагностика онкозахворювань на ранніх стадіях профілактика онкозахворювань	Оптимізована система надання онкологічної допомоги населенню України та її експертна оцінка (n=35) Стандартизація нормативно-правових та технічних документів Мережа закладів та кадрів міжрегіональні онкологічні центри для надання допомоги дитячому населенню Основні напрямки роботи референс-центр у кожному закладі якість життя пацієнтів та їх родин дослідження, інновації та цифровізація

Рис. 1. Програмно-цільова структура дослідження

Ці опитувальники 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).

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. 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.

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. Обчислення результатів здійснено згідно з уніфікованими шкалами чи окремих показників.

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 пацієнток з раком молочної залози. До опитування було залучено 400 жінок. Середній вік пацієнток, 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, подовжити 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.

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.

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.

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.

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 інтерполювати отримані дані на загальну когорту 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», 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.

У *третьому розділі «Аналіз онкоепідеміологічної ситуації в Україні у доковідний період (2010–2019 роки)»* проводили оцінку рівня захворюваності та смертності з причини онкопатології.

Дослідженням встановлено, що протягом аналізованого періоду 2010–2019 рр. рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні зростає. Так, за аналізований 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. 2).

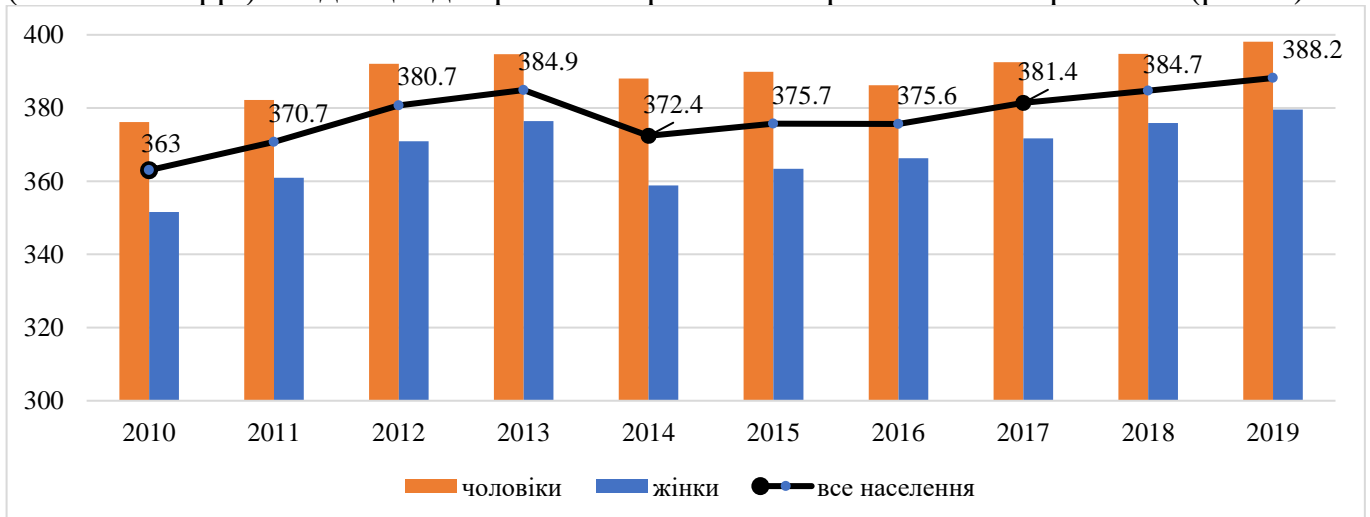


Рис. 2. Рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні протягом 2010-2019 рр., показник на 100 тис. населення

Гендерний розподіл захворюваності продемонстрував, що захворюваність на злоякісні новоутворення серед чоловічого населення є вищою, ніж серед жіночого.

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, ЗН шлунка, ЗН трахеї, бронхів, легені, ЗН глотки та ЗН печінки.

Про важливе значення профілактичних оглядів у ранній діагностиці онкологічної патології свідчить той факт, що кожний четвертий випадок (22,4–26,9 %) захворювання на злоякісне новоутворення було діагностовано під час профілактичного огляду. Простежуються чіткі гендерні відмінності: на профілактичних 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 %. Простежується тенденція до скорочення частки хворих на злоякісні новоутворення, які виявляють на профілактичних оглядах.

Найвищі показники захворюваності зафіксовано серед чоловічого та жіночого населення віком 70-79 років, а найвищі показники смертності – серед людей старшого віку 75-84 роки. 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.

Дослідження нозологічних форм онкопатології дозволило нам виокремити три основних нозологічних форми 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 %).

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.

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

Більшість (68,2–69,8 %) хворих на ЗН охоплено спеціальним лікуванням

(хірургічним, комбінованим або комплексним). Проте залишаються нозологічні форми (ЗН стравоходу, ЗН шлунка, ЗН трахеї, бронхів, легень, ЗН підшлункової залози, ЗН печінки), за наявності яких спостерігається низький відсоток охоплення хворих спеціальним протипухлинним лікуванням 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).

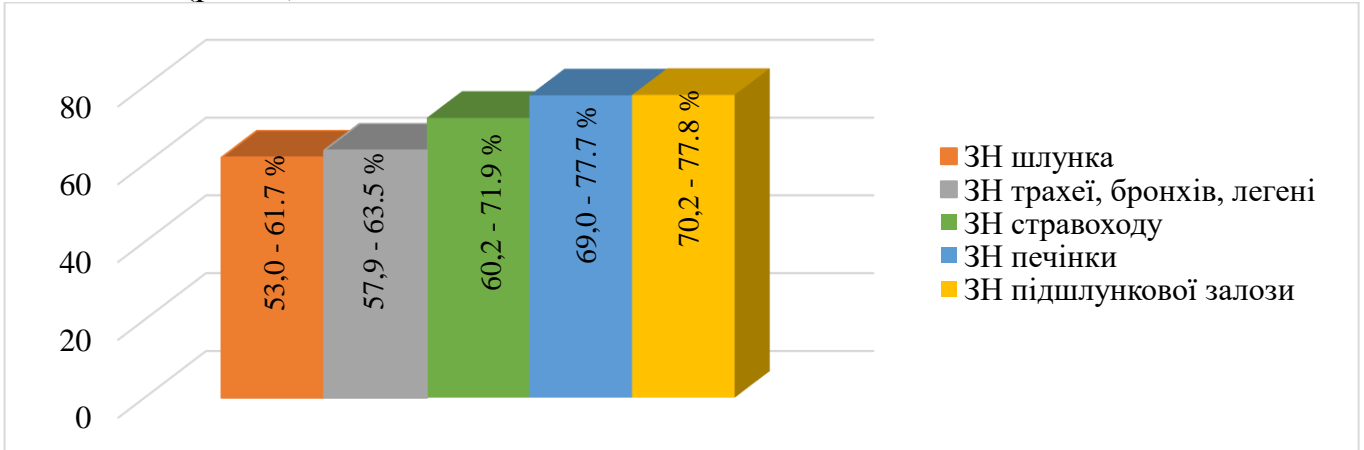


Рис. 3. Розподіл показника летальності до року у нозологіях із найнижчим відсотком охоплення хворих спеціальним лікуванням

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.).

Аналіз нозологічних форм дозволив нам виділити три найпоширеніших нозології в структурі смертності жіночого та чоловічого населення України, спричиненої ЗН. 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 році 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 зросла з 7,2 % до 9,7 %.

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. 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.

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.

У четвертому розділі «Оцінка якості життя пацієнтів з найпоширенішими формами злоякісних новоутворень» 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).

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. 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. 1), а середній бал становить $2,09 \pm 0,91$. 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 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

За шкалою симптомів QLQ-C30 найвищий бал серед скарг пацієнтів з РЛ припадає на фінансові труднощі (50,16), друге місце за скаргами займає втома з показником в 50,15 балів за 100-бальною шкалою. 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.

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.

Показник якості життя у пацієнтів з раком шлунку склав 51,80 балів за 100-бальною шкалою. 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, а середній бал становить $2,21 \pm 0,87$ (рис. 4).

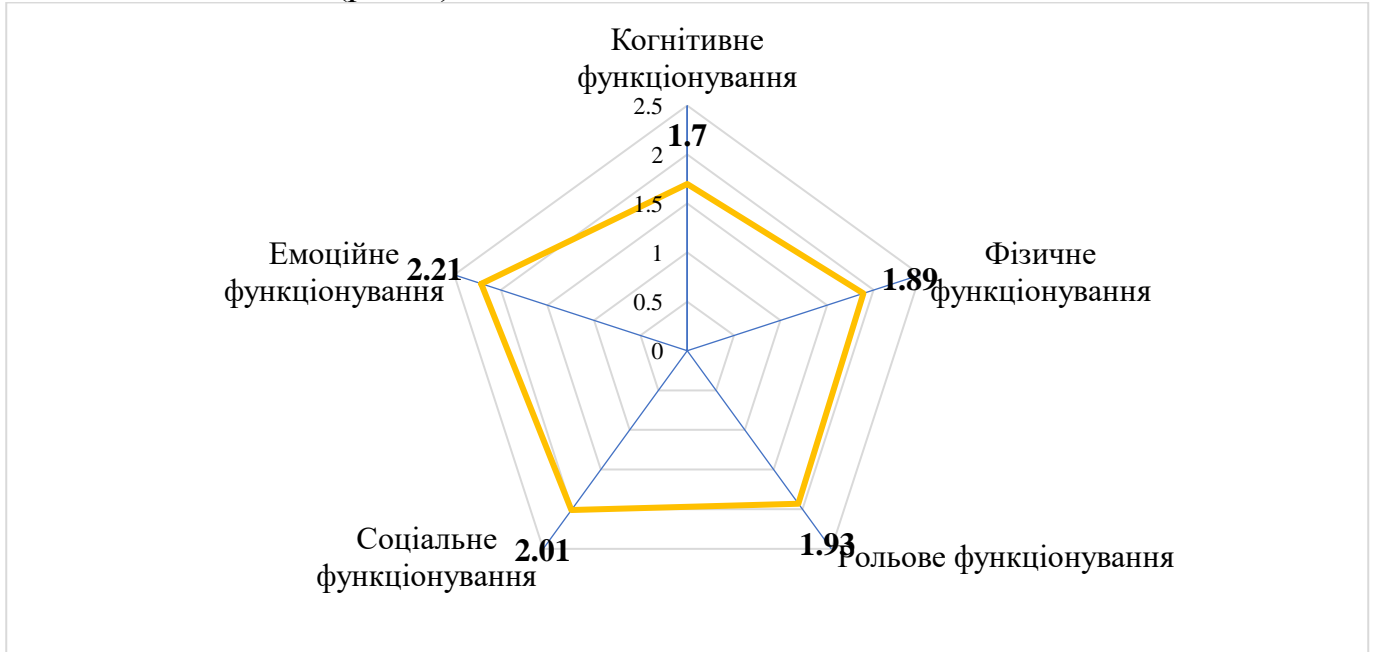


Рис. 4. Середній бал показників функціональної шкали QLQ-C30 у пацієнтів з раком шлунку

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. 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.

Згідно шкали симптомів QLQ-STO22 у дослідженні пацієнтів з РШ найвищі показники припали на тривожність (59,07 балів) та втрату волосся (56,97 балів). До субшкали тривожності входять запитання щодо хвилювання за майбутній стан

здоров'я, занепокоєння надто малою вагою тіла, роздуми пацієнта про хворобу. 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.

У пацієнок з раком молочної залози показник якості життя склав 53,22 бали за 100-бальною шкалою. Найбільш виражений вплив раку молочної залози на якість життя пацієнок спостерігали у психоемоційній сфері (71,26 балів), рольовому функціонуванні (70,48 балів), погляді на майбутні перспективи (30,95 балів).

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 5, найбільше турбували пацієнок саме фінансові труднощі, що виразилося у 44,19 балів за 100-бальною шкалою, середній бал склав $2,33 \pm 1,02$.

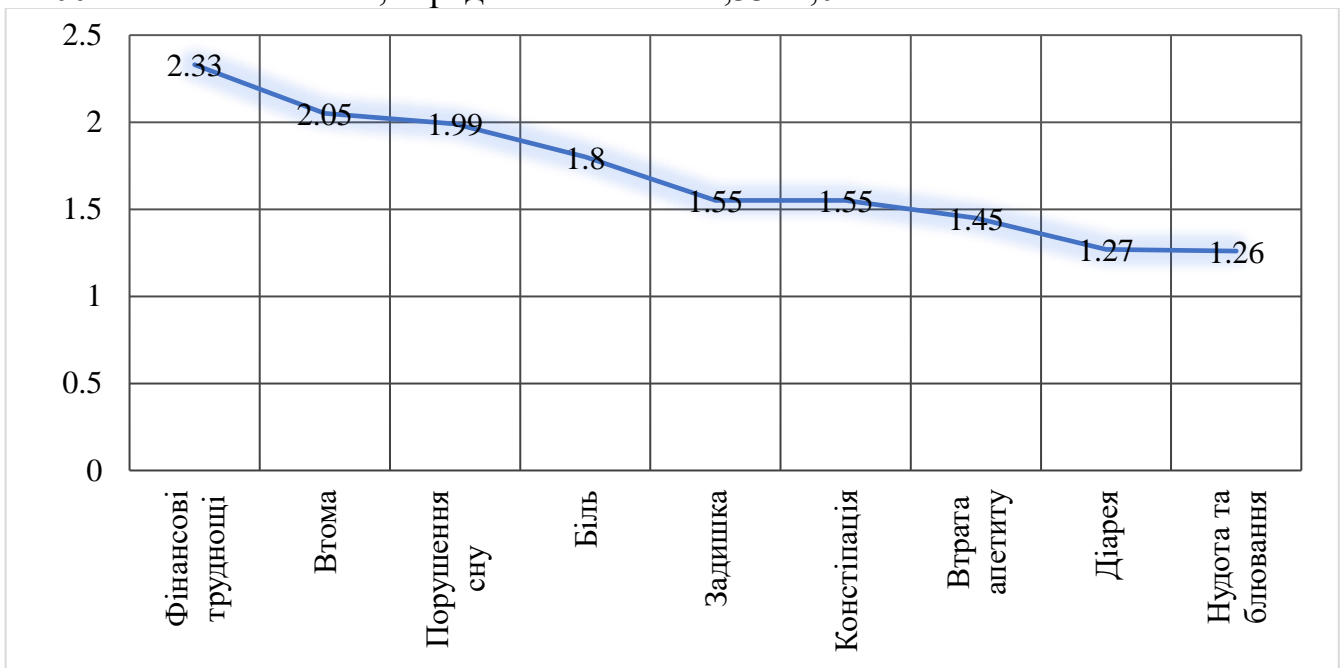


Рис. 5. Середній бал показників шкали симптомів QLQ-C30

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 якості життя у пацієнтів з раком простати склав 52,31 бали за 100-бальною шкалою. У пацієнтів найбільш вражливими є пункти «Рольове функціонування» (65,44 балів), «Емоційне функціонування» (69,70 балів).

Найгірші результати припали на пункт шкали симптомів QLQ-C30 «Втома», середній бал складає $2,46 \pm 0,87$ (рис. 6).

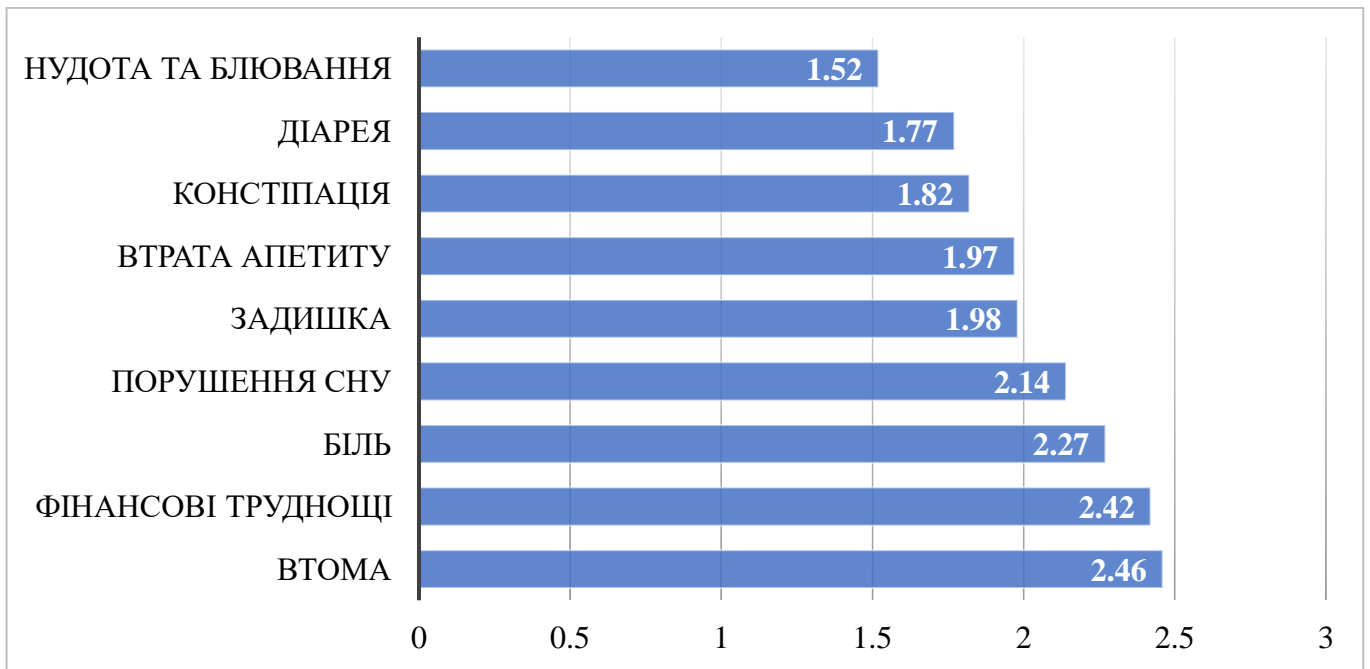


Рис. 6. Середній бал показників за шкалою симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з раком простати

Бал за 100-бальною шкалою за цим пунктом дорівнює 48,58. 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 частої втоми пацієнта.

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.

При оцінці комунікації онкологічно хворих пацієнтів з лікарями-онкологами згідно з даними опитувальника «QLQ-COMU26» в українських пацієнтів з онкологічними захворюваннями найнижчі 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).

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.

П'ятий розділ «Стан діяльності онкологічної служби в Україні, в тому числі під час пандемії COVID-19» включав три важливих напрямки роботи, одним з яких був аналіз діючих регіональних програм щодо профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями за останні 20 років, у тому числі під час пандемії COVID-19. Встановлено, що 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. 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.

За результатами дослідження рівня забезпечення апаратурою променевої діагностики у закладах, які надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями 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. 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. 7).

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).

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 внутрішньопорожнинної гаматерапії – 1,71 на 1 територіальну одиницю України.

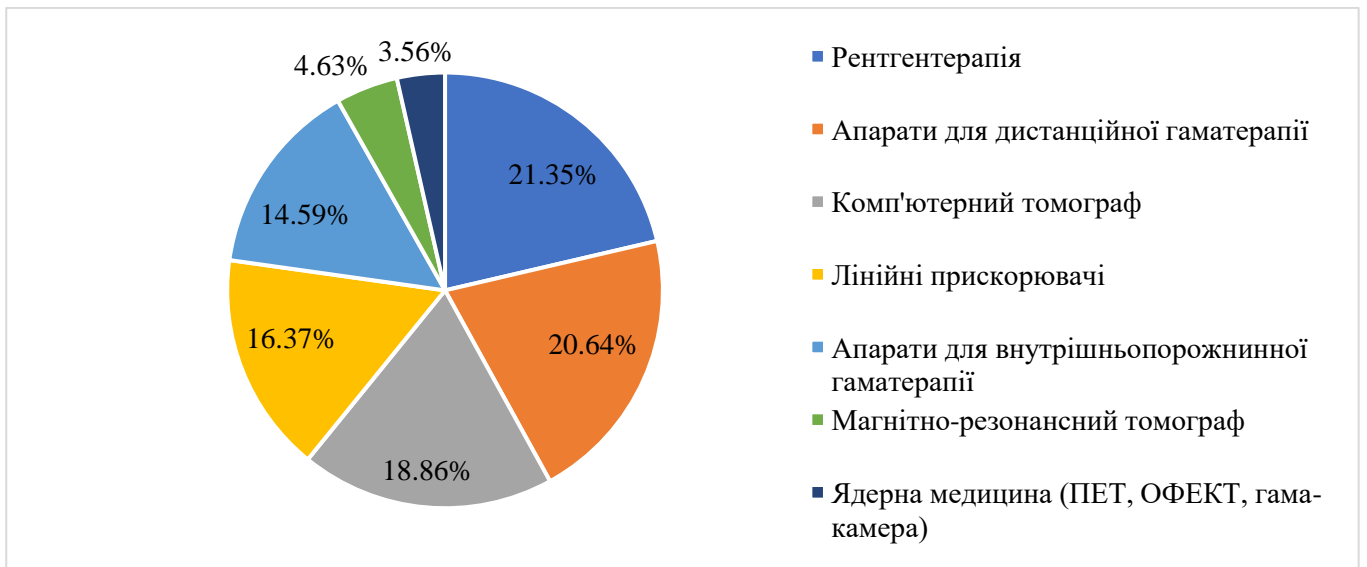


Рис. 7. Структура апаратів служби променевої діагностики у ЗОЗ онкологічного профілю (станом на 31.12.2021 р.)

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 Запорізької області (апарат РУМ-7 (Мосрентген)), найменший – 1 рік у Білоцерківському обласному онкологічному диспансері Київської області (апарат ТЕРАД 200 (НВПУП "АДАНИ")) (табл. 2).

Таблиця 2

Середній термін експлуатації апаратів служби променевої діагностики у ЗОЗ онкологічного профілю

Апарати	К-сть апаратів	М \pm m, років
Рентгентерапія	60	$37,38 \pm 1,80$
Апарати для дистанційної гаматерапії	58	$25,86 \pm 1,46$
Апарати для внутрішньопорожнинної гаматерапії	41	$20,61 \pm 1,80$
Комп'ютерний томограф	53	$8,45 \pm 0,71$
Магнітно-резонансний томограф	13	$8,00 \pm 1,74$
Лінійні прискорювачі	46	$4,65 \pm 0,73$
Ядерна медицина (ПЕТ, ОФЕКТ, гама-камера)	10	$4,20 \pm 1,92$

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.

Середній термін експлуатації апаратів для внутрішньопорожнинної гаматерапії становив $20,61 \pm 1,80$ 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. Комп'ютерні томографи посідають друге місце серед числа працюючих: 86,79% працюють і 13,21% не працюють; на третьому місці був МРТ: 84,62% працюючих апаратів та 15,38% - непрацюючих. Серед апаратів для дистанційної гаматерапії кожний п'ятий (20,69%, n=12) не працював. Також 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 – поламані); 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.

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).

Аналіз стратегій розвитку онкологічної служби в регіонах України, які були розроблені в період пандемії COVID-19, 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.

У шостому розділі «Стан надання онкологічної допомоги населенню України в умовах воєнного стану» представлено дані роботи онкологічної служби після повномасштабного вторгнення. Встановлено що у березні 2022 р. кількість пацієнтів, які отримали спеціалізовану медичну допомогу в умовах стаціонару за трьома пакетами онкологічного напрямку, 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 (табл. 3).

Таблиця 3

**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 скоротилась на 17,45%, а 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 (програма медичних гарантій) є нижчими показників лютого 2022 р. (до початку повномасштабного російського вторгнення).

Кількість послуг з раннього виявлення онкологічних захворювань 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.

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. 8).

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).

➤ 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.

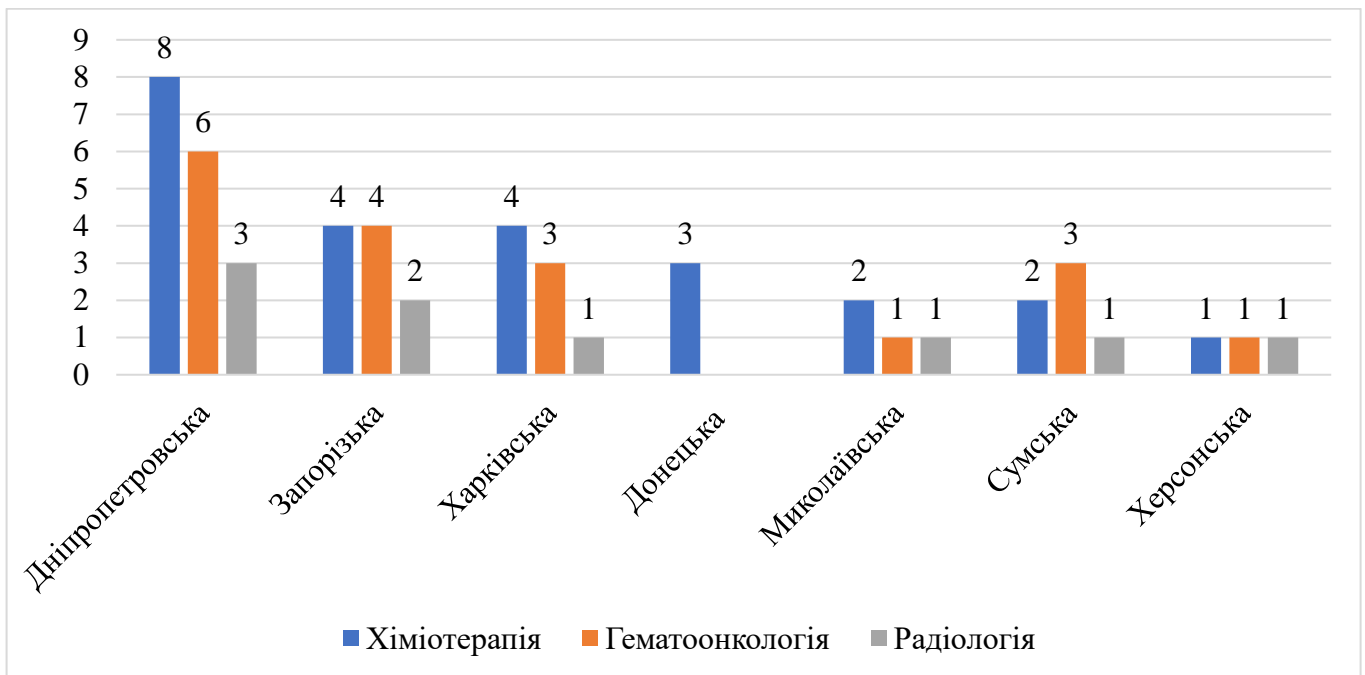


Рис. 8. Кількість закладів на території воєнних (бойових) дій, або які перебувають у тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), що законтрактовані з НСЗУ за онкологічними пакетами (станом на 01.06.2022 р.)

➤ 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. Завдяки запровадженим змінам надавачі медичних послуг максимально швидко отримують кошти на рахунки, а навантаження, пов'язане із звітуванням, зменшилося.

➤ 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.

– 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.

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 знаходилось 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. 9).

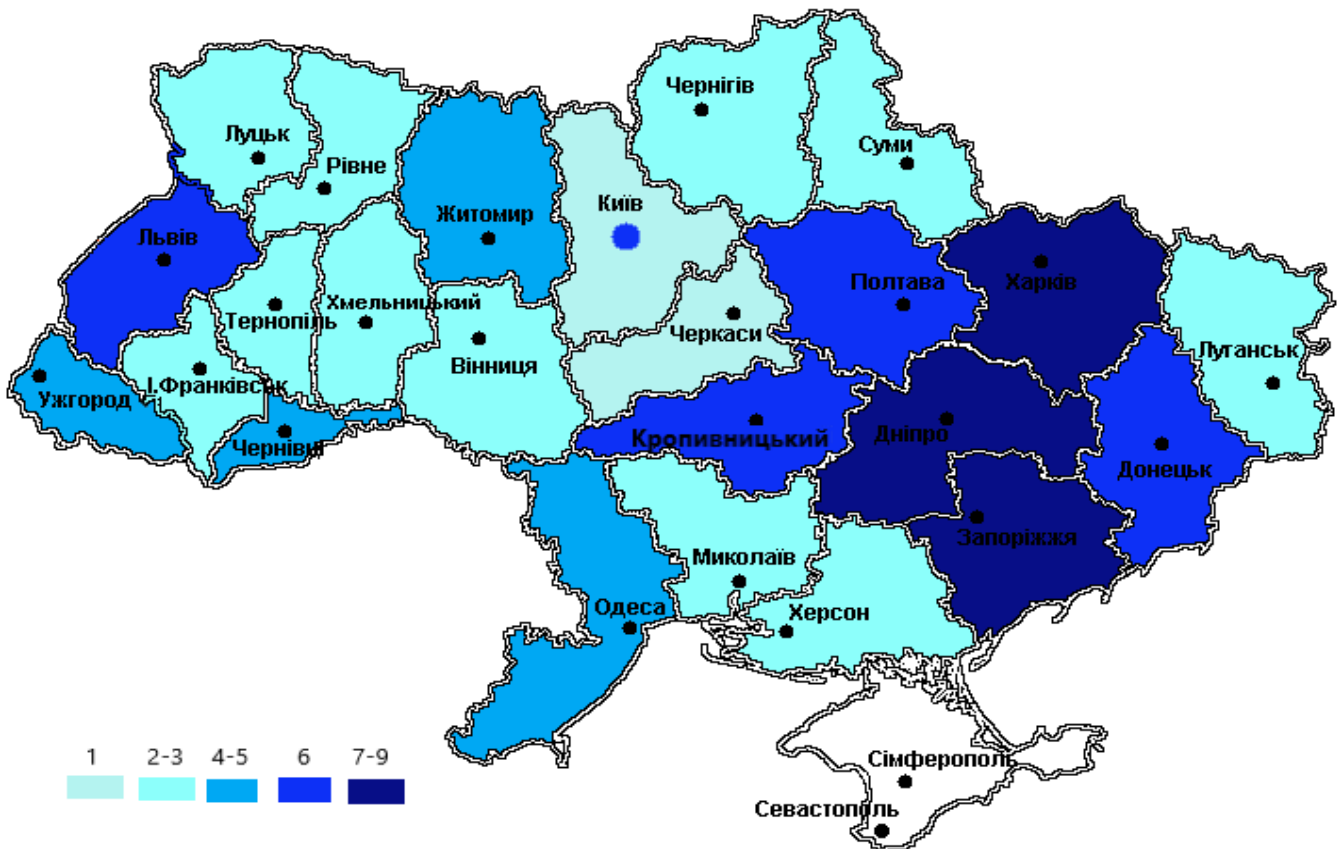


Рис. 9. Кількість провайдерів послуг з хіміотерапевтичного лікування та супроводу онкологічних пацієнтів у стаціонарних та амбулаторних умовах

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.

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.

У цьому розділі «Особливості організації та надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах воєнного стану (за даними соціологічного опитування лікарів-онкологів)» наведено результати експертної оцінки практикуючих лікарів-онкологів стану онкологічної допомоги під час воєнного стану.

Згідно з опитуванням лікарів-онкологів переважна більшість 71,17% [95% довірчий інтервал (ДІ) 62,43-79,18] респондентів завжди керуються у своїй клінічній практиці засадами доказової медицини, 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).

Після запровадження воєнного стану в Україні з'явились ряд проблем. 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. 10).

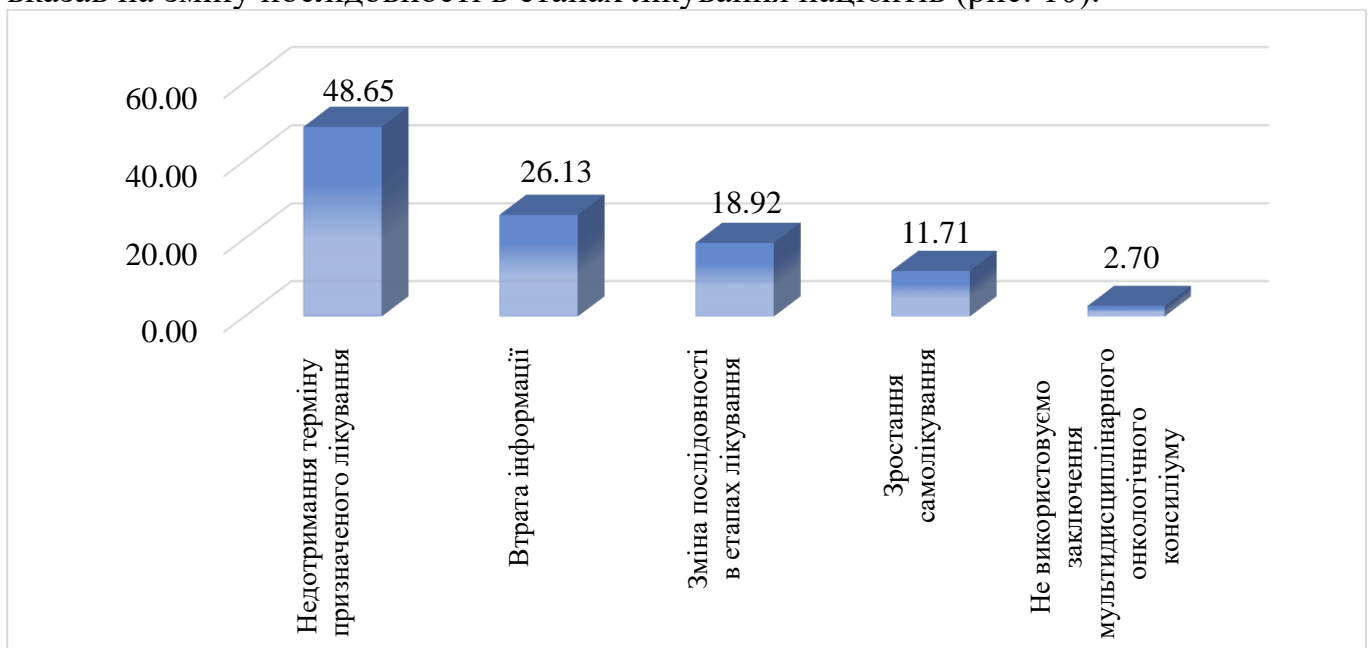


Рис. 10. Основні проблеми, які з'явилися після запровадження воєнного стану щодо реалізації заключень мультидисциплінарного онкологічного консилиуму лікарів (передбачено вибір кількох варіантів відповідей) (%)

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.

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. 4).

Таблиця 4

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	0,00	10,00	0,01-34,87
Хмельницька	90,00	65,13-99,99	0,00	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	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.

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]).

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. 5).

Таблиця 5

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

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.

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]).

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).

У восьмому розділі «Оцінка надання медичної допомоги у рамках Програми медичних гарантій Національної служби здоров'я напрямку «Онкологія»» наведено аналіз роботи онкослужби за онкологічними пакетами 17, 18, 38.

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» виявив ряд проблем. Зокрема, встановлено паралельне існування хіміотерапевтичного пакету та ДСГ (діагностично споріднена група) 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 отримає 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.

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» показав, що враховуючи те, що підставами для входження до 38 пакету є захворювання, які відносяться до груп С81-96 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.

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 закодзовані 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.

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» показав, що 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 тільки 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.

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 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 пакету за 5 амбулаторних візитів, хоча оплата повинна відбуватися тільки в межах онкогематологічного пакету. Таким чином, на сьогодні існують ризики подвійного, потрійного та більше фінансування одного пацієнта з онкогематологічним діагнозом.

Проведений аналіз дозволив сформулювати пропозиції щодо основних змін до ПМГ напрямку «Онкологія» на наступні роки та їх обґрунтування, що представлено на рис. 11 і 12.

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.

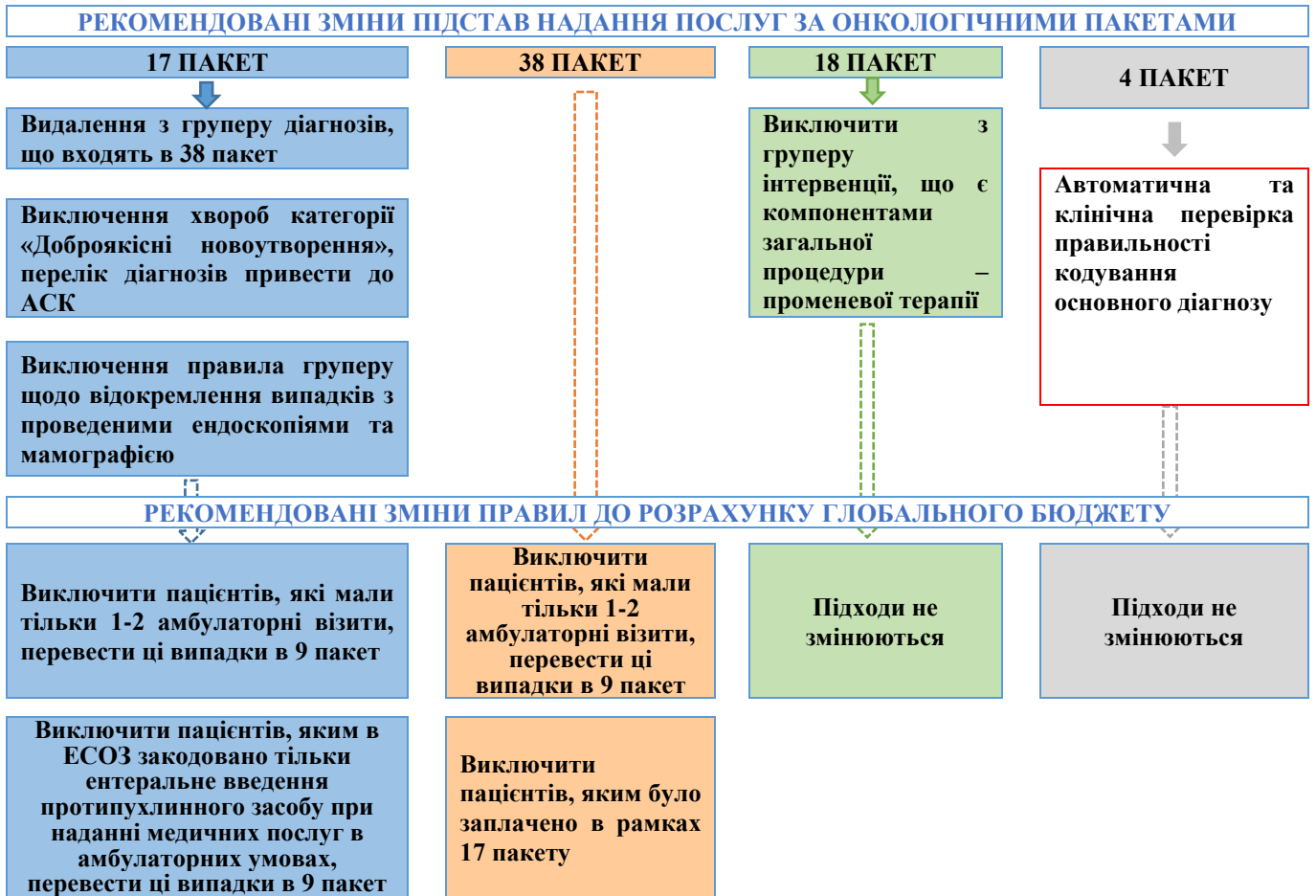


Рис. 11. Рекомендовані зміни до ПМГ напрямку «Онкологія» за пакетами та розрахунками глобального бюджету

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.

У дев'ятому розділі роботи «Оптимізована система надання онкологічної допомоги населенню України» наведено формування усіх компонентів Системи та експертна оцінка доцільності її впровадження.

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. 13.

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. 12. Рекомендовані зміни до ПМГ напрямку «Онкологія» за кодуванням та правилами оплати

Системний підхід щодо створення функціонально-організаційної моделі оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України потрібно реалізовувати на мікро- (заклад охорони здоров'я), мезо- (регіон) та макрорівнях (держава).

Вертикаль управління запропонованої моделі забезпечується через центральні органи виконавчої влади (КМУ, МОЗ, НСЗУ та ін.), групи експертів спеціалістів Міністерства охорони здоров'я України, громадських об'єднань у вигляді Національної асоціації онкологів України, а також головних експертів за напрямком «онкологія», департаментів охорони здоров'я (на обласному рівні), міських і районних управлінь (відділів) охорони здоров'я, управлінь госпітальних округів та ін., вищі та середні навчальні заклади, закладів охорони здоров'я (онкологічні диспансери / протипухлинні центри та ін.), а також мультидисциплінарні онкологічні консилиуми...

Кінцевою метою пропонованої Системи є підвищення ефективності профілактики онкологічних захворювань, доступності і ефективності медичної допомоги для онкологічних хворих та покращення якості життя пацієнтів зі злякисними новоутвореннями.

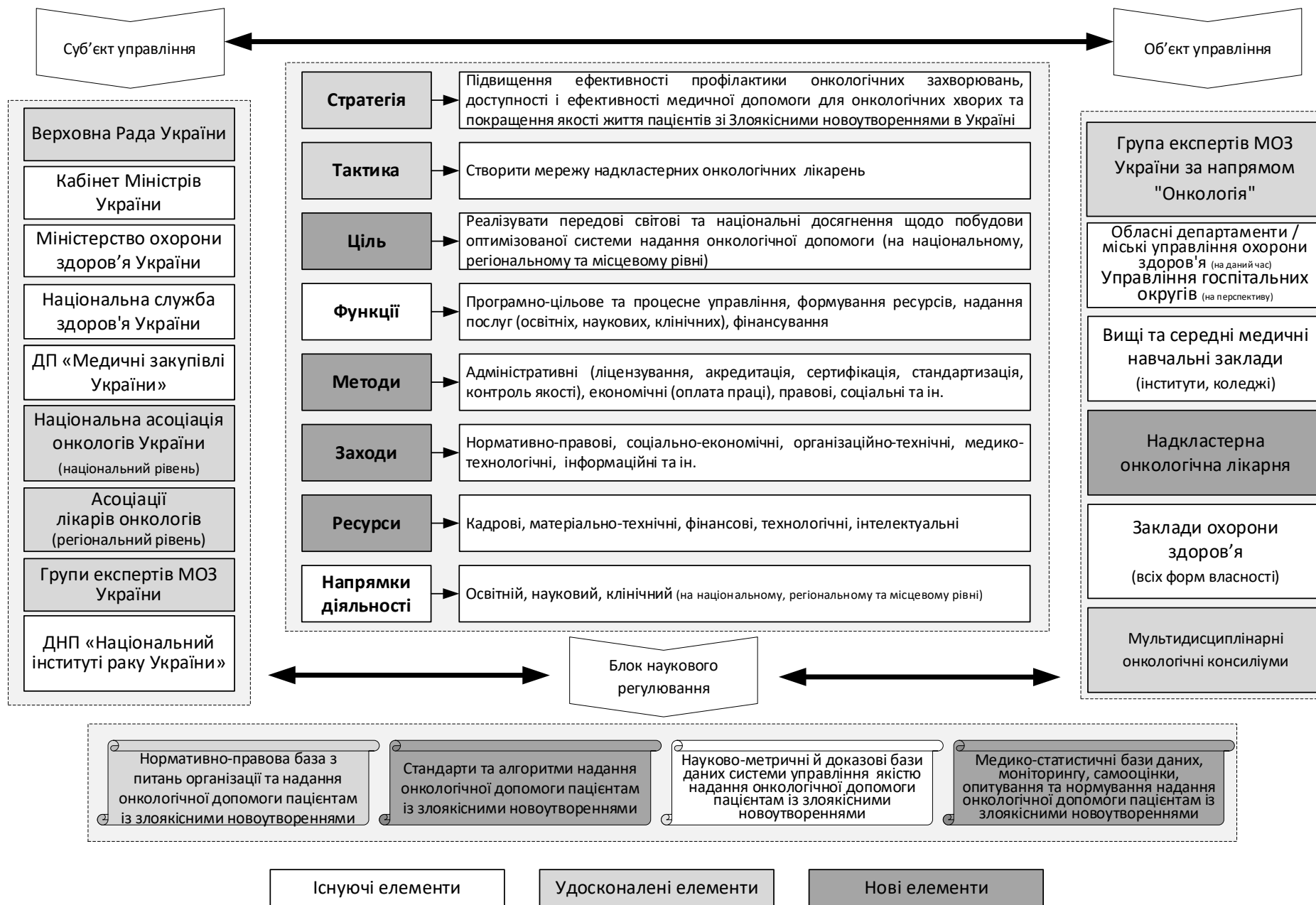


Рис. 13. Функціонально-організаційна модель оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню

України

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. Усі стандарти були віднесені до 5 основних груп за напрямками роботи (табл. 6).

Таблиця 6

Стандарти в службі онкологічної допомоги

Групи стандартів	Функціональні елементи	Нормативно- правові документи	
		Наявні	Пропоновані
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

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.

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. 14).

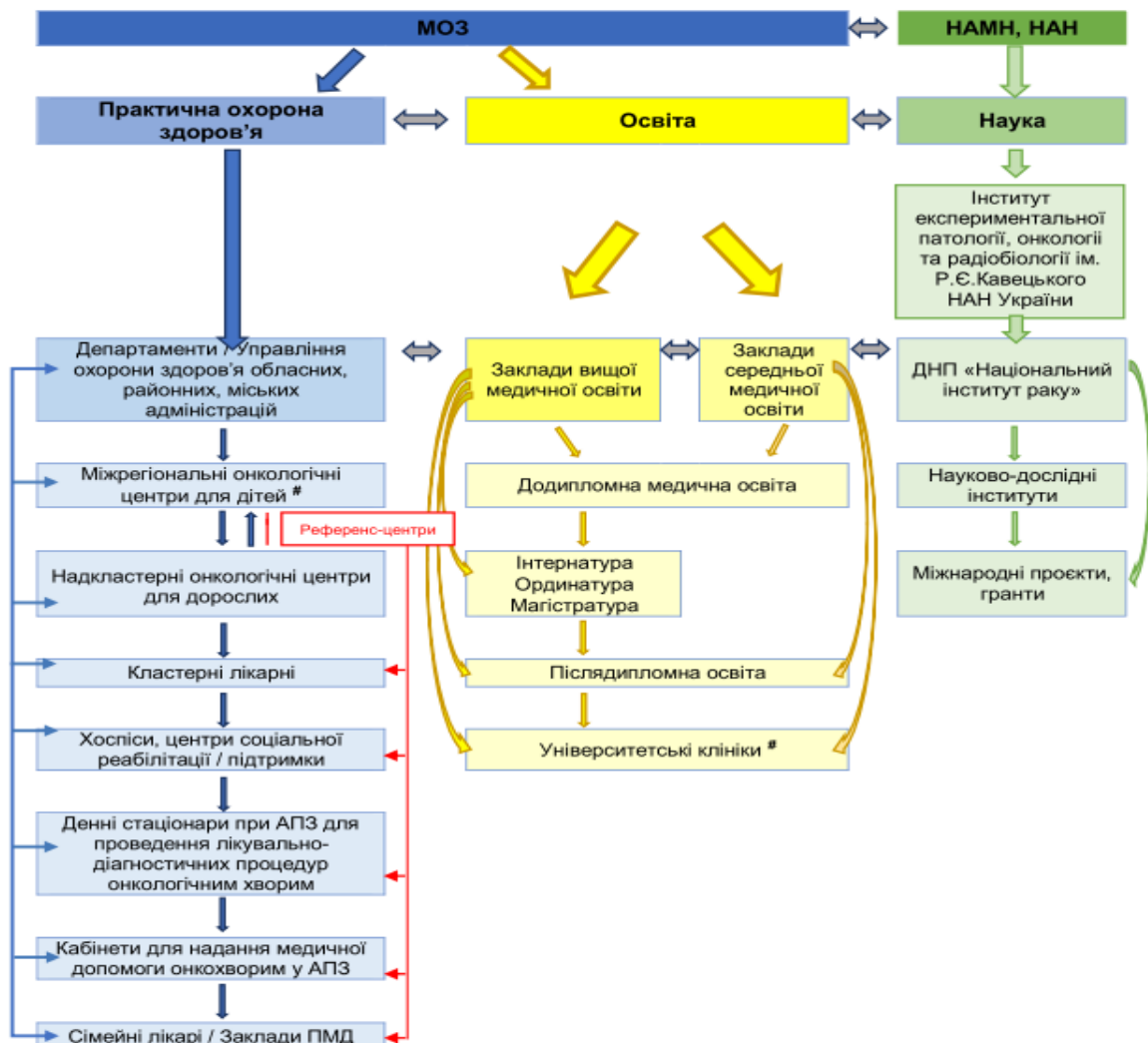


Рис. 14. Кадрова система організації забезпечення онкологічної допомоги в Україні

Примітка: # – пропонувані нововведення

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.

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.

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. 15).

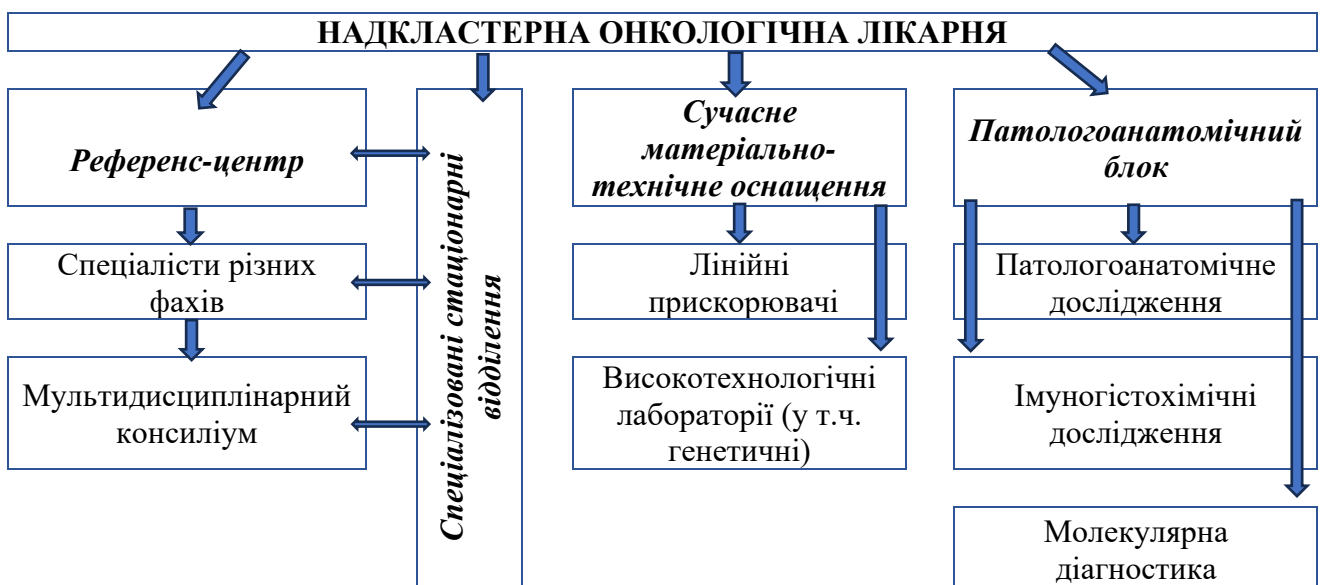


Рис. 15. Основні елементи структури надкластерної онкологічної лікарні

На місцевому рівні діагностично-лікувальну допомогу онкологічним хворим планується надавати у онкологічних відділеннях багатопрофільної 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-векторів*, 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» та в «Європейському плані боротьби з раком», які, однак, були сформовані до початку повномасштабного вторгнення, тому не враховують пов'язані з ним нові виклики. Пропоновані нами завдання з шести напрямків-векторів є удосконаленими та адаптованими до нових реалій:

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.

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 7.

Таблиця 7

Переваги існуючої та функціонально-організаційної моделі системи надання онкологічної допомоги населенню України

Діюча модель	Запропонована функціонально-організаційна модель
Основні організаційно – правові елементи	
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.	Запропонована модель сприяє: - 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. 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
Основні структурно – технологічні елементи	
Структура діючих елементів системи надання онкологічної допомоги населенню України зорієнтована на нескоординовану нормативно врегульовану різновекторну діяльність.	Функціонально-організаційна модель системи надання онкологічної допомоги населенню України в ЗОЗ та її структурний елемент регіональний надкластерний онкологічний центр із референс-центром у ньому. 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.
У діючій системі відсутні сучасні механізми стандартизації та забезпечення професійного зростання та розвитку медичного персоналу	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.

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 поширеною оцінкою, тоді як мінімальний критерій (8 балів) виставили лише 2,86% фахівців. Оцінка розбіжностей думок експертів стосовно цього питання показує на високий рівень однодумності фахівців (коефіцієнт варіації є низький – 5,19%).

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.

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 забезпеченням, 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 маммографій (-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 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]).

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.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ 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. Р. 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)

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 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, МОЗ України, 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.

Результати проведеного дослідження підтвердили нашу наукову гіпотезу, засвідчивши вагомість нового вирішення важливої науково-практичної задачі 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 та смертності хворих на рак, підвищенню медичної, соціальної та економічної ефективності існуючої системи охорони здоров'я загалом.

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 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 system in general.

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 IDPs 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

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АСК – Австралійські стандарти кодування

ДІ – довірчий інтервал

ДСГ – діагностично споріднені групи

ЕМЗ – електронний медичний запис

ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я

ЗН – злякисні новоутворення

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

МОЗ – міністерство охорони здоров'я

МРТ – магнітно-резонансний томограф

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОЗ – охорона здоров'я

ОФЕКТ – однофотонна емісійна комп'ютерна томографія

ПМГ – програма медичних гарантій

РЛ – рак легень

РМЗ – рак молочної залози

РП – рак простати

РШ – рак шлунку